Министерство здравоохранения Российской Федерации

Правительство Санкт-Петербурга

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

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

Российское научное медицинское общество терапевтов

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

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

Санкт-Петербургское общество терапевтов имени С.П. Боткина

Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов

Ассоциация ревматологов России

ОО «Человек и его здоровье»

Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2021

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
доцента Трофимова Е.А.
СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2021. – 372 с.

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

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

ISBN 978-5-6040648-4-9

© Издательство «Человек и его здоровье», составление, оформление, 2021
© Коллектив авторов, 2021

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Абдуазизова Н.Х., Касымова М.Б., Сагатова Д.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучить влияния метотрексата на клиническое течение псориаза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 пациентов, из них 27 женщин и 8 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. У всех пациентов отмечалось отсутствии эффективности от традиционной медикаментозной терапии. Всем пациентам проведено тщательное клинико-лабораторные и инструментальные обследования. Комплексное лечение включало инъекции метотрексата в дозе 20 мг 1 раз в неделю на протяжении 4-5 недель в сочетании с наружной терапией, затем дозу снижали до 5 мг в неделю по 4-5 инъекций.

Результаты и обсуждение. В результате комплексного лечения у 17 пациентов было достигнуто клиническое улучшение на 65% и у 9 пациентов на 47%. У больных уменьшились красные пятна на коже, покрытые серебристой, желтоватой пленкой, артралгия, утолщение и изменение цвета ногтевой пластин, псориатические бляшки волосистой части головы, чувство усталости и депрессия. СОЭ и СРБ уменьшились в два раза.

Выводы и заключение. Таким образом, длительное применение метотрексата с постепенным снижением дозы является высокоэффективным, патогенетическим методом, позволяющим достичь быстрого регресса симптоматики и осуществлять длительный контроль над заболеванием.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

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

Цель. Изучить клинико-лабораторные взаимосвязи и особенности течения больных РА перенесших COVID-19.

Материалы и методы. В клиническом исследовании участвовало 58 больных, из них 47 женщин, 11 мужчин. Больные РА были разделены на 2 группы: перенесшие и не перенесшие COVID-19. У 63,5% больных установлена II степень активности РА, у 21,7% пациентов III и у 12,5% I. Позитивность по ревматоидному фактору (РФ) выявлена у 39,1% больных. Всем больным проводились лабораторно-инструментальные методы исследования: определение в крови прокальцитонина, IgM и IgG, РФ, СРО, АЦЦП, КТ легких.

У больных перенесших COVID -19 клинико-лабораторные показатели достоверно различались от показателей II группы. У I группы отмечались интерстициальная пневмония, миокардит, артралгия, миалгия, лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения и увеличение концентрации СРО, IgG, прокальцитонина. Серопозитивность РА оказала отрицательное влияние на клинико-лабораторные показатели по сравнению с серонегативной группой. Известно, что позитивный по РФ РА протекает тяжелее, с поражением суставов и внутренних органов. Тяжелое течение больных серопозитивным РА перенесших COVID-19 отмечалось у 5 больных и выявлена выраженная одышка с частотой дыхательных движений ≥30 в минуту, а также снижение сатурации кислорода крови ≤73%.

Выводы и заключение. Ранняя клинико-лабораторная диагностика и изучение особенностей течения ревматоидного артрита перенесших COVID-19 позволяет повысить эффективность лечения, замедлить прогрессирование эрозивного артрита и отсрочить инвалидизацию больных.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (COVID-19)

Абдуллаев Б.С.[1], Набиева Д.А.[1], Хидоятова М.Р.[2], Хакимов Б.Б.[3], Куранбаев Ф.Ф.[3], Хошимов У.У.[3]
[1]Ташкентская медицинская академия,
[2]Центр развития профессиональной подготовки медицинских работников,
[3]Специализированная больница Зангиота №2,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Оценка клинических проявлений остеоартрита (ОА) коленных суставов (боль, скованность, функция сустава), у пациентов с ожирением, перенесших коронаровирусную инфекцию (COVID-19).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 21 пациентов женского пола в возрасте от 45 до 65 лет с остеоартритом коленных суставов-гонартритом (согласно критериям ACR) II-III ст. по Kellgren-Lawrence. Критерии включения: индекс

массы тела (ИМТ)>30 кг/м^2 и окружность талии (ОТ) ≥80 см). 1 группу пациентов, в количестве 11 человек составили пациентки с ожирением подтвержденными данными о перенесенной коронавирусной инфекции; 2-группу – 10 пациентов с ожирением без перенесенной коронавирусной инфекции. Для оценки клинических проявлений использовался индекс WOMAC (Western Ontarioand McMaster University) – опросник для самостоятельной оценки больным выраженности боли (в покое и при ходьбе – 5 вопросов), скованности (длительность и выраженность – 2 вопроса) и функциональной недостаточности в повседневной деятельности (17 вопросов). Оценку качества жизни проводят по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в сантиметрах – от 0 (нет симптомов/ограничений) до 10 (максимальная выраженность симптомов/ограничений), затем все показатели суммировали.

Результаты. Пациенты обеих групп достоверно не отличались средним возрастом, но следует отметить более меньший возраст в первой группе. Средний вес более 100 кг определялся в обеих группах. III стадия гонартрита по Kellgren-Lawrence в 1-ой группе пациентов отмечалось у 75% пациентов, несмотря на то, что по показателю ИМТ и объема талии пациенты обеих групп не различались, что указывает на более тяжелое течение ОА у пациентов перенесших COVID-19. Во второй группе отмечалось более благоприятное течение ОА (только 30% имели III стадию гонартрита). Оценка клинических проявлений по индексу WOMAC показал достоверную высокую разницу болевого индекса у пациентов перенесших COVID-19. Боль по WOMAC в первой группе составила 273±56, что на 15% было выше, чем во второй ($p<0,05$). Данная тенденция отмечалась и при анализе показателей функционального индекса WOMAC, который у пациентов с COVID-19 в анамнезе, был достоверно выше и составил 1012±296 против 902±308 ($p<0,05$) во второй группе соответственно. Скованность в наиболее болезненном коленном суставе была достоверно выше ($p=0,007$) в 1-й группе, чем во 2-й группе. Суммарный индекс WOMAC в обеих группах имел высокие значения, но достоверно был выше в 1-ой группе ($p<0,05$). При анализе длительности заболевания и зависимости от него индекса WOMAC отмечено, что даже несмотря на менее длительный срок заболевания у пациентов перенесших COVID-19 в анамнезе, индекс WOMAC был достоверно выше. Качество жизни (состояние здоровья пациента) определяемое по ВАШ от 0 до 100 мм, где цифрой 100 обозначено наилучшее состояние здоровья, было более высоким во 2-й группе, а в 1-ой группе составил 39,3±14,1, что на 21% ниже.

Выводы. 1.Перенесенная коронавирусная инфекция усугубляет течение гонартита влияя на выраженность клинических проявлений, вне зависимости от длительности заболевания. 2. Перенесенная коронавирусная инфекция значительно ухудшает качество жизни пациентов с гонартитом, что связано с наихудшей оценкой состояния здоровья самими пациентами.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Абдуллаев М.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Своевременная диагностика и адекватная терапия папилломавирусной инфекции (ПВИ) (поражений, вирусом папилломы человека (ВПЧ) как аногенитальные остроконечные кондиломы (АОК), является не только медицинской, но и социально-демографической проблемой.

Цель исследования. Изучить эффективность применения комбинированного метода лечения аногенитальных АОК с учетом полиморфизма генов.

Материал и методы. Под наблюдением находились больные с АОК. Проводили необходимые гистоморфологические и генетические исследования. Обнаружение фрагментов ДНК вирусов ВПЧ 16, 18, 31, 33 типов проводили методом ПЦР Real- time, мутации Арг72 в гене p53 определяли методом ПЦР с последующим ПДРФ анализом. Пациенты I-й группы сравнения(49) получали стандартное лечение: электрокоагуляция/криодеструкция, противовирусные препараты местно и перорально, а II-й, основной группы(71) – ректальные суппозитории и таблетки интерферон альфа-2b человеческого рекомбинантного, фототермолизис АОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера(излучение с длиной волны 1064 нм/532 нм) от 2-х до 4-х процедур с интервалами 7 дней и местно оксонафтилин, (2 раза в день в течение 30 дней). Ректальные суппозитории назначали по 3 млн МЕ в сутки в течение 10 дней, затем по 3 млн. МЕ 2 раза в неделю в течение 5 недель в курсовой дозе 60 млн. МЕ.

Результаты и обсуждение. Полиморфизм Арг72 гена p53 в группах больных с АОК и ВПЧ 16/18 и распределение генотипов гена RR, PR и PP было 4 (33%), 7 (46%) и 1 (11%) соответственно, с АОК и ВПЧ 31/33 RR – 5 (41%), PR – 5 (41%) и PP – 2 (22%), с АОК без ВПЧ 16/18, 31/33 встречаемость RR – 7 (63%), PR – 4 (37%) и у здоровых RR – 13 (37%), PR – 15 (40%) и PP – 2 (22%). Тенденция повышения экспрессии p53 в группе с ВПЧ 16/18 у больных с АОК более выражена, чем в группах больных с ВПЧ 31/33, группой больных

с АОК без ВПЧ 16/18 и 31/33, а также группой здоровых. В этой же группе больных отмечалось наибольшее количество рецидивов до обращения к нам и более интенсивный рост АОК. Наличие полиморфизма Арг72 гена р53 в группах больных с АОК при идентификации ВПЧ 16/18, ВПЧ 31/33, без ВПЧ 16/18, 31/33 и у здоровых лиц не выявило статистически значимых различий в уровне накопления мутантного гена р53. Полученные результаты исследований указывают на необходимость формирования групп пациентов и контингент риска возникновения фоновых и предраковых заболеваний органов гениталий. Изучение биоптатов АОК показало, что после внедрения ВПЧ в эпителиальные клетки раздражаются структурные компоненты дермы и происходит папилломатозное разрастание соединительнотканных клеток и волокнистых структур. В биоптатах с очагов часто рецидивирующих АОК, выявляется нарушение границ между эпидермисом и дермой, появление митозов среди эпителиоцитов и обнаруживаются диспластические процессы, которые свидетельствуют о повышении риска малигнизации АОК и развития неопластических заболеваний гениталий. Положительная морфологическая картина выражалась в виде вакуолизации клеток шиповатого слоя. Комплексный метод терапии АОК оказал положительный эффект, который подтверждается гистоморфологической картиной биоптата кожи больных с остроконечными кондиломами.

Выводы. Примененный комплексный метод лечения больных ПВИ с АОК с учетом полиморфизма генов оказывает положительный терапевтический эффект, уменьшает рецидивы заболевания, способствует восстановлению выявленных нарушений и не приводит к появлению травматических очагов с аутоинокуляцией, что имеет важное значение в профилактике злокачественных новообразований.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Абдуллаева Н.Х., Абдуазизова Н.Х., Зияева Ф.К.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Выявить распространенность и особенности клинической симптоматики сопутствующей инфекции СКВ при беременности.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с СКВ, средний возраст больных 30,6±7,5 лет, длительность заболевания от 1 до 10 лет, получавшие глюкокортикостероиды и цитостатики. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные обследования, ИФА и ПЦР.

Результаты. У 47,65% пациентов методом ИФА были выявлены IgG-антитела против цитомегаловируса (ЦМВ), у 24,5% IgG-антитела против вируса простого герпеса, у 8% были выявлены IgG-антитела против гриппа, у 13,1% выявлена бактериальная инфекция. У 17,6% больных, перенесших грипп отмечалось повышение температуры, озноб, вялость, слабость, бледность кожных покровов, головная боль, миалгия, боли в суставах, что отрицательно повлияло на течение беременности. У 11,9% больных наблюдался насморк, заложенность носа, кашель, слезотечение, обильные выделения из носа, рези в глазах. Анализ анамнестических данных и лабораторных обследований позволили выделить 2 группы больных: 1-ая группа 35 пациентов с вирусной инфекцией, 2-ая группа 17 больных с бактериальной инфекцией. Анализ клинической симптоматики выявил определенную корреляцию высоких титров антител против ЦМВ, гриппа и бактериальной инфекции ($p<0,01$). При сходстве клинических проявлений в наличии ЦМВ и гриппа имело некоторую органоспецифичность. Вялость, слабость, бледность кожных покровов, головная боль, миалгия чаще встречалось при наличии ЦМВ, а насморк, заложенность носа, кашель, обильные выделения из носа встречалось при бактериальной инфекции.

Выводы. Длительное лечение СКВ цитостатическими препаратами и глюкокортикостероидами нередко сопровождается активацией бактериальной инфекций, в том числе вирусной. Присоединение инфекции при беременности утяжеляет течение СКВ и способствует полиморфизму клинической картины. Ранняя диагностика и лечение инфекций при беременности приводят к снижение активности СКВ.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ОЦЕНКЕ ДИФФУЗНОГО ФИБРОЗА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абраменко А.С.[1], Вишнякова М.В.[1], Фесюн О.А.[1], Кабурова А.Н.[2]
[1]Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского,
[2]Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины,
Москва

Цель исследования. Оценить наличие и количественные показатели диффузного фиброза миокарда левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. 50 пациентов с гипертонической болезнью. Все пациенты обследовались по поводу артериальной гипертензии, также в рамках исследования оценивалось наличие нарушений ритма и хронической сердечной недостаточности. Пациентам выполнялась ЭХО-кардиография, последующая МРТ сердца на аппарате General Electric Optima MR450w GEM 1,5 Тл. по стандартной программе функционального и морфологического исследования до и после раннего и отсроченного контрастного усиления. Применялся контрастный препарат в дозировке 0,2 мл/кг веса пациента. Для оценки диффузного фиброза выполнялось картирование миокарда по методике 2D MOLLI (3-3-5) с толщиной среза 8 мм, по короткой оси, через середину базального, среднего и апикального сегментов. Далее при помощи программного обеспечения cvi42 (Circle Cardiovascular Imaging Inc. Calgary, AB, Canada T2P 3T6) проводилась полуавтоматическая сегментация миокарда и расчет времен релаксации Т1 до и после контрастного усиления, а также объем внеклеточного матрикса (ECV).

Статистический анализ проводили в программах IBM SPSS Statistics v25 (IBM, USA), Excel 2016 (Microsoft, USA), Statistica 12 (StatSoft, USA). Статистически значимым считали значение вероятности ошибки первого рода менее 0,05 ($p<0,05$). Для сравнения количественных переменных в двух группах применяли критерий Манна-Уитни. Поиск корреляционных взаимосвязей проводили с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена. Для номинальных данных рассчитывали абсолютные (n) и относительные (%) частоты.

Результаты и обсуждение. При клинико-функциональном обследовании нарушения ритма были выявлены у 34 пациентов (68%), сердечная недостаточность по диастолическому типу отмечена в 42 случаях (84%), статистический анализ показал отсутствие связи между выраженностью диффузного фиброза и данными параметрами.

При анализе влияния пола на параметры отображающие процессы фиброза выявлено большее развитие диффузных изменений миокарда у пациентов мужского пола ($p<0,001$). Выявлена прямая зависимость отображающая рост показателей фиброза у пациентов в старшей возрастной группе ($p=0,006$).

При совместном анализе выявлена обратная связь фракции внеклеточного объема с функциональным параметром пиковой скорости выброса левого желудочка ($p=0,001$). При этом не выявлено зависимости фракции внеклеточного объема с функциональным параметром пиковой скорости наполнения левого желудочка.

Так же, как и во всех крупных исследованиях, в нашем исследовании подтверждается прямая связь увеличения значений нативного Т1 картирования с фракцией внеклеточного объема ($p=0,004$), и обратная связь уменьшения значений постконтрастного Т1 картирования с увеличением показателей фракции внеклеточного объема.

По данным крупных международных рандомизированных исследований в норме время Т1 релаксации миокарда при бесконтрастном исследовании составляет 950±21 мсек для аппарата МРТ 1,5 Тл. В нашем исследовании среднее значение бесконтрастного времени Т1 релаксации для пациентов составило 1122,64±63,67 мсек. Подобные результаты говорят о развитии диффузного фиброза у данной группы пациентов в целом.

Выводы. Т1 картирование у пациентов с гипертонической болезнью позволяет выявить диффузный фиброз миокарда левого желудочка, который является основным показателем ремоделирования сердца. Среднее значение времени Т1 релаксации для миокарда левого желудочка в целом составило 1122,64±63,67 мсек.

ТРОМБОЗ ВОРОТНЫЙ ВЕНЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Абсалямова Г.Р.[1], Сайфутдинов Р.Г.[1,2], Сайфутдинов Р.Р.[1,2], Дворянкина Т.В.[2]
[1]Казанская государственная медицинская академия,
[2]Городская клиническая больница №12,
г. Казань

Введение. Прижизненно тромбоз воротной вены (ТВВ) впервые в мире описал основоположник и корифей русской медицины С.П. Боткин (1862). Среди зарубежных клиницистов – Balfur и Stewart (1868) на примере пациента со спленомегалией, асцитом и варикозно расширенными венами пищевода.

Цель. Представить мужчину с ТВВ. Материалы и методы. Клинический случай. Пациент: С., 51 года поступил 25.11.2020 г. в терапевтическое отделение ГКБ№12. Жалобы: на постоянные ноющие боли в животе, преимущественно в околопупочной области; увеличение объема живота; частый жидкий стул 4-5 раз в сутки без патологических примесей. Anamnesis morbi. Считает себя больным с 2018 г., когда впервые возникли боли в животе. Обратился в поликлинику, был осмотрен хирургом, назначили МРТ живота. При исследовании был заподозрен канцероматоз брюшной полости. Пациент направлен онкологам, где выявили

портальную гипертензию, варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) и брыжейки тонкой кишки. Данных за канцероматоз брюшины нет. В мае 2019 г. возникло кровотечение из ВРВП, доставлен в хирургическое отделение ГКБ №7, где поставили диагноз: внепеченочная портальная гипертензия, как исход тромбоза воротной вены, ВРВП 3 степени. Проведена операция – эндоскопическое азиго-портальное разобщение ВРВП. В ноябре 2019 г. – повторное кровотечение из ВРВП, находился на лечении в хирургическом отделении ГКБ№18. Выписан с улучшением. Anamnesis vitae. Вредные привычки отрицает. 1987 г. – холецистэктомия. С 2009 г. тромбофлебит сосудов нижних конечностей справа, ОНМК в бассейне правой СМА. С 2012 по 2015 гг. туберкулез органов дыхания, снят с учета в 2015 г. С 2015 г. нейрогенный мочевой пузырь, установлена эпицистостома. С 2016 г. бронхиальная астма. Status praesens objectives. На веках ксантелазмы. Пальцы рук в виде «барабанных палочек». Правая нога в объеме больше левой. ЧСС 72 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, асимметричный. Печень не увеличена, селезенка увеличена. Анализы крови, ОАК: Лейкоциты – 5,3х10^9, Эритроциты – 4,7х10^{12}/л, Гемоглобин – 112г/л, Гематокрит – 33,9%. Тромбоциты – 96х10^9/л. СОЭ: 5 мм/в час. БАК: билирубин общий: 36,1 мкмоль/л, амилаза крови 63Е/л, общий белок: 73г/л, АЛТ 25 ед/л, AST 24 ед/л. УЗИ гепатобилиарной системы от 01.12.20 г: Печень: размеры не увеличены. Желчный пузырь: удален. Воротная вена 6 мм, просвет неоднородный, заполнен изоэхогенным содержимым. Селезенка: 135х65 мм. Свободная жидкость выявлена в малом тазу в небольшом количестве. СМКТ от 12.11.20 г: печень с четкими ровными контурами, небольших размеров, гомогенной структуры. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа в норме. Селезенка с четкими, ровными контурами, увеличена (размеры 73х154 мм), однородной плотности.

Результаты и обсуждение. Учитывая отсутствие у нашего больного данных за цирроз печени, наличие множественных артериальных и венозных тромбозов и тромбоцитопении выставлен диагноз антифосфолипидный синдром (АФС). Пациент сдал анализы на антитела к фосфолипидам, которые оказались положительными.

Антифосфолипидный синдром – это симптомокомплекс, включающий в себя: венозные и/или артериальные тромбозы, акушерскую патологию (привычное невынашивание беременности), тромбоцитопению, неврологические, кожные, сердечно-сосудистые, гематологические нарушения и наличие антител к фосфолипидам.

РАЗВИТИЕ УНИВЕРСАЛЬНОЙ АЛОПЕЦИИ НА ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ФНО-А У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ

Агафонова Е.М., Киреева М.В., Димитрева А.Е., Сахарова К.В., Красненко С.О., Эрдес Ш.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Гнездная алопеция (ГА) – аутоиммунное многофакторное заболевание, характеризующееся усиленным выпадением волос в результате морфофункциональных изменений волосяных фолликулов. Алопеция в практике ревматолога встречается при некоторых системных заболеваниях соединительной ткани, при применении высоких доз химиопрепаратов и, в последнее время, при использовании ингибиторов ФНО-α (иФНО-α).

Материалы и методы. Нами наблюдались 3 случая развития универсальной алопеции на фоне терапии иФНО-α.

Результаты. Пациентка В., 38 л., с диагнозом: анкилозирующий спондилит (АС), развернутая стадия, HLA-B27+, активность высокая, с внеаксиальными проявлениями (артрит, энтезит, коксит). Дебют заболевания в 2008 г. Терапия диклофенак 200 мг/сут, сульфасалазин (ССЗ) 2 гр/сут и локальные глюкортикоиды (ГКС) без эффекта. В период с 2010-2017 г. принимала ГКС и метотрексат (МТ) 25 мг/нед без эффекта. В конце 2017 г. переведена на лефлуномид 20 мг/сут, эффекта не отмечала. В феврале 2018 г. терапия адалимумабом (АДА) по 40 мг/2 нед. После 3-х введений появление папул на коже, склонных к слиянию, что расценено как аллергический васкулит, введение было прекращено. С ноября 2018 г терапия цетролизумабом пэгол 400 мг с хорошим эффектом. С марта 2019 г. появление ГА, терапия прекращена. Полная потеря волос в июне 2019 г. и обострение заболевания, в связи с чем было принято решение о возобновлении терапии. На настоящий момент появился псориаз волосистой части головы и ушных раковин на фоне универсальной алопеции.

Пациент К., 33 г, с диагнозом: АС, HLA-B27+, развернутая стадия, активность высокая, с внеаксиальными проявлениями (артрит, энтезит, коксит). Дебют в августе 2006 г. Проводилась пульс-терапия ГКС, с переходом на пероральные формы в сочетании с МТ 10 мг/нед, диклофенак 150 мг/сут, отмечалось незначительное улучшение состояния. В июне 2010 г. рецидив артритов. В декабре 2011 г. терапия инфликсимабом в со-

четании с МТ 12,5 мг/нед. С сентября 2012 г. прием МТ прекращен. С декабря 2012 г появление ГА, а в июне полная потеря волос, терапия прекращена. На фоне отмены терапии и возобновление ГКС отмечен рост волос. Обострение в апреле 2015 г., терапия этанерцептом (ЭТН) с хорошим эффектом. На фоне снижения дозы ГКС отмечалась потеря волос. На основании обследования (выявлен амилоидоз почек и кишечника) и высокой активности заболевания в январе 2019 г. принято решение об назначении тоцилизумаба. Пациент продолжает терапию, на фоне которой купирование суставного синдрома, а также восстановление роста волос.

Пациент К., 22 г, с диагнозом: АС развернутая клиническая стадия, активность высокая с внеаксиальными проявлениями (артрит, коксит). Дебют заболевания в мае 2010 г. с артритов. По м/ж, терапия ССЗ 3 г/сут. В октябре 2010 г. МТ 15 мг/нед, без эффекта. В феврале 2011 г. – ЭТН 50 мг, получал в течение 4 лет с недостаточным эффектом. В декабре 2014 г. переведен на АДА 40 мг/2 нед. В течение года низкая активность заболевания, далее постепенное ослабление эффекта от терапии. В 2016 г. на фоне введения АДА развитие универсальной ГА, терапия не прерывалась. С целью лечения ГА назначались мази с ГКС, без эффекта. В 2019 г., учитывая недостаточный эффект от терапии АДА назначен тофацитиниб 10 мг/сут и МТ 20 мг/нед с хорошим эффектом до декабря 2019 г., возобновление роста волос. Терапию получал до ноября 2020 г., в связи с активностью заболевания принято решение о смене препарата на ИЛ-17 А.

Вывод. Большое количество пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, проходят лечение иФНО-α. Важным аспектом их применения является не только эффективность, но и безопасность терапии. Знание возможных нежелательных лекарственных реакций позволяет предотвратить серьезные осложнения проводимого лечения, именно поэтому мы посчитали необходимым сообщить об описанных выше случаях.

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ЭПИЛЕПСИИ

Адамбаев З.И., Худайбергенов Н.Ю., Ибрагимова Ю.Д.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценка психомоторного развития у детей в зависимости от генерализации эпилепсии.

Материал и методы. В исследовании участвовало 32 ребенка (14 девочек, 18 мальчиков). Средний возраст больных детей составил 8,06±0,3 лет. В процессе анализа результатов исследования было выделено 2 группы пациентов с: парциальными приступами (1 группа) – 13 (40,6%) и генерализованными приступами (1 группа) – 19 (59,4%). Психомоторное развитие у пациентов проводили по Денверской шкале (Denver Developmental Screening Test (DDST, 1990), согласно которой выявляются: задержка речи и мелкой моторики; дисгармоничная задержка психомоторного развития; общая задержка по всем 4-м оцениваемым шкалам и синдром декортикации.

Тяжесть судорожных припадков у детей оценивалась согласно NHS3 шкале (Национальная Госпитальная Шкала тяжести судорожных припадков). Параметры, которые оцениваются по данной шкале – наличие генерализации припадков, падение во время припадков, возможные травмы во время судорожных припадков, наличие недержания мочи и кала, степени состояния сознания во время припадков, а также время, требующееся для возврата в сознание, и наличие автоматизмов. Каждый пункт оценивался от 0 до 4 баллов, общее количество баллов, которые могли набрать пациенты от 1 до 27 баллов, и чем выше балл, тем тяжелее протекают судорожные припадки.

У пациентов 1 группы согласно Денверской шкале отмечалась задержка речи и мелкой моторики у 4 (30,8%) пациентов, дисгармоничная задержка психомоторного развития у 6 (46,2%) и общая гармоничная задержка у 3 (23,1%) и синдром декортикации у 0 (0%) пациента. Достоверны были корреляционные связи степени задержки психомоторного развития и частотой эпилептических припадков (r=0,36) и тяжестью эпилептических припадков согласно NHS3 шкале (r=0,5).

У пациентов 2 группы соответствие психомоторного развития фактическому возрасту исследовано согласно Денверской шкале было выявлено: задержка речи и мелкой моторики у 2 (10,5%) пациентов, дисгармоничная задержка развития у 6 (31,6%) пациентов, общая гармоничная задержка у 10 (52,6%) пациентов и синдром декортикации у 1 (5,3%) пациентов.

Достоверны были корреляционные связи степени задержки психомоторного развития и частотой эпилептических припадков (r=0,42) и тяжестью эпилептических припадков согласно NHS3 шкале (r=0,61).

Вывод. У всех детей с эпилепсией были выявлены задержки психомоторного развития. Однако, при приступах генерализованного характера отличались более выраженные нарушения, чем при парциальных.

ДИАДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ ДОРСОПАТИЯМИ

Адамбаев З.И.[1], Зухритдинов У.Ю.[2]
[1]Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
[2]Андижанский областной многопрофильный
медицинский центр,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения больных с пояснично-крестцовыми дорсапатиями с применением диадинамической электронейростимуляции (ДДЭНС) спины.

Материалы и методы. Исследовали 70 больных в возрасте от 40 до 71 лет, средний возраст составил 56,1±1,1 года, мужчин было 39 человек (55,7%), женщин – 31 человек (44,3%), Основным критерием включения было наличие хронического болевого синдрома (более 3-х месяцев) в пояснице вертеброгенного генеза. Всех больных мы разделили на 2 равные группы. Первая группа (35 пациентов) лечилась традиционно – НПВС, витамины, миорелаксанты, массаж. Вторая группа (35 пациентов) получала традиционное лечение плюс ДДЭНС аппаратом ДЭНАС-Вертебро, ежедневно по 30 минут, на курс 10 процедур. Все больные прошли обследование: рентгенография, магнитно-резонансная томография, УЗИ внутренних органов, общие анализы. А также больные были проконсультированы гинекологом, урологом, терапевтом, чтобы исключить боли в пояснице не вертеброгенного генеза.

Согласно критериям шкалы MacNab (которые хоть и были впервые опубликованы еще в 1971 году, широко применяются для оценки исходов хирургического лечения вертеброгенной патологии, мы применили ее для оценки исхода консервативного лечения, в котором выделяют 4 возможных исходов лечения:

1. отличный – нет боли и ограничений подвижности, возврат к прежней работе и прежнему уровню активности;

2. хороший – редкие/периодические некорешковые боли, уменьшение выраженности имевшейся симптоматики, возвращение к работе с незначительными ограничениями;

3 удовлетворительный – некоторое повышение функциональной активности, больной остается нетрудоспособным/ прикованным к постели;

4. плохой – сохраняются симптомы компрессии корешка, необходимо повторное лечение или оперативное вмешательство.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ результатов лечения согласно шкале MacNab после проведенного лечения показал следующие результаты:

В первой группе: отличный – у 5 больных, хороший – у 14 больных, удовлетворительный – у 15 больных, плохой – у 1 больного.

Во второй группе: отличный – у 10 больных, хороший – у 19 больных, удовлетворительный – у 6 больных, плохой – не было.

Как видно из приведенных данных во второй группе больных, получавших в комплексном лечении ДДЭНС исход лечения был намного лучше. Это обусловлено, по нашему мнению, тем, что диадинамическая электронейростимуляция оказывает анальгетический, спазмолитический, противовоспалительный, трофикостимулирующий эффекты.

Выводы. Применение диадинамической электронейростимуляции в комплексном лечении пояснично-крестцовых дорсопатий показала свою эффективность, позволила добиться быстрого купирования болевого синдрома, в связи с чем можно рекомендовать его для более широкого использования в амбулаторной практике.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДОРСОПАТИЙ У РАБОТНИКОВ АВТОПРОМЫШЛЕННОГО КОМПЛЕКСА

Адамбаев З.И.[1], Зухритдинов У.Ю.[2]
[1]Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан
[2]Андижанский областной многопрофильный
медицинский центр,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Цель исследования. Выявить клиническую картину дорсопатий у работников автопромышленного комплекса.

Материалы и методы. Исследовали 70 больных с дорсопатиями в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст составил 38,1±1,0 год. Из них 40 больных (основная группа) были работники автопромышленного комплекса (АПК) и 30 больных (контрольная группа) обратившие в поликлинику не работающие в АПК. Всем больным было проведено тщательное неврологическое обследование, а также было проведено: рентгенография, магнитно-резонансная томография, УЗИ внутренних органов, общие анализы, а также больные были проконсультированы урологом,

терапевтом, чтобы исключить боли в пояснице не вертеброгенного генеза.

Результаты и обсуждение. При анализе демографических показателей работников АПК и пациентов контрольной группы, обращает на себя внимание отсутствие статистически значимых различий по возрасту (средний возраст 37,5±2,5 и 38,±2,7 лет), росту, весу (p>0,05), что подтверждает сопоставимость сравниваемых групп больных. Не было различий также и по полу, поскольку нами сознательно исключались из группы сравнения женщины, так как среди работников АПК в большинстве своем преобладали мужчины.

Наряду с этим, обращает на себя внимание статистически значимое различие в возрасте начала заболевания с более ранним развитием болевых синдромов в спине у работников АПК. Обострения болезни также статистически чаще встречались у работников АПК (p>0,05),

Для определения особенностей клинической картины дорсопатий в анализируемых группах пациентов, нами были выделены все симптомы, характерные для люмбалгии различного генеза. Клиническая картина основных неврологических проявлений в двух группах пациентов в целом не отличался. Вместе с тем, обращает на себя внимание преобладание средних значений практически каждого из неврологических признаков у работников АПК при сопоставлении с контрольной группой, однако у большинства симптомов – без статистической достоверности. Это касается большого перечня симптоматики поражения чувствительной и двигательно-рефлекторной сферы, таких как: снижение поверхностной чувствительности L5, наличие парестезии L2-L4, наличие симптома Вассермана и Лассега, слабость в мышцах по корешкам L5, наличие гипотрофии мышц по корешку L2-L4, S1, снижение ахиллова рефлекса (p>0,05). Вместе с тем, отдельные показатели: выраженность сколиоза, болезненность при пальпации остистых отростков поясничного отдела позвоночника и болезненность при пальпации паравертебральных точек имели статистически значимое преобладание у работников АПК (p>0,05). По нашему мнению, особенности в клинической картине дорсапатий у работников АПК можно объяснить с их профессиональной деятельностью, связанной с физическим трудом и поднятием тяжести.

Выводы. У работников автопромышленного комплекса в сравнении с контрольной группой в клинической картины дорсопатий выявляются особенности в виде более раннего развития дорсалгий и частого обострения болезни, также более выраженного сколиоза позвоночника, болезненности остистых отростков и паравертебральных точек.

ОЦЕНКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Аксельрод М.М., Котова Ю.А., Шевцова В.И.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Постоянная эмоциональная нагрузка при взаимодействии с пациентами, особенно с таким трудным контингентом, как «covid-больные» приводят к эмоциональному выгоранию с последующей деформацией личности. При этом синдром эмоционального выгорания может представлять собой механизм психологической защиты в форме частичного, либо полного исключения эмоций в ответ на травмирующие воздействия.

Цель. Изучить степень эмоционального выгорания в группе специалистов, которые работают в амбулаторно-поликлинических условиях и в стационарах с больными «COVID-19».

Материал и методы. Работа проведена на базе БУЗ ВО ВОКБ №1 корпус 2 и БУЗ ВО ВГКП №7, выполнено тестирование 24 врачей, оказывающих медицинскую помощь больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в амбулаторных и стационарных условиях. Тестирование было выполнено по методике, предназначенной для диагностики профессионального выгорания.

Результаты исследования. После анализа опросников были получены следующие данные. По шкале «Эмоциональное истощение» у врачей БУЗ ВО ВОКБ № 1 низкий уровень истощения был у 20% человек, средний – у 50%, высокий – у 30% человек из 100%. Средний балл по данной шкале у врачей стационара составил 22,6±7,6. В то время, как у врачей амбулаторно-поликлинического звена чаще встречался низкий уровень истощения: низкий – в 60% случаев, средний – в 20% случаев, высокий – в 20% случаев. Средний балл у данной категории врачей – 11,5±3,2. Между группами установлены достоверные различия по критерию Манна-Уитни (p<0,005).

Такая же тенденция отмечена и по шкале «Деперсонализация»: у врачей, работающих в больнице, низкий уровень выявлен у 20% человек, средний – у 60%, высокий – у 20% человек; у врачей поликлиники низкий уровень выявлен у 50% человек, средний – у 40%, высокий – у 10% человек. Средний балл среди врачей стационара по данной шкале оказался

выше, чем у врачей поликлиники и составил 8,6±4,4. У врачей поликлиники средний балл составил 3,6±0,5. Между группами установлены достоверные различия по критерию Манна-Уитни (p<0,005).

По шкале «Редукция профессионализма» низкий уровень у работников стационара наблюдается у 50% человек, средний – у 20% человек, высокий – у 30% человек; у работников поликлиники низкий уровень наблюдается в 80% случаев, средний – у 15% человек и высокий – в 5% случаев. По данной шкале между группами также определены достоверные различия: у врачей стационара – 34,7±4,8 балла, у врачей поликлиники – 42,7±3,1 балла.

При анализе зависимости степени эмоционального выгорания от стажа работы закономерность выявить не удалось. Есть вероятность, что требуется большая группа врачей для исследования.

Выводы. Для большинства врачей, оказывающих медицинскую помощь больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, характерны эмоциональное истощение, высокий уровень деперсонализации, редукции профессиональных достижений.

У врачей амбулаторно-поликлинического звена синдром эмоционального выгорания выражен слабее, чем у врачей-стационаров, работающих с больными «COVID-19».

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Алейник В.А., Жураева М.А., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А., Усманов С.С.
Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Представляло интерес также изучение влияния трипсина на утилизацию печенью короткоцепочного пептида ХЦК-8 по эффектам секреторной функции поджелудочной железы.

Модифицирующее влияние короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с трипсином на секреторную функцию поджелудочной железы изучалось в 56 острых экспериментах на крысах, путем сравнения эффектов при введении их в портальную и периферическую вены.

Установлено, что под влиянием трипсина, введенного как в периферическую вену, так и в портальную вену, объем выделяемого поджелудочного сока (0,61±0,05 мл и 0,5±0,03 мл, соответственно) был несущественно выше, чем после введения физиологического раствора соответственно 0,59±0,05 мл и 0,48±0,03 мл (P>0,5). При введении ХЦК-8, как в периферическую вену, так и портальную вену, отмечалось достоверное увеличение объема сока, по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора соответственно 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05 мл (P<0,05), 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,05). Тем не менее, эти показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были недостоверно ниже таковых данных при введении в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5). Совместное же применение трипсина и ХЦК-8 вызывало недостоверное увеличение объема сока относительно ХЦК-8 при введении в периферическую вену 0,84±0,07 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 0,78±0,05 мл и 0,61±0,06 мл (P<0,05).

Отмечалось несущественное понижение ОПА под действием трипсина, введенного в периферическую вену в сравнении с показателями после введения физраствора – 62,2±6,6 Ед/20 мин и 57,2±4,3 Ед/20 мин (P>0,5) и повышение при введении в портальную вену, также относительно эффектов физраствора 48,0±5,4 Ед/20 мин и 55,4±4,1 Ед/20 мин (P>0,5). Введение ХЦК-8, как в периферическую вену, так и портальную вену, вызывало достоверное увеличение показателей ОПА по сравнению с таковыми данными после введения физиологического раствора соответственно 62,2±6,6 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин (P<0,001) и 48,0±5,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин (P<0,001). В тоже время под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, выделение ОПА 79,2±7,1 Ед/20 мин было достоверно ниже таковых показателей при введении в периферическую вену 133,5±11,7 Ед/20 мин (P<0,001). При совместном применении трипсина и ХЦК-8, по отношению к показателям с применением только ХЦК-8, отмечалось недостоверное увеличение ОПА при введении в периферическую вену 142,7±13,5 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 111,8±9,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин (P<0,05).

Выделение амилазы поджелудочного сока под влиянием трипсина было несущественно выше, чем ее выделение после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 663,9±57,2 Ед/20 мин и 639,7±53,7 Ед/20 мин (P<0,5), так и портальную вену 691,2±61,3 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20 (P<0,5), соответственно.

Под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену 1362,0±121,4 Ед/20 мин, так и портальную вену 1001,1±93,1 Ед/20 мин, выделение амилазы поджелудочного сока было достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 639,7±53,7 Ед/20 мин (P<0,001) и 601,8±43,2 Ед/20 (P<0,001). В

тоже время показатели амилазы под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену 1001,1±93,1 Ед/20 мин, были достоверно ниже ее показателей при введении ХЦК-8 в периферическую вену 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P<0,05). Совместное использование трипсина и ХЦК-8 вызывало по отношению только ХЦК-8 недостоверное увеличение амилазы в составе поджелудочного сока при введении в периферическую вену 1484,0±123,9 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P<0,05) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 1285,0±95,3 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P<0,05).

Установлено, что при прохождении через печень короткоцепочного ХЦК-8 происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверном понижении общей протеолитической активности и показателей амилазы. При этом введение трипсина в периферическую вену совместно с ХЦК-8 вызывало недостоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8. В тоже время введение трипсина в портальную вену совместно с ХЦК-8 вызывало достоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8.

По результатам проведенных исследований можно заключить, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид ХЦК-8. Трипсин при совместном введении с ХЦК-8 в периферическую вену незначительно увеличивает секреторную активность поджелудочной железы и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность трипсина снижать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид ХЦК-8.

Эти результаты исследований являются новым доказательством существования физиологического механизма взаимосвязи желудочно-кишечного тракта и печени, а трипсин может являться фактором, участвующим в модификации этих механизмов.

ВЛИЯНИЕ КОНТРИКАЛА НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Алейник В.А., Жураева М.А., Холикова Д.С.
Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Актуальным было также изучение влияния контрикала на утилизацию печенью короткоцепочного пептида ХЦК-8, а также на секреторную функцию поджелудочной железы.

По результатам проведенных 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с контрикалом на секреторную функцию поджелудочной железы.

В результате проведенных исследований было установлено, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием контрикала был несущественно ниже, чем таковые показатели после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,58±0,04 мл и 0,59±0,05 мл (P>0,5), так и в портальную вену 0,45±0,04 мл и 0,48±0,03 мл (P>0,5).

При этом объем сока под влиянием ХЦК-8 был достоверно выше, по отношению к показателям после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05мл (P<0,05), так и в портальную вену 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,05). В тоже время, показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были недостоверно ниже показателей введения в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5). Совместное же применение контрикала и ХЦК-8 вызывало недостоверное снижение показателей в меньшей степени при введении в периферическую вену 0,75±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 0,52±0,04 мл и 0,61±0,06 мл (P>0,5) по отношению к таковым показателям с введением ХЦК-8.

Под влиянием контрикала, введенного в периферическую вену, отмечалось незначительное понижение ОПА - 53,1±4,7 Ед/20 мин и в большей степени при введении в портальную вену - 37,1±2,5 Ед/20 мин, по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора 62,2±6,6 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин, соответственно (P>0,5).

Введение ХЦК-8 вызывало достоверное увеличение показателей ОПА по сравнению с таковыми показателями после введения физиологического раствора, как в периферическую вену 133,5±12,6 Ед/20 мин и 62,2±6,6 Ед/20 мин (P<0, 001), так и в портальную вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин (P<0,001).

При этом показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P<0,001).

В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 снижение показателей, в меньшей степени при введении в периферическую вену 122,4±11,3 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P>0,5) и в боль-

шей при введении в портальную вену 61,9±5,2 Ед/20 мин и79,2±7,4 Ед/20 мин (P>0,5).

Показатели амилазы поджелудочного сока под влиянием контрикала по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора незначительно снижались в меньшей степени при введении в периферическую вену 579,3±46,1 Ед/20 мин и 639,7±53,7 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 496,8±42,5 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20 (P>0,5).

При этом под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену – 1362,0±121,4 Ед/20 мин, так и в портальную вену – 1001,1±93,1 Ед/20 мин, показатели амилазы поджелудочного сока были достоверно выше (P<0,001), чем таковые показатели после введения физиологического раствора, соответственно 639,7±53,7 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20. В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное снижение показателей амилазы по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 в меньшей степени при введении в периферическую вену 1245,0±115,4 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 814,2±73,1 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P>0,5).

Полученные результаты показали, что при введении контрикала в периферическую вену изменения всех показателей в составе поджелудочного сока были менее выраженные и недостоверные, более выраженные изменения этих показателей отмечались при введении в портальную вену.

Установлено, что при прохождении через печень короткоцепочного ХЦК-8происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверно низких показателях объема поджелудочного сока, общей протеолитической активности и амилазы. Введение контрикала в периферическую вену совместно с ХЦК-8 вызывало недостоверное снижение всех учитываемых показателей по отношению к таковым с введением только ХЦК-8. В тоже время введение контрикала в портальную вену совместно с ХЦК-8 вызывало не достоверное более выраженное уменьшение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8.

Полученные результаты позволяют заключить, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид ХЦК-8. Контрикал при совместном введении с ХЦК-8 в периферическую вену незначительно уменьшает секреторную активность поджелудочной железы и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность контрикала увеличивать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид ХЦК-8.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Александрова Е.А.[1], Беликин А.А.[2], Руина Е.А.[2], Бородачева И.В.[2], Юлин В.С.[2]
[1]Приволжский исследовательский медицинский университет,
[2] Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко,
г. Нижний Новгород

Цель работы. Определить тактику ведения пациентов с парапротеинемической полинейропатией на примере клинического случая.

Материалы и методы. Пациентка Е., 52 года. Считает себя больной в течении 3-х лет, когда впервые стало беспокоить жжение в стопах. Обратилась к неврологу за помощью. В неврологическом статусе: сознание ясное, сухожильные рефлексы d=s снижены, мышечная сила d=s с ног до 3 б, мышечный тонус d=s, чувствительность снижена по типу чулок. Походка неустойчива. Функции тазовых органов не нарушены. Выставлен диагноз: Дистальная сенсорно-вегетативная полинейропатия нижних конечностей. Проведено лечение (карбамазепин, пентоксифиллин, прозерин, тиамина и пиридоксина гидрохлорид) с незначительным положительным эффектом. В течении следующих 2 лет состояние пациентки усугублялось, вплоть до инвалидности. Неврологический статус: вялый тетрапарез – в проксимальных отделах рук 3 балла, сгибание и разгибание предплечья 3 балла, разгибание и сгибание кисти и пальцев, разведение пальцев 2 балла; в проксимальных и дистальных отделах ног 2 балла. Передвигается на инвалидном кресле. Выраженное расстройство поверхностной и глубокой чувствительности в руках с уровня плечевых суставов, на туловище с уровня 6-7 грудных позвонков, в ногах. Статокинетический тремор в руках и ногах. Сухожильные и периостаольные рефлексы с рук и ног угнетены. Пациент перемещался на инвалидном кресле, самообслуживание с посторонней помощью. В этой связи проведено более углубленное обследование. Выполнено иммунохимическое исследованиесыворотки крови и суточной мочи – М-градиент и иммунофиксация, определение легких цепей. Выявлено: диспротеинемия, повышение глобулина альфа-2, бета-1, глобулина гамма, выявлен М-градиент. В связи с этим пересмотрен и выставлен следующий диагноз: Хроническая дизимунная воспалительная демиелинизирующая моторно-сенсорно-вегетативная полинейропатия, ассоциированная с парапротенемией с грубым тетрапарезом, нарушение функции

ходьбы, бульбарными нарушениями. Пациентке сразу же проведена терапия высокодозным иммуноглобулином 0,4 г/кг. Отметилась положительная динамика в виде уменьшение выраженности онемения в руках, ногах и ломоты в голенях, улучшение общего состояния, однако сохранялась слабость в руках и ногах.

Результаты и обсуждение. На основании жалоб, анамнеза, данных неврологического осмотра, результатов лабораторных и инструментальных исследований был выставлен предположительный диагноз: Хроническая дизиммунная воспалительная демиелинизирующая моторно-сенсорно-вегетативная полиневропатии ассоциированная с парапротеинемией с грубым тетрапарезом, нарушением функции ходьбы, бульбарными нарушениями. Лечение расширено за счет иммуноглобулина человеческого нормального для внутривенного введения 0,4 г/кг, метилпреднизолон, дексаметазон, этилметилгидроксипиридина сукцинат, тиоктовая кислота, калия и магния аспарагинат, омепразол, карбамазепин. На фоне терапии иммуноглобулином отмечалась положительная динамика клинических проявлений в виде улучшение общего самочувствия, увеличение мышечной силы в руках и ногах с 2 до 4 баллов, уменьшение выраженности чувства онемения в руках и ногах. При этом сохраняются слабость в руках, ногах, затруднение при ходьбе. Данной пациентке, в связи с наличием факторов риска и выраженными побочными явлениями, противопоказана терапия глюкокортикостероиднными препаратами и проведение плазмофереза. Единственным возможным методом лечения таких пациентов является терапия высокодозным иммуноглобулином для внутривенного введения. По данным ряда авторов у пациентов с парапротеинемической полинейропатией заранее можно ожидать развития выраженных побочных явлений на глюкокортикостероидные препараты и плазмоферез, что указывает на начало максимально раннего проведения терапии иммуноглобулином.

Выводы. Пациентам с парапротеинемическими полинейропатиями требуется проведение специфической терапии высокодозными иммуноглобулинами, в связи с наличием у данной группы пациентов факторов риска и развития побочных эффектов при проведении терапии глюкокортикостеродными препаратами и плазмофереза. Так же обращает внимание тот факт, что единственным проявлением моноклональной гаммапатии является периферическая полинейропатия. Данный пример указывает на особую важность своевременной диагностики и начала адекватной терапии, что напрямую влияет на качество жизни пациентов и уменьшает вероятность развития инвалидности.

ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Александрова Е.А.[1], Загидуллин А.А.[2], Бородачева И.В.[2], Юлин В.С.[2], Фомин С.В.[2]
[1]Приволжский исследовательский медицинский университет,
[2]Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Проанализировать причинную связь возникновения невропатии лицевого нерва при новой коронавирусной инфекции на примере клинического случая.

Материалы и методы. Пациент 32 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела, одышку, редкий сухой кашель, нарушение обоняния и вкуса, общую слабость, головную боль. Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, по данным которой визуализированы изменения легочной ткани по типу «матового стекла» в размере 30% от всей площади легких. Результат полимеразной цепной реакции на SARS-CoV-2 положительный (обнаружена РНК SARS-CoV-2).

Объективные данные при поступлении: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Дыхание в легких везикулярное, жесткое, проводится во все отделы. Выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД – 22 в 1 минуту. Оксигенация крови SpO2 – 92%. область сердца не изменена, граница относительной тупости не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 74 удара в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Со стороны нервной системы очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Температура тела 37,5ºС.

Пациенту была назначена стандартная терапия.

Данные лабораторного обследования: клинические и биохимические показатели биологических жидкостей в пределах нормальных значений.

На фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде нормализации температуры тела, уменьшении дыхательной недостаточности, астенических проявлений. Однако, спустя 9 дней, пациент отметил асимметрию лица.

При осмотре аускультативные изменения со стороны легких и сердца отсутствовали. В области шеи, подчелюстной области и области челюсти пальпаторно определяемые объемные образования или болезненность отсутствовали. Барабанные перепонки были чистые, нормальной окраски. Сыпь в

области наружного слухового прохода и ушной раковины слева отсутствовала.

В неврологическом статусе: выраженная асимметрия лица в покое. Левая половина лица неподвижна, складки лба и носогубная складка слева сглажены. Угол рта слева опущен. Симптом Белла слева положительный. Мимические пробы слева нарушены. Легкая гипоакузия слева. В остальном без патологии.

Выполнено МСКТ головного мозга. Патологических изменений в веществе головного мозга на момент исследования не выявлено.

Результаты и обсуждение. На основании данных жалоб, анамнеза, неврологического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований было выдвинуто предположение о наличии нейропатии левого лицевого нерва, ассоциированной с новой коронавирусной инфекцией.

Выводы. Таким образом, на основании представленного клинического случая, прослеживается связь между инфицированием новой коронавирусной инфекцией и невропатией лицевого нерва.

АНОСМИЯ ПРИ COVID-19

Александрова Е.А.[1], Паршина Е.В.[2], Юлин В.С.[2], Фомин С.В.[2], Родыгин Д.Н.[2]
[1]Приволжский исследовательский медицинский университет,
[2]Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко,
г. Нижний Новгород

Введение. Аносмия является ярким признаком инфекции SARS-CoV-2, может возникать самостоятельно или сопровождаться другими симптомами COVID-19, такими как лихорадка, боль в горле, заложенность носа, ринорея, сухой кашель. Патогенетический механизм обонятельной дисфункции и ее клинические характеристики у пациентов с COVID-19 остаются неясными. Исследования показали, что частота обонятельной дисфункции у пациентов с COVID-19 колеблется от 33,9 до 68% с преобладанием у женщин, также часто сопровождается дисгевзией.

Цель исследования. Ретроспективная оценка неврологических проявлений (в частности нарушений обоняния и вкуса) при новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материалы и методы. Клинические исследования выполнялись на базе ГБУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко. Проводилось анкетирование пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, с последующей статистической оценкой неврологических проявлений и учетом их регресса. Всего в исследовании участвовали 32 пациента.

Результаты и обсуждение. По результатам анкетирования нарушения обоняния и вкуса, явились одними из ведущих жалоб среди пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, и встречались в 75% случаев. В значительном числе случаев (35%) обонятельные и вкусовые нарушения были единственными проявлениями заболевания. Стоит отметить, что явления отека носовых ходов, ринореи и заложенность носа были выявлены у 58% пациентов и требовали медикаментозного воздействия (местные адреномиметики).

Выводы. Аносмия является характерным признаком новой коронавирусной инфекции COVID-19, патогенез которой изучается в настоящее время. Необходимы дальнейшие углубленные исследования для выяснения клинических особенностей и патогенеза данных неврологических расстройств.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ГРУППЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

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

Цель исследования. Оценить распространенность модифицируемых факторов риска в группе часто и длительно болеющих (ЧДБ) пациентов.

Материалы и методы. В исследование было включено 120 пациентов (102 женщины (56,7%) и 78 мужчин (43,3%), средний возраст – 23,2±1,46 лет), которые были разделены на 2 группы по 60 человек в каждой: I группа – пациенты, относящиеся к категории ЧДБ и II группа – практически здоровые пациенты, составившие группу контроля. В ходе исследования были использованы опросники и интервью для определения наличия факторов риска и особенностей образа жизни пациентов. Результаты исследований обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2016 г.

Результаты и обсуждение. По результатам опроса курили 13 (21,7%) человек из группы ЧДБ и 12 из группы контроля (20,1%). Употребление алкоголя чаще раза в неделю отметили всего 7 человек, что недостаточно для анализа. Регулярные

занятия спортом (2 и более раз в неделю) отметили 44 человека, из них в I группе 21 (35%), а в контрольной – 23 (38,3%). Бытовая физическая активность (например, ходьба, уборка дома и т.д.) и количество пройденных за день шагов (на основании средних значений за неделю) достоверно ниже в группе ЧДБ (P<0,05): в I группе – 5260±2180 и в контрольной – 8690±3150 шагов. Средняя продолжительность сна ниже в группе ЧДБ пациентов (6,3±2,4 часа в I группе и 7,6±1,6 в контрольной). 52,6% ЧДБ пациентов выпивают менее 1,5 л. жидкости в день, тогда как 68,9% из группы контроля – более 1,5 л. чистой воды в сутки. При сравнении частоты употребления витаминных комплексов и различных биологических добавок, например, омега-3, коэнзим-Q-10, существенных различий в исследуемых группах не было обнаружено (67,5% из группы ЧДБ и 62,2% из контрольной группы употребляют различные добавки 1-2 раза в год, ежеквартально 18,3% и 21,1% соответственно). При изучении суточной калорийности на основе дневника питания выявлено, что в группе ЧДБ у 29,1% определялся дефицит калорий, тогда как в группе контроля у 19,4%. При анализе наличия овощей и фруктов в рационе выявлено, что ежедневно употребляют зелень 21,6% ЧДБ пациентов и 37,8% редко болеющих; несколько раз в неделю – 41,8% и 57,8% соответственно. 46,9% респондентов покупают фастфуд и снеки несколько раз в неделю или же ежедневно (в группе ЧДБ – 53,4%, в контрольной группе – 31,2%). Схожее распределение наблюдается относительно употребления сладостей и сдобы: 35,2% опрошенных употребляют сдобу ежедневно, 41,7% – несколько раз в неделю, т.е. 76,7% употребляют сладости на регулярной основе, но расхождений внутри исследуемых группах обнаружено не было (84,2% и 79,8% соответственно).

Выводы. При сравнении образа жизни ЧДБ и практически здоровых пациентов не выявлено достоверного различия по наличию таких параметров как: курение, употребление алкоголя, занятие фитнесом и спортом, частоте употребления сладостей и сдобы. В литературе перечисленные факторы риска часто связывают с предрасположенностью к инфекционным заболеваниям, но исследование не выявило данной корреляции.

Наиболее значимыми особенностями образа жизни ЧДБ пациентов оказались: недостаточный суточный калораж, дефицит белка в пище, малое количество выпиваемой воды, частое употребление фастфуда при недостаточном потреблении овощей и фруктов на регулярной основе, а также непродолжительный ночной сон.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Алексеева М.Д., Гаврилова Н.Ю., Шевелева М.А., Сердюков С.В.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Введение. Фибромиалгия – заболевание, для которого характерны хронические диффузные мышечно-скелетные боли в определенных точках тела, а также полиморфная симптоматика, затрагивающая различные системы органов человека. В последние годы в клинической практике проблеме ФМ уделяется особое внимание, что связано с необходимостью совершенствования диагностических подходов для выявления данной группы пациентов в терапевтической практике.

Цель исследования.

Выявление наиболее часто встречающихся соматических жалоб у пациентов с фибромиалгией с целью обеспечения ранней диагностики и своевременного лечения

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2020-2021 году. В исследование методом анкетирования включены 32 пациента (в возрасте 18 лет и старше) с диагнозом фибромиалгия. Из них 38,1% составили мужчины (средний возраст 30,5 лет) (n=13) и 61,9% – женщины (средний возраст 34,15 лет) (n=19).

Опрос пациентов проводился по валированной шкале Compass-31. Диагноз «фибромиалгия» ставится на основании результатов шкал ACR2011 и FiRST квалифицированным неврологом.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто встречались жалобы со стороны центральной периферической и вегетативной нервной системы, такие как нарушение сна 94% случаев, снижение мышечной силы 53%, повышенная чувствительность к громким звукам у 44% обследованных; головокружение у 31%; головная боль у 28%; непроизвольные подергивания в мышцах у 44%; ощущение нехватки воздуха в 50%; похолодание кистей и/или стоп в 44%; ухудшение памяти у 41%; тревожность 33,13%.

Также встречались жалобы на общую слабость (81,25%); боли в мышцах: у 81%); боли в теле или конечностях 75%; боли в суставах: 56,25%.

Кроме того, были выявлены жалобы на чередование диареи с запором у 21%; ком в горле 15,63%; обмороки у 21,8%; учащенное сердцебиение в 19% случаев, что может свидетельствовать о функциональных нарушениях со стороны желудочно-кишечного тракта и вовлечении сердечно-сосудистой системы.

Вывод. Таким образом, полученные разультаты свидетельствуют о том, что фибромиалгия является мультисимптомной патологией с большим числом клинических проявлений. Сопутствующие боли симптомы обычно включали астено-вегетативный синдром, депрессию, беспокойство, когнитивные расстройства, а так же нарушения со стороны пищеварительной и сердечно-сосудистой систем. Фибромиалгия представляет собой истинный пример, доказывающий необходимость междисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи пациентам.

Работа поддержана грантом Правительства Российской Федерации (контракт №14.W03.31.0009 от 13 февраля 2017) на выполнение научных исследований под руководством ведущих ученых.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Аляви Б.А.[1,2], Абдуллаев А.Х.[1,2], Раимкулова Н.Р.[1,2], Узоков Ж.К.[1], Далимова Д.А.[3], Азизов Ш.И.[2], Тошев Б.Б.[1]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт,
[3]Центр передовых технологий,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности реваскуляризации больных коронарной болезнью сердца(КБС) с метаболическими нарушениями с учетом жизнеспособности миокарда.

Материалы и методы. Наблюдали пациентов с КБС, стабильной стенокардией напряжения(СС) III функционального класса (ФК) (I группа, 12) и СС IV ФК (II группа, 11) с метаболическим синдромом (МС). До и после плановой коронароангиографии и стенирования коронарных артерий (СКА) через 3 и 6 месяцев оценивали жизнеспоспособность миокарда (ЭКГ, ЭХОКГ, МСКТ), изучали липиды (холестерин (ХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность аланин- и аспартатаминотрасферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), полиморфизм генов CYP2C19 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272, толщину эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ), агрегацию тромбоцитов.

Результаты и обсуждение. У пациентов с сочетанными поражениями КА и других артерий содержание ОХС – 6,64±0,82; ТГ – 2,83±0,84; ХСЛПНП – 4,4±1,0 ммоль/л, а у пациентов с поражением только КА, соответственно, 5,92±1,01; 1,92±0,79 и 3,62±1,00 ммоль/л. Больные с атеросклеротическим поражением нескольких артериальных бассейнов, остаются в группе высокого риска. В ответ на повреждение сосудистой стенки при проведении стентирования возникает местное воспаление, которое усугубляется системной провоспалительной активностью плазмы вызванной разными клиническими ситуациями. Эпикардиальный жир имеет тесные анатомические связи с миокардом, кроме того обладает гормональной активностью. Увеличение тЭЖТ>3 мм независимый фактор риска (ФР) коронарного атеросклероза с наличием стенозов КА>50%, тЭЖТ>7,6 мм ассоциировался с более тяжелым поражением КА. Консервативное лечение оказало благоприятное влияние на изученные показатели (ХС, ТГ, ХСЛПНП, ХСЛПВП, а также агрегационные свойства тромбоцитов. Дифференциация жизнеспособного миокарда является чрезвычайно важной задачей для определения прогноза эффективности реваскуляризации. Улучшение функции после реваскуляризации считается конечным доказательством жизнеспособности. Оценка жизнеспособности миокарда на основе данных ЭХОКГ, МСКТ, подбор адекватных доз статинов и антиагрегантов с учетом полиморфизма изученных генов значительно повысили эффективность и безопасность лечения. В динамике наблюдения объем ишемизированного миокарда уменьшился и выявлено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка по сравнению с данными, полученными до СКА. В последние годы стало очевидно, что эффективность лечебного вмешательства зависит не только от правильной и своевременной постановки диагноза и выбора оптимальной стратегии и тактики лечения. Пациенты с хронической КБС характеризуются довольно низким уровнем приверженности терапии (43-78%), при этом «критическим» является период после 3-6 месяцев от начала лечения.

Выводы. Коррекция неблагоприятных ФР и рестеноза, функционального состояния и жизнеспособности миокарда с учетом полиморфизма генов CYP2C19 и 9p21 у пациентов КБС с метаболическими нарушениями, помогут оптимизировать вторичную профилактику, снизить риск осложнений после СКА и резистентности к антиагрегантам и статинам.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ

Ананьева А.С., Троян В.Н., Козырев С.В., Зайцев А.А.
Главный военный клинический госпиталь
имени академика Н.Н. Бурденко,
Москва

Цель исследования. Изучить определенный контингент больных пневмонией – лица из организованных коллективов. Выявить осложнения, которые наиболее часто возникают при тяжелом течении заболевания в данной группе пациентов.

Материалы и методы. Были проанализированы данные 23 пациентов от 18 до 50 лет с внебольничной пневмонией тяжелой степени тяжести, с различной локализацией и распространением. При поступлении 20 пациентам была выполнена рентгенография органов грудной клетки (10 в палате интенсивной терапии, 10 в рентгенологическом отделении). Троим больным при поступлении была выполнена компьютерная томография (КТ). В дальнейшем выполнялись контрольные рентгенологические исследования, 13 пациентам было выполнено КТ, 10 пациентам рентгенография органов грудной полости.

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов – 18 (78%) человек, как при рентгенографии, так и при КТ, выявилась двусторонняя полисегментарная пневмония, у остальных 5 (22%) пациентов – одностороннее поражение. Чем больше объем поражения легочной ткани, тем тяжелее было состояние пациентов, а также более выраженная дыхательная недостаточность. У пациентов выявлялись такие симптомы как подъем температуры до фебрильных значений, кашель, гнойная мокрота, дыхательная недостаточность в виде одышки, гипоксемии, также отмечалось снижение артериального давления, слабость, у некоторых пациентов нарушение сознания, головные боли. При аускультации определялось жесткое дыхание с его ослаблением над пораженными участками легких, а также мелкопузырчатые хрипы или крепитация. Выявлены такие осложнения как гидроторакс – 12 (52%) пациентов, гидроперикард – 5 (22%) пациентов, абсцесс – 3 (13%) пациентов, без осложнений – 7 (30%) пациентов. Осложнения определялись на разных сроках заболевания. Гидроторакс чаще выявлялся на 5-7 день болезни, гидроперикард на 10 день. Абсцесс диагностировался на 15-16 день тяжелой пневмонии. Пациентам была проведена антибактериальная, детоксикационная, респираторная и муколитическая терапия, а также реабилитационные мероприятия. В результате лечения отмечалась положительная динамика при контрольных исследованиях в виде уменьшения объема интенсивности инфильтративных изменений, уменьшения количества жидкости в плевральных полостях и полости перикарда. При диагностике тяжелых пневмоний необходимо помнить о дифференциальной диагностике с другими заболеваниями, такими как инфильтративный туберкулез легких, тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА), идиопатический легочной фиброз, саркоидоз и острая интерстициальная пневмония (атипичная пневмония). В связи с эпидемиологической ситуацией в мире стоит проводить дифференциальную диагностику и с изменениями характерными для поражения легких при новой коронавирусной инфекции.

Выводы. Тяжелые пневмонии у молодого контингента организованных коллективов чаще осложняются гидротораксом, реже гидроперикардом и абсцессом легкого. Классическая рентгенография является основным методом первичной диагностики пневмоний, но компьютерная томография обладает преимуществом, потому что является более чувствительным методом исследования. При КТ получают послойное изображение исследуемой области – органов грудной клетки, кроме легочной ткани, также оцениваются окружающие мягкие ткани, средостение. Поэтому КТ позволяет определить достоверный объем поражения и уточнить характер осложнений. Благодаря КТ есть возможность оценивать состояние легочной паренхимы на фоне выраженных сопутствующих осложнений (гидроторакс, эмпиема плевры), определить распространенность патологического процесса.

ТИОЛДИСУЛЬФИДНОЕ ОТНОШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С БИОМИНЕРАЛОПАТИЯМИ

Антонова И.Н., Кипчук А.В., Бобров О.А.
Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Сравнительная оценка функционального состояния антиоксидантной защиты по величине тиолдисульфидного отношения, определяемого в крови у стоматологических пациентов с мочекаменной, желчекаменной, слюнокаменной болезнью и у пациентов с обильными отложениями зубного камня.

Материалы и методы. Проведено обследование 57 пациентов (возраст 22-60 лет) с верифицированным диагнозом: желчекаменная болезнь – ЖКБ (15 женщин, 5 мужчин, средний возраст 49,1±2,2 лет), мочекаменная болезнь – МКБ (11 женщин, 11 мужчин, средний возраст 43,5±2,11 лет), слюнокаменная болезнь – СКБ (10 женщин, 5 мужчин, средний возраст 47,0±2,64 лет). В группу сравнения вошли 8 пациентов с обильными отложениями зубного камня – ООЗК без системных биоминералопатий (5 женщин, 3 мужчин, средний возраст 42,75±4,0 лет). Обследованные без системных биоминералопатий и ООЗК составили контрольную группу (19 женщин, 4 мужчины, средний возраст 44,1±2,9 лет). Для уточнения диагноза проводилось ультразвуковое исследование (слюнных желез, почек, желчного пузыря) на базе амбулаторно – диагностического отделения клинической больницы святителя Луки.

Исследование содержания в сыворотке крови сульфгидрильных групп проводилось методом прямого амперометрического титрования, содержания дисульфидных групп – методом обратного амперометрического титрования с последующим расчетом тиолдисульфидного отношения (ТДО). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA.

Результаты и обсуждение. В.В. Соколовский в 1984 г. предложил оценивать функциональное состояние антиоксидонтной защиты по величине отношения концентрации тиолдисульфидных групп в биосубстрате и использовать этот показатель как интегральный тест для оценки неспецифической резистентности организма.

Во всех группах пациентов с биоминералопатиями ТДО оказалось снижено, что свидетельствует о нарушении тиолдисульфидного гомеостаза и является маркером оксидативного стресса. Наиболее высокое ТДО отмечено у пациентов с биоминералопатиями полости рта (при СКБ и ООЗК – 2,01±0,13 и 1,95±0,21, соответственно), однако и в этих случаях ТДО оказалось ниже, чем у обследованных из контрольной группы ($p \leq 0,01$, при $t=2,85$ и $p \leq 0,05$, при $t=2,23$). У пациентов с ЖКБ и МКБ тиолдисульфидное соотношение оказалось наиболее низким (1,7±0,07 и 1,82±0,12, соответственно), что свидетельствует о более выраженном нарушении антиоксидантной защиты. Корреляционный анализ показал что с повышением возраста у обследованных лиц контрольной группы происходит снижение ТДО ($P \leq 0,01$ при $r=-0,53$) при этом связь ТДО с возрастом у пациентов при биоминералопатиях отсутствует ($P>0,05$, при $r=-0,05$), что свидетельствует о преимущественном влиянии на функциональное состояние антиоксидантной защиты основного заболевания.

Выводы. Системные биоминералопатии сопровождаются снижением антиоксидантной защиты вне зависимости от возраста. При этом наибольшие нарушения установлены при желчекаменной и мочекаменной болезни. При биоминералопатиях полости рта нарушения антиоксидантной защиты менее выражены. Формирование обильных отложений зубного камня у практически здоровых людей сопровождается снижением тиолдисульфидного соотношения, в связи с чем, их следует трактовать как условно здоровых с инициацией окислительного стресса.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Введение. Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19, и позволяет обнаружить их еще до появления положительных лабораторных тестов на инфекцию.

Цель. Охарактеризовать КТ ОГК как метод диагностики COVID-19 у больных с ИВРЗ в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены данные о 37 пациентах с ИВРЗ (27 женщин и 10 мужчин), госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с период с апреля по ноябрь 2020 г. с диагнозами: ревматоидный артрит – 15 пациентов (40%), системная красная волчанка – 7 (19%), прогрессирующий системный склероз – 4 (10%), системный васкулит – 2 (5,4%), остеоартрит – 2 (5,4%), другое – 20,2%. Средний возраст пациентов 55±11,9 лет (от 26 до 72 лет). У всех пациентов выявлена КТ-картина, подозрительная на COVID-19-ассоциированную пневмонию. План обследования включал также оценку клинических показателей, общий анализ крови, биохимический и иммунологический анализы крови (включая ферритин и СРБ), ПЦР РНК SarS-CoV-2 и экспресс-анализ крови на антитела IgG/IgM к SarS-CoV-2.

Результаты. Диагноз: новая коронавирусная инфекция COVID-19 был верифицирован у 31 пациента. У 6 пациентов (16%) клинических и лабораторных данных за COVID-19 не было получено, изменения в легких в этом случае были расценены как проявления ревматического заболевания, два пациента из этой группы страдали ревматоидным артритом, остальные – системной красной волчанкой.

Выводы. КТ-картина легочных изменений у больных с ИВРЗ не носит специфический характер. При обнаружении изменений, подозрительных на вирусную пневмонию, необходим дифференциальный диагноз между COVID-19 и обострением ревматического заболевания с учетом данных иммунологического и вирусологического обследования. Целесообразна изоляция и наблюдение пациентов в обсервации до получения результатов полного обследования.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СЕРЬЕЗНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Аронова Е.С.[1], Лукина Г.В.[1,2], Гриднева Г.И.[1], Кудрявцева А.В.[1]
[1]Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
[2]Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Изучить инфекционные осложнения терапии ГИБП, проанализировать частоту отмены ГИБП в связи с развитием инфекционных осложнений.

Материалы и методы. В амбиспективный анализ были включены данные о 505 случаях назначения ГИБП с разными механизмами действия у 188 пациентов с РА (160 женщин, 28 мужчин).

Результаты. Пациенты в исследуемой группе получили от 2 до 5 ГИБП, медиана (25-75%) 2 (2-3). ГИБП были отменены всего 326 раз, из них в связи с развитием серьезных нежелательных реакций – 70 раз, из них в связи с развитием инфекционных осложнений – 16 раз (5% всех случаев отмены, 29% всех серьезных нежелательных реакций). На фоне лечения первым ГИБП инфекционные осложнения, потребовавшие отмены препарата, развились в 5,3% случаев (N=10), вторым ГИБП – в 5,2% случаев (N=4), статистических различий между этими группами не выявлено. На фоне лечения третьим ГИБП инфекционные осложнения привели к отмене лечения в 14,3% случаев (N=1), четвертым – 0% и пятым – 33,4% случаев (N=1). Корреляции между количеством последовательно назначенных ГИБП и частотой развития инфекционных осложнений выявлено не было. Наиболее часто серьезные инфекции развивались на фоне лечения препаратами группы ингибиторов ФНО-α (инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаб пэгол) и тофацитинибом. Из 16 случаев инфекционных осложнений 5 были ассоциированы с туберкулезной инфекцией.

Выводы. Инфекционные осложнения составляют весомую долю (29%) всех серьезных нежелательных реакций, приводящих к отмене ГИБП. Частота прекращения ГИБП в связи с инфекционными осложнениями составляла около 5% и не изменялась на фоне лечения как первым, так и вторым ГИБП. Необходимо сохранять настороженность в отношении туберкулезной инфекции и обследовать пациентов перед назначением и на фоне лечения ГИБП.

ФАКТОРЫ УДЕРЖАНИЯ НА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА

Аронова Е.С.[1], Лукина Г.В.[2,1], Глухова С.И.[1], Гриднева Г.И.[1], Кудрявцева А.В.[1]
[1]Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
[2]Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова,
Москва

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

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

честве предикторов выживаемости использовались следующие показатели: пол, возраст и клиническая форма РА. Пациенты были разделены по возрасту в соответствии с классификацией, принятой ВОЗ. Клинические формы РА были представлены: РА, серопозитивный по ревматоидному фактору (РФ), РА, серонегативный по РФ, РА с внесуставными проявлениями, болезнь Стилла, РА с ювенильным началом. Для выделения показателей, ассоциированных с неэффективностью терапии или нежелательными реакциями (НР), мы использовали модель пропорциональных рисков Кокса. Анализ выживаемости терапии проводился методом Каплана-Майера и оценкой значимости различий с использованием лог-рангового критерия.

Результаты. Через год 92 больных (45%) продолжали лечение. Причинами отмены ГИБП в течение первого года лечения были: недостаточная эффективность – 50%, НР – 25%, административные причины – 17%, ремиссия – 6,25%, смерть – 1,75%. Несмотря на то, что среди пациентов, продолжающих лечение через год, число женщин, значительно превышало число мужчин (84,8% и 15,2% соответственно), женский пол не являлся достоверным предиктором выживаемости на терапии. В то же время частота прекращения лечения в связи с возникновением НР у женщин была выше (96,55%, p=0,03). К концу периода наблюдения наилучшую выживаемость показала терапия РТМ (69,23% пациентов продолжали лечение в течение года), ЭТЦ (44,4% пациентов) и АБА (43,48% пациентов). Прекращение ГИБП вследствие ремиссии РА было достигнуто у 7 больных и оказалось достоверно выше в группе РТМ (10,26%, p<0,05) по сравнению с группой АБА (8,7%) и АДА (3,45%). Прекращение ГИБТ в связи с недостаточной эффективностью достоверно чаще отмечалось в группе больных 18-44 лет (46,43%, 26 больных, p=0,03). Отмена терапии в связи с НР также преобладала в указанной возрастной группе (50%, 14 больных). Частота прекращения лечения в связи с ремиссией болезни достоверно не различалась. Прекращение терапии в связи с недостаточной эффективностью чаще отмечалось в группе серонегативного ревматоидного артрита – 59,1% (p<0,05). В группе серопозитивного РА 24,8% больных отменили ГИБП по этой причине, в группе РА с внесуставными проявлениями этот показатель составил 18,1%, в группе БСВ – 30% и в группе РА с ювенильным началом – 30%. Отмена ГИБП в связи с ремиссией РА в подавляющем большинстве случае отмечалась в группе серопозитивного РА (6 больных, 4%) и была достоверно выше, чем в других группах.

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

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Арцимович В.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Городская поликлиника №96,
Санкт-Петербург

Цель. Сопоставить сравнительную характеристику, анализируя группы пациентов, перенесших ишемический инсульт, проходящих реабилитационные мероприятия в амбулаторном и стационарном звене по общепринятой методике, а также с применением биологической обратной связи различной модальности.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 2 категории пациентов в позднем восстановительном периоде инсульта. Первая группа больных (n=45, возраст 55,7±11,3 года), проходили стандартное реабилитационное лечение в «Городской поликлинике №96» в ОМР. Вторую группу (n=60, возраст 61,4±11,7 года) составили пациенты, получающие реабилитационное лечение в условиях стационара, с дополнительной терапией с помощью тренингов с применением биологической обратной связи. Для реабилитационного лечения больных использовалался перечень физиотерапевтических процедур таких, как: СМТ, МЭС, парафиновые аппликации, вихревые ванны, магнитотерапия, ЛФК, массаж и ИРТ. Пациентам из второй категории в дополнении к основной терапевтической тактике были применены сеансы реабилитационного тренинга с применением биологической обратной связи различной модальности. Эффективность проводимых мероприятий оценивалась в динамике общепринятых клинических шкал (Рэнкин, индекс Бартелл, NIHHS, индекс мобильности Ривемид, госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Результаты. Четкого различия по возрасту среди пациентов из двух групп не наблюдалось. В каждой была отмечена положительная динамика восстановительной реабилитации во время их наблюдения в центрах. Оценка балла по шкале Рэнкина у больных 1-й группы при поступлении составила 6,9 ±4,2, у обследованных 2-й группы – 8,7±2,8; наблюдалось достоверное различие указанных показателей ($p<0,05$). На 21-й день проводимого лечения данные значения составили соответственно 4,3±2,5 и 5,6±2,4, $p<0,05$. Большая выраженность очаговой симптоматики у пациентов из 2-й группы связана с их более тяжелым состоянием во время поступления для реабилитационного лечения в стационар, по сравнению с амбулаторным этапом.

Выводы. Методика применения средств восстановления вместе с комплексным граммотным лечением независимо от места прохождения реабилитации больных с церебральным инсультом позволяет эффективнее восстанавить нарушенные когнитивные и двигательные функции, что приводит к улучшению качества жизни.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ БИОПТАТОВ ТРАХЕИ И БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Асташонок А.Н.
Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Провести электронно-микроскопический анализ материала биопсий и выявить ультраструктурные маркеры патоморфоза реснитчатых, бокаловидных, базальных и промежуточных эпителиоидных клеток у детей с заболеваниями респираторного тракта.

Материалы и методы. Клиническое обследование и получение биопсий проводилось в педиатрическом отделении УЗ «3-я ГДКБ г. Минска». Исследовались биоптаты (из карины, главного бронха), полученные от 25 пациентов с хроническими заболеваниями легких (облитерирующий бронхиолит, линейный пневмофиброз, двусторонний мультифокальный пневмофиброз, синдром Картагенера, трахеомаляция средней трети трахеи, бронхоэктатическая болезнь, синдром гиперреактивности бронхов, муковисцидоз). Материал фиксировали 2,5% р-ром глутарового альдегида, приготовленного на 0,1 М р-ре фосфатно-солевого буфера (pH 7,3), далее постфиксировали 1% р-ром OsO_4 с последующим обезвоживанием в спиртах восходящей концентрации и заливкой в смолы марки Spurr. Ультратонкие срезы получали на ультрамикротоме Ultracut E (Reichert Jung, Австрия) и исследовали на микроскопе JEM-1011 (Jeol, Япония) при увеличениях х6000–200 000. Исследование одобрено локальным этическим комитетом УЗ «3-я ГДКБ г. Минска».

Результаты и обсуждение. При проведении анализа оценивали состояние эпителиоцитов слизистой оболочки и подслизистой основы. Реснитчатые эпителиоциты (РЭ) различались на два типа: 1. «светлые» клетки (более прозрачная цитоплазма, многочисленные митохондрии, овальной или округлой формы ядро с неровными контурами и преобладанием эухроматина); 2. «темные» эпителиоциты (более плотная цитоплазма, немногочисленные митохондрии с электронно-плотным матриксом, клеточное ядро овальной формы с более конденсированным гетерохроматином в ядре).

Бокаловидные клетки (БК) в количественном соотношении занимали второе место после РЭ. В ряде биоптатов отмечалась гипертрофия и нарушения секреторной активности отдельных БК. Все это свидетельствовало о нарушениях оттока слизи, а также очистительной и выделительной функции реснитчатого пласта слизистой.

Анализируя общий клеточный пласт установлено, что у 20 пациентов РЭ сохраняли регулярность своего расположения с незначительными изменениями реснитчатого аппарата ресничек. Отмечено лишь снижение объемной плотности цилий, формирование дополнительных микроворсинок на апикальной поверхности, слияние аксонем отдельных цилий, наличие пустых осевых нитей, а также присутствие деформированных ресничек в виде загнутых крючков или с булавовидными вздутиями на концах. В 5-ех случаях выявлены нарушения тонкой внутренней организации ресничек. Констатировано, что на поперечных срезах ресничек (как в трахео-, так и бронхобиоптатах) выявлялись тотальные дефекты наружных динеиновых ручек. Все эти данные указывают о возможной взаимосвязи клинической картины основного заболевания с ультраструктурными изменениями цилиарного аппарата эпителиоцитов.

Выводы. По результатам электронной микроскопии констатирована дезориентация и ультраструктурные дефекты реснитчатого аппарата, что позволило установить в 4-х случаях патологию наружных динеиновых ручек, т.е. наследственно-обусловленную аномалию аксонемы ресничек. Таким образом, использование высокоразрешающих мето-

дов анализа функционального состояния клеточного пласта позволяет получить информативные критерии патоморфоза структурных параметров высокодифференцированного мерцательного эпителия дыхательных путей.

ГРОМОПОДОБНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ: ФАКТОРЫ РИСКА И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ

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

Изучены данные 62 пациентов с синдромом обратимой церебральной вазоконстрикции (СОЦВ), в возрасте 38±11,6 года: 47 (75,8%) женщин, 15 (24,2%) мужчин. Пациентам проводилось подробное клинико-неврологическое обследование, магнитно-резонансная томография головного мозга, магнитно-резонансная артериография, магнитно-резонансная венография.

Результаты. Первичный СОЦВ был выявлен у 10 (16,1%). Основными провокаторами развития первичного СОЦВ являлись повышенная физическая активность, сексуальная активность, психологический стресс и воздействие водных процедур. Вторичный СОЦВ выявлен у 28 обследованных (45,2%), основными провоцирующими факторами был прием оральных контрацептивов, использование назального спрея, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, психоактивных веществ, последствия черепно-мозговых травм, диссекции позвоночных артерий, сопутствующие заболевания щитовидной железы. Комбинация факторов первичного и вторичного СОЦВ – у 11 (17,7%) пациентов. У 48 (77,4%) обследуемых были выявлены признаки ангиодисплазии церебральных артерий (38 женщин, 10 мужчин). Гипоплазия венозных синусов (поперечного и/или сигмовидного) была обнаружена у 27 (43,5%) обследуемых (20 женщин и 7 мужчин).

Выводы. У обследованных нами пациентов СОЦВ у женщин встречался чаще, чем у мужчин. Значимого различия факторов риска СОЦВ у женщин и мужчин в исследуемой группе выявлено не было. У 17,7% обследованных определялись признаки первичного и вторичного СОЦВ. Варианты развития брахиоцефальных артерий чаще наблюдались у женщин. Зависимость течения СОЦВ от определенного фактора риска требует дальнейшего изучения.

ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 И ГАСТРИНА-17 ПРИ ПОДОСТРОМ ОТРАВЛЕНИЯ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ашуралиева М.А., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

При изучении литературных данных было установлено, что у пациентов с диагнозом вирусного гепатита уровни ферментов поджелудочной железы сывороточной и панкреатической амилазы, и уровень липазы сыворотки повышаются с прогрессированием заболевания печени. Также было определено, что у больных циррозом печени средние показатели дебита свободной и общей кислотности, а также пепсиногена 1 в сыворотке крови были ниже, чем в обычных условиях. Тогда как концентрация сывороточного гастрина и соматостатина у больных циррозом печени была значительно выше. Эти факторы могут способствовать формированию, как хронического панкреатита, так и атрофического гастрита.

В экспериментах на крысах было показано, что низкомолекулярный гепарин, предотвращал воспаление в острой фазе и, возможно, уменьшал активацию клеток Купфера и тучных клеток, и демонстрировал защитную роль против некроза и апоптоза. Гепарин является дешевым и безопасным, может быть вариантом для лечения повреждения печени, если дальнейшие исследования также подтвердят его положительное влияние на хроническое повреждение печени. Также было установлено антифибротическое действие гепарина на модели фиброза печени у крыс.

Вследствие этого представляло интерес на модели подострого отравления печени четыреххлористым углеродом у крыс, изучить совместное влияние ингибитора протеаз контрикала и гепарина на изменения в крови пищеварительных гидролаз желудка и поджелудочной железы, а также в составе гомогенатов слизистой желудка и поджелудочной железы содержание пищеварительных гидролаз, и обосновать механизмы этих изменений.

По результатам проведенных 50 экспериментов на крысах. На модели подострого отравления печени четыреххлористым углеродом у крыс, изучали совместное влияние ингибитора протеаз контрикала и гепарина на изменения в крови ХЦК-8, гастри-

на-17, пищеварительных гидролаз желудка и поджелудочной железы, а также в составе гомогенатов слизистой желудка и поджелудочной железы содержание пищеварительных гидролаз.

Результаты проведенных экспериментов на крысах показали, что у животных 2 опытной группы в результате подострого отравления четыреххлористым углеродом, отмечалось достоверное увеличение показателей печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего билирубина, по сравнению с таковыми данными контрольной группы.

В тоже время в результате подострого отравления четыреххлористым углеродом степень изменения гидролаз желудка и поджелудочной железы в крови отмечалась разнонаправлено. Так достоверно увеличивались по отношению к контрольной группе панкреатическая амилаза и панкреатическая липаза. В тоже время показатели пепсиногена-I достоверно уменьшались по отношению к контрольной группе. При этом в этой группе наблюдалось достоверное увеличение в составе крови ХЦК-8 и Гастрина-17 по сравнению с контрольной группой.

В составе гомогенатов слизистой желудка и ткани поджелудочной железы показатели пищеварительных гидролаз под влиянием подострого отравления четыреххлористым углеродом коррелировали с таковыми данными крови. Так достоверно увеличивались по отношению к контрольной группе в составе гомогената ткани поджелудочной железы амилаза и ОПА. В тоже время показатели пепсиногена-I в составе гомогената слизистой желудка достоверно уменьшались по отношению к контрольной группе.

Проведенные эксперименты на крысах 3 опытной группы показали, что у животных применение контрикала на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом, отмечалось достоверное снижение печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего билирубина, по сравнению с таковыми показателями 2 опытной группой. В результате применения контрикала, на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом показатели пищеварительных гидролаз поджелудочной железы, панкреатической амилазы и липаза в крови достоверно уменьшались по отношению к таковым данным 2 опытной группой. В тоже время отмечалось недостоверное увеличение пепсиногена-I по отношению ко 2 опытной группе.

Под влиянием контрикала на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом показатели пищеварительных гидролаз в составе гомогенатов слизистой желудка и ткани поджелудочной железы 3 опытной группы имели недостоверные изменения по сравнению со 2 группой, но коррелировали с таковыми показателями крови.

Проведенные эксперименты на крысах 4 опытной группы показали, что у животных совместное применение контрикала и гепарина на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом, отмечалось достоверное снижение печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего билирубина, по сравнению с таковыми показателями 2 опытной группы и недостоверное уменьшение по отношению к 3 группе.

В результате применения контрикала и гепарина, на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом показатели пищеварительных гидролаз поджелудочной железы, панкреатической амилазы и липазы в крови также достоверно уменьшались.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Ашуралиева Н.Д., Алейник В.А., Жураева М.М., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

В последние годы было актуальным изучение новых механизмов пищеварения в желудочно-кишечном тракте. Представляло интерес также изучение влияния контрикала на утилизацию печенью короткоцепочного пептида ХЦК-8, а также на секреторную функцию поджелудочной железы.

По результатам проведенных 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с контрикалом на секреторную функцию поджелудочной железы.

В результате проведенных исследований было установлено, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием контрикала был несущественно ниже, чем таковые показатели после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,58±0,04 мл и 0,59±0,05 мл ($P>0,5$), так и в портальную вену 0,45±0,04 мл и 0,48±0,03 мл ($P>0,5$).

При этом объем сока под влиянием ХЦК-8 был достоверно выше, по отношению к показателям после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05мл ($P<0,05$), так и в портальную вену 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл ($P<0,05$). В тоже время, показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в пор-

тальную вену, были недостоверно ниже показателей введения в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5). Совместное же применение контрикала и ХЦК-8 вызывало недостоверное снижение показателей в меньшей степени при введении в периферическую вену 0,75±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 0,52±0,04 мл и 0,61±0,06 мл (P>0,5) по отношению к таковым показателям с введением ХЦК-8.

Под влиянием контрикала, введенного в периферическую вену, отмечалось незначительное понижение ОПА – 53,1±4,7 Ед/20 мин и в большей степени при введении в портальную вену – 37,1±2,5 Ед/20 мин, по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора 62,2±6,6 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин, соответственно (P>0,5).

Введение ХЦК-8 вызывало достоверное увеличение показателей ОПА по сравнению с таковыми показателями после введения физиологического раствора, как в периферическую вену 133,5±12,6 Ед/20 мин и 62,2±6,6 Ед/20 мин (P<0, 001), так и в портальную вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин (P<0,001).

При этом показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P<0,001).

В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 снижение показателей, в меньшей степени при введении в периферическую вену 122,4±11,3 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 61,9±5,2 Ед/20 мин и79,2±7,4 Ед/20 мин (P>0,5).

Показатели амилазы поджелудочного сока под влиянием контрикала по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора незначительно снижались в меньшей степени при введении в периферическую вену 579,3±46,1 Ед/20 мин и 639,7±53,7 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 496,8±42,5 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20 (P>0,5).

При этом под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену – 1362,0±121,4 Ед/20 мин, так и в портальную вену – 1001,1±93,1 Ед/20 мин, показатели амилазы поджелудочного сока были достоверно выше (P<0,001), чем таковые показатели после введения физиологического раствора, соответственно 639,7±53,7 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20. В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное снижение показателей амилазы по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 в меньшей степени при введении в периферическую вену 1245,0±115,4 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 814,2±73,1 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P>0,5).

Полученные результаты позволяют заключить, чтоу крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид ХЦК-8. Контрикал при совместном введении с ХЦК-8 в периферическую вену незначительно уменьшает секреторную активность поджелудочной железы и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность контрикала увеличивать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид ХЦК-8.

Представленные данные являются подтверждением утилизации печенью короткоцепочных пептидов, что является одним из механизмов в регуляции деятельности пищеварительных желез. Ингибиторы протеаз также могут принимать участие в этих механизмах регуляции. В противоположность трипсину, снижающему утилизацию печенью короткоцепочных пептидов через ПАР-2, ингибиторы протеаз препятствуют действию на ПАР-2 протеаз и увеличивают их утилизацию. Что является новым доказательством существования модифицирующего механизма взаимосвязи печени с желудком и поджелудочной железой.

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА

Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Очень актуальным является изучение участия протеаз и их ингибиторов в модификации утилизации печенью короткоцепочных пептидов. Известно, что основной механизм действия протеаз на различные клетки осуществляется через ПАР-2. Нами сделано предположение, что механизм действия трипсина на снижение утилизации печенью пентагастрина и ХЦК-8 осуществляется через ПАР-2 печени. Поэтому представляло интерес изучить влияние трипсина и специфического активатора ПАР-2 рецепторов – гексапептида (SLIGRL). Чтобы по аналогии эффектов косвенно подтвердить, что трипсин

вызывает снижение утилизации печенью короткоцепочных пептидов через ПАР-2 рецепторы печени. Синтетические агонисты и антагонисты являются ценным инструментом для исследования функций PAR-2 in vivo. Большинство лигандов, к настоящему времени используемых для оценки биологии PAR-2, были пептиды. Синтетический гексапептид – SLIGRL (последовательность серина, лейцина, изолейцина, глицина, аргинина, лейцина), является более сильным, чем другие аминокислотные последовательности, и был наиболее широко используемым пептидным агонистом.

Проведены 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось сравнительное влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида пентагастрина совместно с трипсином и отдельно пентагастрина совместно с гексапептидом (SLIGRL) на секреторную функцию желудочных желез.

Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого желудочного сока под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 0,5±0,03 мл (P<0,001), так и портальную вену 1,1±0,09 мл 0,7±0,04 мл (P<0,001), был достоверно выше, таковых показателей после введения физиологического раствора. При этом показатели объема под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,1±0,09 мл (P<0,001). Подобная направленность наблюдалась и под влиянием совместно трипсина и Г-5. Отмечалось достоверное увеличение показателей объема при введении, как в периферическую 0,5±0,03 мл и 1,9±0,17 мл (P<0,001), так и в портальную вену 0,7±0,04 мл и 1,35±0,11 мл (P<0,001), по отношению к показателям с введением физиологического раствора, и не достоверное увеличение показателей объема при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,9±0,17 мл (P>0,5) и достоверное в портальную вену 1,1±0,09 мл и 1,35±0,11 мл (P<0,001) по отношению к показателям с введением только пентагастрина. Похожая направленность эффектов наблюдалась, под влиянием совместно гексапептида и Г-5, по отношению к показателям с введением как физиологического раствора, в периферическую вену 0,5±0,03 мл и 1,85±0,15 мл (P<0,001) и в портальную вену 0,7±0,04 мл и 1,45±0,12 мл (P<0,001), так и пентагастрина в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,85±0,15 мл (P>0,5) ив портальную вену 1,1±0,09 мл и 1,45±0,12 мл (P<0,001).

Под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин, так и в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, показатели ОПА были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 29,9±2,3 Ед/20 мин (P<0,001) и 31,4±2,7 Ед/20 мин (P<0,001). При этом показатели ОПА под влиянием Г-5, введенного в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, были недостоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин (P>0,5). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин мин и 59,2±5,1 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин и 54,1±4,3 Ед/20 мин (P<0,05), по отношению к показателям с введением только пентагастрина. Под влиянием совместно гексапептида и Г-5 также отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин мин и 55,1±4,9 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин и 61,7±5,2 Ед/20 мин (P<0,05), по отношению к показателям с введением только пентагастрина.

Полученные данные показывают, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид пентагастрин. Трипсин, также как агонист PAR-2 гексапептид-SLIGRL, незначительно увеличивает секреторную активность желудка при введении в периферическую вену и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность трипсина за счет PAR-2 печени снижать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид пентагастрин.

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Представляло также интерес изучить влияние трипсина и специфического активатора PAR-2 - гексапептида (SLIGRL) на утилизацию печенью ХЦК-8 по изменению ферментовыделительной деятельности поджелудочной железы.

По результатам проведенных 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось срав-

нительное влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с трипсином и отдельно ХЦК-8 совместно с гексапептидом (SLIGRL) на секреторную функцию поджелудочной железы.

Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и портальную вену, был достоверно выше таковых показателей после введения физиологического раствора 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05 мл (P<0,05), 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,05). При этом показатели объема сока под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5). Подобная направленность наблюдалась и под влиянием совместно трипсина и ХЦК-8. Отмечалось достоверное увеличение показателей объема при введении, как в периферическую 0,84±0,06 мл и 0,59±0,05 мл (P<0,05), так и в портальную вену 0,78±0,06 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,001), по отношению к показателям с введением физиологического раствора, и недостоверное увеличение показателей объема при введении в периферическую вену 0,84±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5)и достоверное в портальную вену 0,78±0,06 мл и 0,61±0,06 мл (P<0,05) по отношению к показателям с введением только ХЦК-8 (рис.3.8. А). Похожая направленность эффектов наблюдалась, под влиянием совместно гексапептида и ХЦК-8, по отношению к показателям с введением как физиологического раствора в периферическую вену 0,89±0,07 мл и 0,59±0,05 мл (P<0,05) и в портальную вену 0,85±0,08 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,001), так и ХЦК-8 в периферическую вену 0,89±0,07 мл и 0,84±0,06 мл (P>0,5) ив портальную вену 0,85±0,08 мл и 0,78±0,06 мл (P>0,5).

Под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и в портальную вену, показатели ОПА были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 62,2±6,6 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин (P<0,001) и 48,0±5,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин (P<0,001). При этом показатели ОПА под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену 79,2±7,1 Ед/20 мин, были недостоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 133,5±11,7 Ед/20 мин (P<0,001). В тоже время под влиянием совместно трипсина и ХЦК-8 отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 142,7±13,5 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 111,8±9,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин (P<0,05), по отношению к показателям с введением только ХЦК-8. Под влиянием совместно гексапептида и ХЦК-8 также отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 142,7±13,5 Ед/20 мин и 151,6±13,4 Ед/20 мин (P>0,5) и при введении в портальную вену 111,8±9,4 Ед/20 мин и 125,4±10,5 Ед/20 мин (P>0,5), по отношению к показателям с введением только ХЦК-8.

Подобная направленность наблюдалась и под влиянием совместно гексапептида и ХЦК-8, отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 1557,0±141,2 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 1369,0±114,7 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P<0,05), по отношению к показателям с введением только ХЦК-8.

Представленные данные показывают, что введение ХЦК-8, как в периферическую, так и портальную вену вызывало достоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора. При этом все показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену. Эти результаты свидетельствуют, что при прохождении через печень короткоцепочного пептида ХЦК-8 происходит значительное снижение всех учитываемых показателей, что указывает на значительную утилизацию печенью ХЦК-8.

При введение гексапептида в периферическую вену совместно с ХЦК-8 также вызывало недостоверное увеличение всех учитываемых показателей и достоверное увеличение этих показателей при введении в портальную вену, по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8. При этом показатели совместного введения гексапептида с ХЦК-8 были незначительно ниже, чем при введении в периферическую вену и несущественно выше, чем при введении в портальную вену. Эти результаты демонстрируют следующее: так как гексапептид является селективным агонистом PAR-2, то аналогичные эффекты с трипсином на снижение утилизации печенью ХЦК-8 и увеличение функциональной активности поджелудочной железы, могут указывать на одинаковые механизмы с участием PAR-2.

Это может подтверждать наше предположение, что трипсин через PAR-2 печени способствует снижению утилизации печенью ХЦК-8 и увеличению влияния его на функцию поджелудочной железы.

МЕСТО ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИХ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Багрий А.Э.[1], Щукина Е.В.[1], Михайличенко Е.С.[1], Багрий В.А.[2]
[1]Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
[2]Центральная городская клиническая больница №1,
г. Донецк, Украина

Цель сообщения. Оценка безопасности применения и влияния на уровни гликемии и липидов крови вазодилатирующих (карведилол, небиволол) и невазодилатирующего (бисопролол) β-адреноблокаторов (β-АБ) у постинфарктных больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы исследования. Под проспективным наблюдением находились 72 больных (34 мужчины и 38 женщин в возрасте от 43 до 81 года, в среднем – 63,9±11,6 лет) с СД2, перенесших ИМ с патологическим зубцом Q (у 46 – передней и у 26 – задне-нижней локализации, у 43 – первый, у 29 – повторный) давностью от 2 до 4 недель. Первичное стентирование при лечении ИМ было выполнено 30 (41,7%) лицам. Артериальная гипертония (АГ) имела место у 58 (80,6%) больных. Ангинальный синдром в постинфарктном периоде присутствовал в 27 (37,5%) случаях (во всех из них стенокардия относилась ко II функциональному классу). Клинические проявления ХСН (стадии IIA) присутствовали в начале наблюдения в 18 (25,0%) наблюдениях. Давность СД2 составляла 7,4±2,3 года; средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA_{1C}) на момент начала наблюдения – 8,6±1,4%. Всем больным советовали адекватные изменения образа жизни, назначали соответствующие сахароснижающие, антитромботические и гиполипидемические средства, блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и другие гипотензивные препараты. Все больные имели показания к назначению β-АБ (недавно перенесенный ИМ, наличие ангинального синдрома и АГ). Методом случайной выборки они были разделены на 2 группы: А (n=39) и Б (n=33); существенных отличий между ними по анализировавшимся клинико-лабораторным параметрам не было. Больным группы А в добавление к указанному выше лечению назначали один из вазодилатирующих β-АБ (карведилол или небиволол, на усмотрение врача), лицам из группы Б – невазодилатирующий β-АБ (бисопролол); во всех случаях подбор дозировок β-АБ осуществляли путем титрования от более низких к более высоким, с учетом уровней АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Продолжительность наблюдения составила 14,1±2,4 месяца. Анализ результатов проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты. Умеренные побочные эффекты β-АБ отмечены в 16 (22,2%) случаях (7 – в группе А и 9 – в группе Б); отмены препаратов не потребовалось ни в одном из случаев. Распределение побочных эффектов β-АБ и их особенности существенно не различались между группами. Лечение, включавшее β-АБ, в обеих группах демонстрировало сравнимые эффекты на уровни АД, ЧСС и ангинальный синдром. В то же время, за время наблюдения в группе А в сравнении с группой Б отмечен ряд более выраженных благоприятных эффектов на индекс массы тела (снижение соответственно на 6,6% и на 1,45% от исходных величин, $p<0,05$), HbA_{1C} (снижение соответственно на 12,1% и на 7,8%, $p<0,05$), индекса HOMA-IR (снижение соответственно на 29,2% и на 18,8%, $p<0,01$), холестерина липопротеидов низкой плотности (снижение соответственно на 38,6% и на 27,0%, $p<0,01$), триглицеридов и протеинурии.

Выводы. С учетом лучшей метаболической переносимости, вазодилатирующие β-АБ карведилол и небиволол могут быть предпочтительными представителями класса β-АБ для тех больных с СД2, которым назначение β-АБ показано на основании современных отечественных и международных рекомендаций.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА TCF7L2 В РАЗВИТИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВИЛДАГЛИПТИНА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Баранов В.Л., Шорохова П.Б., Ворохобина Н.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

В последние годы увеличилось число пациентов, получающих в дебюте сахарного диабета 2 типа (СД2) препараты из группы иДПП-4. Однако, генетически обусловленные особенности пациента могут влиять не только на формирование индивидуального фармакологического ответа, но и развитие гастроинтестинальных нежелательных реакций на

лекарственный препарат при проведении сахароснижающей терапии. В связи с этим приобретает особое значение поиск новых методов оптимизации и персонализации лекарственной терапии на основе молекулярно-генетического анализа.

Цель исследования. Определить возможную роль полиморфизма rs7903146 C>T гена TCF7L2 в развитии нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при применении вилдаглиптина у больных с впервые выявленным СД2.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов (женщин – 62,5%, мужчин – 37,5%) с впервые выявленным СД2, не получавших ранее терапии пероральными сахароснижающими препаратами и не имеющих противопоказаний к назначению вилдаглиптина. Медиана возраста составила 59 [55;62] лет, медиана ИМТ составила 30,6 [28,5; 32,4] кг/м^2, глюкозы плазмы натощак – 8,8 [8,2; 10,1] ммоль/л, уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) – 8,90 [7,80; 9,60] %. После верификации диагноза всем пациентам были назначены диета №9 и вилдаглиптин в дозе 50 мг 1 раз в день. Больным было рекомендовано заносить значения гликемии и любые нежелательные явления, возникшие на фоне терапии, в дневник самоконтроля. Молекулярно-генетическое исследование для определения полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 выполнялось методом ПЦР в режиме реального времени с использованием набора реагентов («Синтол», Россия). Статистическая обработка результатов выполнена с использованием пакета программ для статистической обработки данных Statistica for Windows 10,0 (StatSoft, США). Различия считались достоверными при $p<0,05$. Соответствие равновесию Харди – Вайнберга оценивали с использованием критерия $\chi 2$ Пирсона.

Результаты и обсуждение. Через 12 недель от начала терапии вилдаглиптином установлено достоверное снижение уровней гликемии натощак и HbA1c у всех больных с впервые выявленным СД2 ($p<0,05$). На фоне проводимой трехмесячной монотерапии вилдаглиптином у 4 (8,3%) пациентов отмечалась тошнота и снижение аппетита. Носительство полиморфного аллеля Т было выявлено у 20 пациентов: СТ генотип имели 16 больных (33,3%), ТТ генотип – 4 (8,3%), 28 (58,3%) участников исследования имели «дикий» тип гена. Распределение аллелей и генотипов соответствовало уравнению Харди-Вайнберга. При этом, полиморфный маркер гена был ассоциирован с развитием гастроинтестинальных побочных эффектов у больных с впервые выявленным СД2 на фоне терапии вилдаглиптином: тошнота и снижение аппетита зафиксированы у 20% пациентов с полиморфизмом и ни у одного из больных с генотипом СС ($p<0,05$).

Выводы. Наличие полиморфизма rs7903146 в гене TCF7L2 приводит к более выраженным изменениям со стороны ЖКТ при приеме вилдаглиптина у больных с впервые выявленным СД2. Представляется целесообразным проведение молекулярно-генетического тестирования, с целью выявления вышеуказанного генетического маркера, перед стартом фармакотерапии вилдаглиптином у данной категории больных.

ОКСИД АЗОТА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ КАК МАРКЕР НЕЙТРОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Баранов Д.З., Трофимов В.И.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение взаимосвязи фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO) с параметрами нейтрофильного воспаления у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями.

Материалы и методы. Обследованы 99 пациентов, получавших лечение во 2-м пульмонологическом отделении ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова по поводу бронхиальной астмы, ХОБЛ или их сочетания. Анализировались нейтрофилы (абсолютные и относительные значения) клинического анализа крови, нейтрофилы общего анализа мокроты, FeNO. Корреляционный анализ FeNO с нейтрофилами мокроты и крови выполнялся с помощью критерия Спирмена (R_S) на платформе программы «SAS Enterprise Guide».

Результаты и обсуждение. Для нейтрофилов мокроты $R_S=0,3$, $p=0,02$. Для абсолютных значений нейтрофилов крови $R_S=0,28$, $p=0,005$. Для относительных значений нейтрофилов крови $R_S=0,2$, $p=0,04$. Полученные нами статистически значимые корреляции FeNO с показателями нейтрофильного воспаления крови и мокроты могут указывать на участие оксида азота в патогенезе данного типа воспаления при бронхообструктивных заболеваниях. Известно, что индуцибельная синтаза оксида азота в ходе воспаления активируется в различных клетках, в том числе нейтрофилах. Нейтрофилы играют важную роль в патогенезе ХОБЛ, сочетания астма-ХОБЛ и инфекционно-зависимой бронхиальной астмы. Продукция FeNO напрямую связана с активностью

индуцибельной NO-синтазы в клетках-участниках воспаления, что позволяет рассматривать оксид азота в качестве неинвазивного метода оценки воспаления в нижних дыхательных путях. Физиологическое значение оксида азота выражается в легком бронходилатирующем действии, что может оказывать благоприятное влияние при бронхообструкции. Вместе с тем метаболиты оксида азота обладают выраженной реакционной способностью, внося свой вклад в перекисное окисление липидов клеточных мембран, запуская нитрозативный стресс. Это, а также то, что оксид азота способен усиливать выделение медиаторов воспаления и хемотаксис гранулоцитов, может приводить к стимуляции воспаления в нижних дыхательных путях.

Выводы. Определение FeNO можно рассматривать в качестве неинвазивного маркера не только эозинофильного, но и нейтрофильного воспаления у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями.

ВЛИЯНИЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРУ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С.
Научно-исследовательский институт ревматологии ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва

Цель исследования. Изучить влияние проводимой терапии на структуру коморбидных инфекций (КИ) у больных спондилоартритами (СпА).

Материалы и методы. В исследование были включены больные СпА (n=171), находившиеся на стационарном лечении в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. У 112 из них диагностирован анкилозирующий спондилит, у 47 – псориатический артрит, у 1 – спондилоартрит, ассоциированный с болезнью Крона, у 11 – недифференцированный спондилоартрит. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты (n=112), получающие иммуносупрессивные препараты (глюкокортикоиды, метотрексат, генно-инженерные биологические препараты). Во вторую группу были включены больные (n=59), получающие монотерапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) или НПВП в сочетании с сульфасалазином. Группы были сопоставимы по полу (преобладали мужчины), возрасту (в среднем 39 лет) и продолжительности заболевания (в среднем 125 месяцев). Большинство больных никогда не курили, никто из опрошенных не употреблял алкоголь на регулярной основе. Сахарный диабет диагностирован у 3 пациентов первой группы и одного больного второй группы, хронические заболевания легких – у 8 и 3 пациентов, хроническая сердечная недостаточность – у 4 и 2 больных, хроническая болезнь почек – у 3 и одного больного соответственно. Пациенты были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты, дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты. 39 больных сообщили о нарастании частоты КИ на фоне СпА, большинство из них (74%) получали иммуносупрессивную терапию. Более тяжелое течение ранее наблюдавшихся КИ отметили 53 пациента, 64% из них получали иммуносупрессивные препараты. Обострение СпА после перенесенной КИ было выявлено у 71 больного. Острый назофарингит диагностирован у 61 пациента первой группы (у 26 из них частота заболевания составила более 3-х раз в год) и 42 больных второй группы (у 4 из них – более 3-х раз в год). Грипп перенесли 12 пациентов первой группы и 6 больных второй группы. Острый тонзиллит диагностирован у 47 пациентов первой группы (впервые – у 16) и у 14 больных второй группы. Гайморит перенесли 17 пациентов первой группы (впервые – 11) и 11 больных второй группы. Пневмония диагностирована у 13 пациентов первой группы (у всех впервые на фоне СпА) и у 9 больных второй группы. Острый бронхит перенесли 20 пациентов первой группы (впервые – 14) и 9 больных второй группы. Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, диагностирована у 49 пациентов первой группы (впервые – у 13) и 29 больных второй группы. Инфекцию, вызванную герпес-зостер, перенесли 5 пациентов первой группы (все впервые на фоне СпА) и 2 больных второй группы. У 2 пациентов каждой группы документирован туберкулез. Инфекцию, вызванную вирусом SARS-CoV-2, перенесли 7 больных первой группы и 4 пациента второй группы. Микозы диагностированы у 27 больных первой группы (впервые – у 18) и у 12 пациентов второй группы. Инфекции мочевыводящих путей документированы у 20 больных первой группы (впервые – у 13) и 9 пациентов второй группы. КИ других локализаций диагностированы у 49 больных первой группы (впервые – у 39) и 22 пациентов второй группы.

Выводы. Структура КИ у больных, получавших и не получавших иммуносупрессивные препараты, сопоставима. При этом лидирующее место занимают инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов. В то же время, многие КИ впервые диагностированы после инициации иммуносупрессивной терапии. Полученные нами данные свидетельствуют об актуальности проблемы КИ при СпА. Необходи-

мы дальнейшие исследования на бóльших выборках больных с целью поиска значимых факторов риска КИ, изучения их взаимосвязи с клиническими характеристиками и влияния на течение СпА.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ И ПРОФИБРОТИЧЕСКИЙ ПАТТЕРНЫ КАК ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Барсуков А.В.[1], Сеидова А.Ю.[2], Щербакова К.А.[1]
[1]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
[2]Медико-санитарная часть МВД РФ
по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выполнить сравнительную оценку сывороточного содержания биомаркеров субклинического воспаления и матриксного ремоделирования органов-мишеней у пациентов с неосложненной артериальной гипертензией и нормотензивных лиц с учетом гендерной принадлежности.

Материалы и методы. В текущей работе представлено два блока исследований, выполненных в двух независимых выборках. Первую выборку составил 61 человек среднего возраста. При этом в качестве основной группы были отобраны 30 лиц (15 мужчин и 15 женщин) в возрасте 50,1±6,1 лет с гипертонической болезнью II стадии, не имевших критериев исключения (ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, хроническая болезнь почек 5 стадии, клинически значимая бронхо-легочная патология, нарушение функции щитовидной железы, острые воспалительные заболевания или обострения хронических заболеваний в течение 2 недель до включения в исследование, онкологические заболевания, морбидное ожирение). Офисные значения систолического и диастолического артериального давления (АД) у них составили 144,5±10 и 90±12,8 мм рт. ст. В качестве группы контроля (в рамках первой выборки) отобрали 31 нормотензивного человека (15 мужчин и 16 женщин) в возрасте 50,7±4,9 лет без клинически значимой патологии, сопоставимых с основной группой по возрасту. В пределах первой выборки между гипертензивными и нормотензивными пациентами были изучены показатели провоспалительного статуса (С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерлейкина-6 (ИЛ-6)).

Для дополнительного блока исследования были изучены данные второй выборки, для чего отобраны 115 человек в возрасте от 45 до 59 лет. При этом 70 (56 мужчин, 14 женщин) пациентов среднего возраста (49,7±5 лет) имели гипертоническую болезнь I и II стадий. Офисные значения систолического и диастолического АД у них составили 142,5±14 и 86±16,8 мм рт. ст. В качестве группы контроля для дополнительного блока исследования обследовали 45 нормотензивных лиц (30 мужчин и 15 женщин, средний возраст 49,3±4,7 лет) без кардиоваскулярной и иной клинически значимой внутренней патологии. В этот раздел исследования не включали пациентов с сахарным диабетом, нарушениями функции печени, почек. У обследованных лиц второй выборки в сравнительном аспекте между гипертензивными и нормотензивными лицами изучили содержание в крови N-терминального пропептида III проколлагена (PIIINP).

Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета прикладных программ Statistic program for Windows (version 10). Для сравнения количественных показателей, подчиняющихся закону нормального распределения, применяли параметрическую статистику (сравнение средних с помощью t-критерия Стьюдента). Для сравнения показателей в малых группах и не подчиняющихся закону нормального распределения использовали модуль непараметрической статистики (непараметрический U-test Mann-Whitney). За критический уровень значимости принимали $p<0,05$. При описании межгрупповых различий данные представляли как среднее значение (M) ± стандартное отклонение (s. d.).

Результаты. Содержание С-реактивного белка, ФНО-α, ИЛ-6 в крови у мужчин с АГ существенно превышало таковое у мужчин с нормотензией ($p=0,001$; $p=0,002$; $p=0,004$ соответственно). Уровни С-реактивного белка, ФНО-α, ИЛ-6 в крови у женщин с АГ также достоверно превосходили аналогичные показатели у женщин с нормотензией ($p=0,001$; $p=0,003$; $p=0,002$ соответственно). Примечательно, среди мужчин и женщин в пределах группы с АГ и в пределах группы с нормотензией не наблюдалось достоверных различий изученных показателей провоспалительного статуса ($p>0,05$).

Уровень терминального пропептида III проколлагена не различался среди гипертензивных и нормотензивных мужчин ($p>0,05$). Вместе с тем, женщины с АГ обладали значительно более высоким содержанием этого показателя в крови относительно женщин из группы контроля ($p=0,05$). Мужчины с АГ имели достоверно меньший уровень PIIINP, чем женщины с АГ ($p=0,05$). Нормотензивные мужчины и женщины не имели значимых различий со стороны PIIINP ($p>0,05$).

Выводы. По данным настоящей работы, сывороточные показатели провоспалительного статуса (С-реактивный белок, ФНО-α, ИЛ-6), соответствуя нормативному диапазону значений, оказались достоверно выше у пациентов с АГ, чем у нормотензивных лиц, независимо от гендерной принадлежности. Среди мужчин и женщин с АГ, а также среди нормонензивных мужчин и женщин наблюдаются сопоставимые уровни изученных показателей провоспалительного статуса. Сывороточное содержание биомаркера матриксного ремоделирования сердечно-сосудистой системы PIINP при неосложненной АГ имеет тенденцию к увеличению преимущественно за счет женской субпопуляции.

НЕИНФЕКЦИОННЫЙ И ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТЫ: СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Бахарева Ю.С.[1], Чапаева Н.Н.[1,2]
[1]Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального исследовательского центра Института цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук,
[2]Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск

Актуальность. Многие аспекты патогенеза эндокардитов остаются спорными и требуют комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике эндокардитов.

Цель исследования. Проанализировать клинико-гемостазиологические особенности эндокардитов.

Материалы и методы. В исследование были включены две группы пациентов с вегетациями на клапанном аппарате сердца: первая группа с неинфекционным эндокардитом (НИЭ) представлена 81 пациентами в возрасте 43,0±13,9 лет, а вторую группу составили 94 пациента с инфекционным эндокардитом (ИЭ) в возрасте: 41,0±16,0 лет. При этом основными отличающими признаками являлись отрицательная гемокультура, нормальная температура тела и отсутствие явных эхоскопических признаков инфицирования. Расширенный гемостаз у пациентов был исследован в лаборатории диагностики тромбозов и нарушений гемостаза ФГБНУ НИИТП – филиал ИЦИГ.

Результаты исследования и обсуждение. В группе пациентов с НИЭ отмечали поражение митрального клапана в 88,8% случаев, аортального клапана – в 51,3%. При ИЭ отмечена тропность к трикуспидальному клапану: формирование вегетаций в 77% случаев на интактных клапанах и в 28% случаев – на измененных клапанах, p=0,03. Тест ЛТА показал, что в обеих группах имеется отклонения в агрегационной функции тромбоцитов и лейкоцитов в сторону гиперагрегации, более выраженной в группе пациентов с ИЭ, снижение достигало 5,1-5,2 сек., p=0,03. Гиперфибриногенемия является самостоятельным фактором изменения реологических свойств крови как компонент плазменного гемостаза. В обеих группах у 49 пациентов наблюдалось увеличение А2 свертывающей активности тромбина, что предполагало скрытую гиперкоагуляцию (94,23% в группе НЭ и 85,96% в группе ИЭ). В группе ИЭ имелось значительное снижение уровня ПТВ – 79,26±25,05 сек, p=0,015, что свидетельствовало о повышенной вязкости крови и риске тромбообразования.

Выводы. При ИЭ быстрее разрушается клапанный аппарат сердца, формируется порок сердца, развивается сердечная недостаточность, что является признаком инфекционной этиологии поражения эндокарда. При ИЭ наблюдалась гиперкоагуляция и гиперагрегация, а при НИЭ изменения показателей гемостаза соответствуют проявлениям антифосфолипидного синдрома: гипергомоцистинемии.

ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Башкинов Р.А.[1,2], Мазуров В.И.[1,2], Гайдукова И.З.[1,2], Фонтуренко А.Ю.[2], Петрова М.С.[1,2], Инамова О.В.[2]
[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить особенности лабораторных показателей и коморбидности у пациентов с различными ревматическими заболеваниями (РЗ) и сопутствующей бессимптомной гиперурикемией (БГУ).

Материалы и методы. Проанализированы данные городского регистра пациентов с БГУ, состоящего из медицинских карт больных, проходивших обследование и лечение на базе СПБ ГБУЗ «Клини-

ческой ревматологической больницы №25». Включали сведения о половой принадлежности и возрасте пациентов, длительности БГУ, информацию о РЗ, уровнях мочевой кислоты (МК), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), глюкозы (ГЛЮ), общего холестерина (ХС), наличии коморбидных состояний (КС), и проводимой им уратснижающей терапии (УСТ).

Результаты и обсуждение. В основную группу было включено 822 пациента: 331 мужчина и 491 женщина. Нозологическая структура основной группы была представлена болезнью Шегрена, псориатическим артритом, ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, спондилоартритом и системной склеродермией. В группу сравнения было включено 400 пациентов с остеоартритом (ОА): 303 женщины и 97 мужчин. Группы (основная и сравнения, соответственно) были сопоставимы по возрасту (56 и 61 год), длительность БГУ составляла 3,4 и 1,1 года. По данным анализа лабораторного обследования: средний уровень МК составлял – 493 и 498 мкмоль/л, СОЭ-26,0 и 17,7 мм/ч, СРБ-19,6 и 9,3 мг/л, ХС-5,5 и 5,8 ммоль/л, ГЛЮ-5,8 и 6,2 ммоль/л. В основной группе были выявлены взаимосвязи между уровнем МК с уровнями СОЭ и СРБ ($r=0,1$, $p<0,001$). Группы были сопоставимы по частоте нарушений ритма и проводимости сердца (51,6 и 57%), хронической сердечной недостаточности (ХСН) (18,6 и 18,8%), тромбозов вен нижних конечностей (ТВНК) (3,4 и 1,5%), наличию тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в анамнезе (1,6 и 1,3%), наличию транзиторной ишемической атаки (ТИА) в анамнезе (1,1 и 0,8%), наличию острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе (7,3 и 4,5%), преддиабета (17,6 и 22,3%), язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (13,4 и 11,5%) и мочекаменной болезни (16,1 и 15,5%). Группы достоверно ($p=0,05$) различались между собой по частоте артериальной гипертензии (АГ) (73,4 и 84%), стенокардии напряжения (СН) (11,3 и 20,3%), наличию острого инфаркта миокарда (ОИМ) в анамнезе (6,4 и 3,3%), ожирения (ОЖ) (22,5 и 46,3%), сахарного диабета 2 типа (СД2) (21,5 и 31,8%), гиперхолестеринемии (57,9 и 65,8%), неалкогольной жировой болезни печени (25,4 и 29%), хронической болезни почек (ХБП) (56,7 и 48,8%). В обеих группах частота встречаемости АГ, СН, ОИМ, ТВНК, ТЭЛА, ХСН, ТИА, ОНМК, ОЖ, СД2, ЯБ и ХБП достоверно ($p<0,05$) превышала популяционную. УСТ проводилась 26,6% пациентов основной группы и 36,8% пациентов группы сравнения.

Выводы. У пациентов основной группы наблюдались более высокие уровни маркеров системного воспаления (СОЭ, СРБ), которое является значимым фактором риска повышенного тромбообразования, что подтверждено большим распространением связанных с этим состояний, по сравнению с группой пациентов с ОА. В группе больных ОА с БГУ наблюдались более высокие средние уровни ХС и ГЛЮ, что подтверждается большей распространенностью метаболических нарушений, по сравнению с основной группой. Большая часть КС в обеих группах достоверно превышала популяционную, что может свидетельствовать о независимой негативной роли БГУ в формировании и прогрессировании сердечно-сосудистой, нефрологической, гастроэнтерологической и метаболической коморбидности у пациентов с РЗ.

МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Бейлина Н.И.
Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Метаболически ассоциированная болезнь печени – часто выявляемое заболевание в России, широко распространено среди трудоспособного населения. Имеется общность этиопатогенеза с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель. Выявить распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и ее составляющих у пациентов в кардиологическом отделении стационара.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 124 человека, в том числе 79 мужчин, разделенных на две группы – 1. пациенты с НАЖБП – 91 человек, в том числе 65 мужчин; 2. пациенты без НАЖБП, в том числе 14 мужчин; проводились сбор анамнеза, антропометрия с подсчетом индекса массы тела (ИМТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) печени; определение холестерина, глюкозы, фибриногена, маркеров цитолиза (АЛТ, АСТ). Статистическая обработка – критерии Пирсона, с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера, Стьюдента (достоверная разница при $p<0,05$).

Результаты. Среди пациентов кардиологического отделения стационара НАЖБП выявлена у 91 человека (73,39%). В этой группе пациентов преобладали мужчины – 65 человек (71,43% группы). Средний возраст пациентов с НАЖБП составил 59,84±1,21 лет. Средний возраст пациентов второй группы – 60,09±2,56 лет. В группах нет статистически значимой разницы в возрасте ($p>0,05$).

Избыток массы тела имели 33 чел. с НАЖБП (36,26%) и 10 чел. второй группы (30,3%); ожирение I степени –26 чел. с НАЖБП (28,57%) и 9 чел. второй группы (27,27%); ожирение II степени – 9 чел. с НАЖБП (9,89%) и 1 чел. второй группы (3,03%); ожирение III степени – 2 чел. с НАЖБП (2,2%) и 1 чел второй группы (3,03%). Различия в группах статистически не значимы (p>0,05).

Завышение значений холестерина выявили в первой группе у 63 чел. (69,23%) и у 23 чел. (69,7%) во второй группе; фибриногена – у 49 чел. (53,85%) и 21 чел. (63,64%) соответственно. Цитолиз легкой степени выраженности (до 3-х норм АЛТ) определен у 17 пациентов с НАЖБП (18,68%) и 2 чел. из второй группы (6,06%). Различия в группах по этим параметрам статистически не значимы (p>0,05).

Нарушение углеводного обмена: сахарный диабет II типа был у 10 чел. (10,99%) с НАЖБП и у 5 чел. (15,15%) второй группы; нарушение гликемии натощак выявлены у 9 чел. (9,89%) и 3 чел. (9,09%) соответственно. Различия в группах статистически не значимы (p>0,05).

У пациентов с НАЖБП чаще, чем у пациентов второй группы определялись гиперэхогенность печени (87 чел. (95,6%) и 10 чел. (30,3%) соответственно) и гепатомегалия (55 чел. (60,44%) и 3 чел. (9,09%) соответственно) по УЗИ (p<0,05).

Вывод. У пациентов кардиологического отделения стационара НАЖБП выявлена у 73,39% пациентов, среди них преобладали мужчины. Избыток массы тела имели 36,26%; ожирение I степени – 28,57%; ожирение II степени – 9,89%; ожирение III степени – 2,2%. Гиперхолестеринемия была у 69,23% пациентов, гиперфибриногенемия – у 53,85%. Сахарный диабет II типа имелся у 10,99%; нарушение гликемии натощак – у 9,89%. Неспецифические УЗИ признаки гиперэхогенность печени и гепатомегалия определены у95,6% и 60,44% пациентов.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Бейлина Н.И.
Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Цель исследования. Изучить распространенность, структуру ремоделирования сердца у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенности сердечно-сосудистых заболеваний при ремоделировании.

Материалы и методы. Обследовано 124 человека, в т.ч. 79 мужчин, средний возраст 60.15±1.13 лет; проводились сбор анамнеза, холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ХМ-ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца. Статистическая обработка – критерии Пирсона, с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера, Стьюдента (достоверная разница при p<0,05).

Результаты. По данным УЗИ сердца, ремоделирование определялось у 100 человек (80.65% от общего количества обследованных), в т.ч. у 70 мужчин (88.61% мужчин) и 30 женщины (66.67% женщин) – p<0,05. В структуре ремоделирования отмечены: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) – 64% (от пациентов с ремоделированием), в т.ч. у 44 мужчин (62.86% мужчин с ремоделированием) и 20 женщин (66.67% женщин с ремоделированием); дилатация левого предсердия (ЛП) – 59%, в т.ч. у 47 мужчин (67.14%) и 12 женщин (40%); легочная гипертензия – 27%, в т.ч. у 15 мужчин (21.43%) и 12 женщин (40%); дилатация обоих предсердий – 7%, в т.ч. у 5 мужчин (7.14%) и 2 женщин (6.67%); акинез стенок левого желудочка – 4%, в т.ч. у 1 мужчины (1.43%) и 3 женщин (10%); дилатация правого желудочка – 2%, в т.ч. у 2 мужчин (2.86%); дилатация левых камер сердца – 2%, в т.ч. у 1 мужчины (1.43%) и 1 женщины (3.34%) У одного пациента было от одного до трех видов ремоделирования. Выявлена гендерная разница по частоте встречаемости дилатации ЛП (p<0,05)

По ХМ-ЭКГ выявлены нарушения ритма и проводимости у 71 человека (57,26%), в т.ч. у 50 мужчин (63.29%) и 21 женщины (46.67%) Различия по данному параметру между мужчинами и женщинами статистически не значимы (p>0,05).

Нарушения ритма и проводимости у пациентов с ремоделированием сердца было у 62 человек (50% от всех пациентов), в т.ч. у 47 мужчин (59.49% от всех мужчин) и 15 женщин (33.33% от всех женщин). Различия по данному параметру между мужчинами и женщинами статистически значимы (p<0,05).

Нарушения ритма и проводимости у пациентов без ремоделированием сердца было у 9 человек (7.26% от всех пациентов), в т.ч. у 3 мужчин (3.80% мужчин) и 6 женщин (13.33% женщин). Различия по данному параметру между мужчинами и женщинами статистически не значимы (p>0,05).

Среди тех, кто имеет ремоделирование сердца, чаще наблюдались нарушения ритма и проводимости, чем в группе без ремоделирования – 50% и 7.26% соответственно (p<0,05).

По данным анамнеза, гипертоническую болезнь (ГБ) имели в группе с ремоделированием 100 человек (80.6%), в группе без ремоделирования –21 человек (16.94%) – $p<0,05$; ишемическую болезнь сердца (ИБС) – 43 человека (34.68%)и 15 человек (12.10%) соответственно – $p>0,05$.

Выводы. Ремоделирование сердца, нарушения ритма и проводимости, их сочетание встречается часто среди кардиологических пациентов (80.65%; 57,26%; 50% соответственно). Ремоделирование, в т.ч. дилатация ЛП, наблюдается чаще у мужчин. Среди тех, кто имеет ремоделирование сердца, чаще наблюдались нарушения ритма и проводимости Нарушения ритма и проводимости выявлялось у мужчин с ремоделированием сердца чаще, чем у женщин. ГБ наблюдалась чаще у лиц с ремоделированием сердца.

ГИПЕРФЕРРИТИНЕМИЯ – МАРКЕР ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Белая И.Е., Мельничук М.Г.
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,
г. Луганск, Украина

Патология легких при COVID-19 характеризуется массивной инфильтрацией иммунными клетками и клинически проявляется гипоксией разной степени тяжести. При этом повышение ферритина в сыворотке крови отражает степень выраженности системного воспаления и является основным маркером «цитокинового шторма».

Цель исследования. Оценить маркеры «цитокинового шторма» при атипичной пневмонии.

Материалы и методы. Обследована больная К., 42 лет, которая поступила в ЛГКМБ №1 г. Луганска на 8-е сутки заболевания с диагнозом: «Подозрение на коронавирусную инфекцию, внегоспитальная двусторонняя полисегментарная пневмония, III клиническая группа, средней тяжести, ЛН II». Кроме общеклинических методов исследований, больная дополнительно обследована на ферритин, С-реактивный белок и D-димер.

Результаты и обсуждение. Больная поступила с жалобами на выраженную общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39ºС. Общее состояние средней тяжести. Над легкими определялось укорочение перкуторного звука с обеих сторон, выслушивалось жесткое дыхание, чдд – 24 в минуту. Сатурация кислорода составила 88% в покое. Получен отрицательный результат ПЦР на РНК 2019-n CoV. Ферритин – 189 нг/мл, С-реактивный белок – 0,640 мг/л, Д-димер – 679 нг ФЭЕ/мл. Повышению уровня ферритина способствует избыток железа в организме из-за повреждения коронавирусом гена гемоглобина с блокированием атома железа. Избыток феритина в организме активирует макрофаги с последующим выделением цитокинов, которые сами стимулируют печень к выработке, в первую очередь, ферритина и С-реактивного белка. Образование Д-димеров может быть связано с высокой протеолитической активностью плазмы и зависеть от разрушающихся в гнойных очагах легких нейтрофилов. Однако анализ на Д-димер может быть ложноотрицательным, так как антикоагулянтная терапия уже была назначена до забора крови. В клиническом анализе крови – абсолютный моноцитоз (13%). При МСКТ органов грудной клетки (ОГК) определялись двусторонние множественные участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» (вирусная пневмония, КТ-2, с объемом поражения легких 48%). Больная получала противовирусную, противовоспалительную и антикоагулянтную терапию. К 15 дню заболевания несколько уменьшилась одышка, однако сохранялась субфебрильная температура тела и выраженная слабость. Сатурация кислорода – 93%. В клиническом анализе крови определялись лейкоцитоз (12,9 $x10^9$/л), лимфоцитопения (9%) при относительном уменьшении моноцитов (3%) и тромбоцитоз (465$x10^9$/л). Отмечается повышение уровня ферритина (238 нг/мл) при отсроченном увеличении С-реактивного белка более чем в 3 раза (15,6 мг/л). Более раннее повышение ферритина может быть связано как с избытком железа при повреждении гена гемоглобина, так и с тем, что СРБ синтезируется преимущественно в печени, а ферритин, кроме печени, синтезируется в легких и миокарде. При МСКТ-контроле ОГК сохранялись признаки интерстициальных изменений легких с объемом поражения легких 28%.

Выводы. 1. В случае отрицательного ПЦР решающее значение в постановке диагноза COVID-19 приобретает КТ ОГК. 2. Гипервоспаление при атипичной пневмонии может манифестировать активацией макрофагов (повышением уровня ферритина сыворотки крови). 3. Развитие «цитокинового шторма» с увеличением ферритина, СРБ в сочетании с лимфоцитопенией у пациентов с атипичной пневмонией может указывать на затяжной характер течения инфекционно-воспалительного процесса.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ COVID-19 И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Беликина Д.В.[1,2], Некрасова Т.А.[1], Стронгин Л.Г.[1]
[1]Приволжский исследовательский медицинский университет,
[2]Инфекционный стационар для оказания стационарной помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) на базе Института педиатрии университетской клиники Приволжского исследовательского медицинского университета,
г. Нижний Новгород

Цель работы. Изучить особенности гемокоагуляционных нарушений у больных с COVID-19 и сопутствующим сахарным диабетом (СД), оценить их корреляцию с тяжестью течения новой коронавирусной инфекции и неблагоприятными исходами.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное проспективное исследование у 139 больных с COVID-19, госпитализированных в инфекционный стационар на базе Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава РФ в период с 18 мая по 13 июля 2020 г. Все пациенты были разделены на две группы – с сопутствующим СД (основная), которую составило 57 больных (41,0% от числа госпитализированных) и без СД (контрольная). Средний возраст всех исследуемых составил 56,5±14,38 лет. Больные без СД характеризовались меньшим возрастом (53,9±15,52 лет vs 60,2±11,75 лет, p=0,015) и индексом массы тела ИМТ (29,6±4,81 кг/м^2 vs 31,7±5,58 кг/м^2, p=0,048). Из сочетанных патологий у больных COVID-19 с сопутствующим СД значимо чаще выявлялись ожирение (p=0,0007) и артериальная гипертензия (АГ, p=0,003). Среди больных с СД 2 типа у 26 (47,3%) имелся анамнез СД, а у 29 (52,7%) данный диагноз был поставлен впервые; остальные 2 больных имели СД 1 типа. Уровень гликированного гемоглобина при госпитализации в группе больных с сочетанием COVID-19 и СД составил 8,2±1,81%, в том числе среди лиц с анамнезом СД – 8,8±1,69%. В подгруппе впервые выявленного СД средний HbA1C% достигал 7,6±1,78%. Исходя из этого, можем предположить, что новая вирусная инфекция может вести к манифестации клинических проявлений СД, не диагностированного ранее. Для сравнения количественных данных в двух независимых выборках использовали метод Мана-Уитни, качественных данных – Хи-квадрат и Фишера, для сравнения двух количественных показателей в динамике – метод Вилкоксона, для множественных сравнений в динамике – метод Фридмана, для оценки корреляционных связей – критерий Спирмена. При описании выборок использовали среднее ± квадратическое отклонение (M±S).

Результаты и обсуждение. Уровень гликемии при поступлении был ожидаемо выше на фоне СД (p<0,000001). Исходный уровень гликемии был прямо взаимосвязан с выраженностью и, особенно, с длительностью сохранения у пациентов гиперкоагуляции (для фибриногена (ФГ) при поступлении – R=0,20, p=0,040, для продолжительности гиперфибриногенемии – R=0,30, p=0,002, сроков нормализации D-димера и антитромбин III – R=0,22, p=0,022 и R=0,21, p=0,030 соответственно). Наши данные подтверждают, что гиперкоагуляция характерна для всей группы заболевших COVID-19: средние значения D-димера и ФГ при поступлении были выше нормы в обеих группах наблюдения. Однако на фоне СД нарушения гемостаза оказались более выраженными и стойкими, судя по большей гиперфибриногенемии на 3-5 день лечения (p=0,008), близкой к уровню статистической значимости тенденции к повышению исходного ФГ (p=0,055) и D-димера на 3-5 день терапии (p=0,072), а также по большим срокам нормализации многих показателей коагулограммы (p<0,05 для всех параметров). По данным однофакторного регрессионного анализа, для всей страты больных COVID-19 достоверным фактором риска неблагоприятного исхода было повышение начального значения ФГ (ОШ 1,5 [1,15; 1,92], p=0,002), и, на близком к статистически значимому уровне, - D-димера (ОШ 1,3 [0,99; 1,77], p=0,053). Для больных с сочетанием COVID-19 и СД повышенный уровень ФГ при поступлении характеризовался еще большим отношением шансов достижения конечной точки (ОШ 1,7 [1,16; 2,43], p=0,005), при сходной предсказующей ценности D-димера (ОШ 1,3 [0,99; 1,78], p=0,061). При этом в группе больных COVID-19 без СД среди показателей коагулограммы не было выявлено достоверных предикторов риска неблагоприятного исхода (в том числе, для ФГ ОШ 1,3 [0,79; 1,76], p=0,44 и для D-димера ОШ 1,4 [0,92; 2,41], p=0,10).

Выводы. Обобщая результаты сравнительного и регрессионного анализа, можно заключить, что гиперкоагуляция характерна для всех больных COVID-19, но на фоне СД коагулопатии являются более выраженными, стойкими и опасными (по показателю необходимости лечения и наблюдения в условиях ОРИТ и/или смерть). Гиперфибриногенемия является предиктором неблагоприятного исхода для всей группы больных COVID-19 и, в еще большей мере, для больных с сопутствующим СД. Очевидно, что антикоагулянтное/антитромботическое лечение является неотъемлемой частью терапевтических направлений COVID-19. Ожидается, что помимо про-

филактики и лечения тромбоэмболий и контроля состояния гиперкоагуляции, антитромботические агенты займут центральное место в лечении инфекции SARS-CoV-2.

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бердовская А.Н.[1], Короткая В.В.[1], Яхимчик А.И.[2], Миклаш Н.В.[2]

[1]Гродненский государственный медицинский университет,
[2]Гродненская областная детская клиническая больница,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) у детей Гродненской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни пациентов, проходивших лечение в Учреждении здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2015 по 2020 год. Всем детям проведено полное клинико-лабораторное обследование, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), суточное (Холтеровское) мониторирование ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов было 36 мальчиков (65,5%) и 19 девочек (34.5%). Средний возраст пациентов 9,9±2,2 года.

Распределение по возрасту выявило следующее: дети в возрасте до 1 года (4) – 7,3%, от 1 до 3 лет (5) – 9,1%, от 4 до 7 лет (7) – 12,7%, от 8 до 12 лет (17) – 30,9%, от 13до 16 лет (18) – 32,7%, от 17 до 18 лет (4) – 7,3%.

Большая часть детей были жителями города (45) – 81,8%.

67,6% поступили по направлению врачей амбулаторного звена, 10,9% переведены из других стационаров, 9,1% обратились сами, 12,4% направлены врачами скорой помощи. У 51 пациента синдром WPW являлся основным.

50 детей (90,9%) при поступлении были направлены в кардиологическое отделение, из них 26 детей поступило в плановом порядке. 5 детей (9,1%) были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Среднее число койко–дней проведенных в стационаре составило 11,7 койко-дней.

Состояние детей при поступлении расценено следующим образом: средней степени тяжести (29 детей) – 52,6%, удовлетворительное (22) – 40%, тяжелое (3) – 5,6%, очень тяжелом (1) – 1,8%.

При поступлении дети или их родители предъявляли жалобы на приступы тахикардии (23) – 41,8%, боль в сердце (13) – 23,6%, одышку (1) – 1.8%, чувство страха (2) – 3,6%, слабость (7) – 12,7%, сонливость (1) – 1,8%, головную боль (6) – 10,9%, головокружение (2) – 3,6%, обмороки (2) – 3,6%, повышение АД (6) – 10,9%, бледность (3) – 5,5%, тошноту (1) – 1.8%, рвоту (2) – 3,6%.

В анамнезе в 29,1% случаев наблюдалось неблагоприятное течение беременности и родов: инфекции во время беременности – 1,8%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – 3,6%, гестоз – 9,1%, внутриутробное инфицирование – 1,8%. У 2 детей (3,6%) нарушение ритма было выявлено внутриутробно.

25,5% случаев наследственность отягощена заболеваниями сердечно-сосудистой системы

У 9 детей (16,4%) имелся выраженный дефицит массы тела, у 15 (27,3%) – недостаточная масса тела, у 3 (5,5%), у 1 (1,8%) – ожирение 1 степени, и у 26 (27,3%) – масса тела в пределах нормы.

При проведении эхокардиографического исследования сердца выявлены следующие структурные особенности: аномально расположенные хорды левого желудочка – 67,3%, пролапс митрального клапана 1 степени – 9,1%, митральная – 5,3%, трикуспидальная – 1,8%, легочная – 3,6% регургитации и функционирующее овальное окно – 1,8%. В 5,3% случаев на рентгенограмме отмечалось увеличение кардиоторакального индекса выше возрастной нормы.

В биохимическом анализе крови отмечено повышение АСЛО – 23,6%, гипер – 1,8%, гипокалиемия (1) – 1,8%, повышение ионов фосфора (1) – 1,8%, повышение креатинкиназы (5) – 9,1%, гиперхолестеринемия (2) – 3,6%, повышение мочевой кислоты (2) – 3,6%, повышение повышение АСТ (1) – 1,8%, повышение АЛТ (2) – 3,6%.

Феномен WPW регистрировался на ЭКГ у пациентов на фоне нормальной частоты сердечных сокращений (63,64%), тахи – 29,1%, либо брадикардии (7,26%).

По данным холтеровского мониторирования у 81,8% детей зарегистрирован преходящий синдром WPW. В18,2% случаев синдром предвозбуждения регистрировался на всем протяжении мониторирования, приступы пароксизмальной тахикардии зафиксированы у 3 детей (6,7%).

Дополнительно отмечены следующие нарушения ритма. Синоатриальные блокады 2 степени

– 16,4%, желудочковые – 11,1%, наджелудочковые – 44,4%, сочетание желудочковых и наджелудочковых – 24,4%. Максимальное количество наджелудочковых экстрасистол – 46720 в сутки.

Для купирования приступов пароксизмальной тахикардии в отделении реанимации использовались диазепам у одного ребенка в качестве монотерапии, амиадорон у 2 детей. У двух детей приступы купировались вагусными приемами.

В соматическом отделении в лечении использовались антиаритмические средства (пронанорм – 1,8%, амиадорон – 9,1%), ингибитор ангиотезин превращающего фермента (лизиноприл – 1,8%), селективный бетта 1 – адреноблокатор (метапролол – 7,3%). Все пациенты получили кардиометаболическую терапию.

Выводы. Феномен WPW чаще регистрируется в возрастной группе от 13до 16 лет – 32,7%.

В большинстве случаев отмечались жалобы вегетативного характера в виде боли чувства страха, слабости, сонливости, головную боль, головокружение.

В 41,8% случаев отмечались приступы пароксизмальной тахикардии клинически, которые получили документальное подтверждение при проведении холтеровского мониторирования в стационаре в 6,7% случаев.

ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ОСНОВЕ СОВОКУПНОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ

Бикбавова Г.Р.[1], Козлова П.А.[2], Третьякова Т.
[1]Омский государственный медицинский университет,
[2]Омский государственный университет
имени Ф.М. Достоевского,
г. Омск

Увеличение количества больных язвенным колитом (ЯК) происходит с изменением современного образа жизни и обозначается как «вестернизация» образа жизни и питания.

Цель. Разработка модели поддержки врачебных решений в диагностике ЯК на основе совокупности анамнестических признаков.

Материалы и методы. Проведено анкетирование в формате интервью после дачи добровольного информированного согласия больных ЯК и здоровых респондентов. Вопросы анкеты объединили по признакам:

1. характер работы и профессиональные вредности;

2. прием медикаментов (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, гормональные контрацептивы);

3. суррогатные маркеры «гигиенической гипотезы» (наличие домашних животных в детстве, посещение детского сада, грудное вскармливание в детстве, количество детей в семье родителей);

4. психологический стресс;

5. факторы питания.

Основную группу составил 81 пациент (мужчин – 42, женщин – 39) в возрасте от 18 до 79 лет. Сравнение проводилось с контрольной группой здоровых респондентов сопоставимой по возрасту ($U=13,38$; $p=0,1760$) и по полу ($2I=2,72$; $p>0,05$) с группой больных ЯК. Медиана возраста больных на момент проведения опроса – 48 (31,0-60,0) лет. Медиана времени с момента появления первых симптомов ЯК до установления диагноза – 6 (1-12) месяцев. Контрольную группу составили 39 здоровых лиц (мужчин – 14, женщин – 25) в возрасте от 22 до 81 года. Медиана возраста респондентов – 46,0 (26,0-52,0) лет. Для описания и сравнения групп использовалась медиана и интерквартильный размах, U-критерий Манна-Уитни, вычисление 2I – статистики. Построение моделей бинарного выбора производилось в программе «EViews 11» при помощи Logit-модели. Переменную, значения которой $p>0.05$ в процессе исключали из модели. Получив модели бинарного выбора для каждой из групп и, установив уровень отсечения, вычислены ошибки 1-го и 2-го рода. Где ошибка 1-го рода «Поставить диагноз здоров, больному», а ошибка 2-го рода «Поставить диагноз болен, здоровому». Уровень отсечения для каждой модели подбирался индивидуально. Получив ошибки каждой модели, построена общая модель, имеющая вид нейронной сети.

Результаты. Среди маркеров «гигиенической гипотезы» и приема медикаментов не выявлено переменных, оказывающих влияние на возникновение ЯК. После удаления незначимых переменных в модели «психологический стресс» значимы утверждения «Пожалуй, я человек нервный» (коэффициент -0,296021; переменная 0,0041) и «Связь болезни с перенесенным стрессом» (коэффициент 0,683475; переменная 0,0000). В модели «Факторы питания» значимые переменные – «Регулярное употребление острой пищи перед появлением первых симптомов заболевания» (коэффициент 0,183085; переменная 0,0069), «Избыточное употребление сахара с чаем и кофе» (коэффициент 0,048343; переменная 0,0022), «Недостаточное потребление овощей ежедневно» (коэффициент -0,006935; переменная 0,0001) и «Плохая переносимость молока перед появлением первых симптомов заболевания» (коэффициент 0,825844; переменная 0,0013). В модели «Характер

работы и профессиональные вредности» значимые переменные – профессиональная занятость (коэффициент 1,722686; переменная 0,0002), профессиональные вредности на рабочем месте, связанные с напряжением внимания и памяти (коэффициент 2,608838; переменная 0,0000). В свою очередь последний уровень также проходил процедуру построения модели бинарного выбора. Значимыми оказались модели «Характер труда и профессиональные вредности» (коэффициент 1,492367; переменная 0.0010) и «Психологический стресс» (коэффициент -1,823598; переменная 0.0000).

Обсуждение. Разработана модель поддержки врачебных решений на основе совокупности анамнестических данных, которая позволяет повысить эффективность диагностики ЯК.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕЛАТОНИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д.
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск, Украина

На сегодняшний день установлено, что у пациентов с хроническим болевым синдромом, обусловленным наличием иммуновоспалительного процесса, в частности, с анкилозирующим спондилитом (АС), с высокой частотой встречаются расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС). Выраженный болевой синдром и хронический характер иммунного воспаления определяют низкое качество жизни (КЖ) пациентов, что говорит о необходимости модификации терапии АС, сочетанного с РТДС.

Цель исследования. Изучить, в соответствии с опросником SF-36, влияние мелатонина на показатели КЖ больных анкилозирующим спондилитом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 65 пациентов (41 мужчина и 26 женщин) с АС и клиническими признаками РТДС, установленными по шкалам тревоги Спилбергера и депрессии Гамильтона. Для верификации диагноза АС использовались модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г. Средний возраст пациентов – 43,4±7,7 лет, средняя длительность АС 10,1±4,6 лет; индекс BASDAI – 3,9 (3,3; 4,3); индекс BASFI – 4,1 (3,6; 4,6). Методом случайной выборки больные были разделены на две группы: 1 группа – 32 больных, которые на протяжении периода наблюдения (10 недель) получали НПВП в средней суточной дозе сопоставимой с 150 мг диклофенака и 3 мг мелатонина на ночь; 2 – 33 пациента, пролеченных по той же схеме, но без приема мелатонина.

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

Результаты и обсуждение. Показатели КЖ у пациентов до лечения продемонстрировали в целом низкие значения как РН – 28,6 (26,6; 32,7), так и МН – 39,2 (34,1; 42,9) баллов. Низкое значение РН, в основном, объяснялось низким РФФ – 25 (0; 25) балла, отражающим влияние физического состояния на повседневную активность и интенсивности Б – 32 (22; 32) балла. Говоря о психологической составляющей следует отметить, что СФ сохранялся на достаточном уровне – 50 (37,5; 62,5) баллов, однако низким было РЭФ – 33,3 (33,3; 66,6) баллов. Проведенная в динамике оценка показателей КЖ выявила в 1-й группе значимое улучшение параметров РН, в большей мере за счет показателей, отражающих влияние ФФ и Б на повседневную деятельность пациентов, о чем свидетельствует их увеличение на 35,7% и 22,6% от исходных. ЖА, СФ и РФ, обусловленные эмоциональным состоянием, также возросли на 44%, 23% и 49,6% соответственно, что обусловлено уменьшением выраженности депрессии и психовегетативных расстройств на фоне лечения мелатонином. Это подтверждается достоверным ($p<0,001$) улучшением интегративных показателей РН и МН в 1-й группе. Во 2-й группе достоверная положительная динамика установлена в отношении показателей Б ($p=0,023$) и РН ($p=0,008$). Сравнение всех показателей в группах после лечения выявило достоверно более высокую ЖА ($p=0,012$) и МН ($p=0,03$) у пациентов 1-й группы.

Выводы. Комбинированная терапия с применением мелатонина способствует стабилизации физического и психологического показателей КЖ больных АС с РТДС, что опосредованно может приводить к снижению проявлений хронического болевого синдрома и улучшению показателей психоэмоциональной сферы пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ COVID-19

Близниченко А.С., Ушаева Л.А.
2 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии,
г. Пятигорск

Цель исследования. Изучение возможностей лучевой диагностики новой коронавирусной инфекции у военнослужащих Северо-Кавказского округа Росгвардии.

Материал и методы. За период с мая по декабрь 2020 года в стационаре пролечено 278 пациентов с подтвержденной COVID-19. Мужчин 240, женщин 38. Средний возраст заболевших – 32,7 лет.

Всем пациентам выполнялось клинико-лабораторное обследование, компьютерная томография органов грудной клетки, определение SARS-CoV-2 методом ПЦР. Изучали особенности лучевой диагностики вирусного поражения легких, вызванного SARS-CoV-2.

Результаты и обсуждение. Выделены следующие группы: 1 группа – пациенты с легким течением (подтвержденной новой коронавирусной инфекцией) – 94; 2 группа – со средне-тяжелым и тяжелым течением высокой степени вероятности по данным компьютерной томографии, SARS-CoV-2 подтвержденные – 129 (70 %); 3 группа – средне-тяжелым и тяжелым течением высокой степени вероятности по данным компьютерной томографии, SARS-CoV-2 отрицательные – 55 (30 %).

При анализе поражения легочной ткани по данным компьютерной томографии органов грудной полости из 184 пациентов со средне-тяжелыми и тяжелыми формами COVID-19 выявлены следующие объемы поражения легочной ткани – КТ I – у 155 пациентов; КТ II – 22; КТ III – 6, КТ IV – 1, из которых 55 пациентов с не идентифицированным вирусом SARS-CoV-2 методом ПЦР.

Ключевым признаком поражения легких на компьютерной томографии являлось появление симптома «матового стекла», свидетельство развившегося микротромбоза дистальных отделов легочных сосудов и пареза капилляров легких с локальным увеличением кровотока, что вело к нарушению вентиляционно-перфузионного соотношения и нарушению газообмена.

У пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы симптом «матового стекла» дифференцировали от грозного осложнения, отека легких. Правильно вынести заключение позволяло симметричное прикорневое поражение легких, наличие выпота в плевральных полостях и расширение легочного ствола.

Симптомом «матового стекла» проявляется и пневмония, вызванная цитомегаловирусной инфекцией, но с расположением в симметричным прикорневых зонах, так называемый симптом «крылья бабочки», иногда картина напоминает отек легких, но данные анамнеза, наличие ВИЧ-инфекции и температуры позволяют сделать правильное заключение.

У 1 пациента на фоне вирусного поражения легких SARS-CoV-2 присоединение бактериальной флоры привело к формированию абсцесса легкого.

Заключение. Все выявляемые при лучевых исследованиях признаки, включая КТ-симптомы, не специфичны для какого-либо вида инфекции и не позволяют установить этиологический диагноз. Вне пандемии они не позволяют отнести выявленные изменения к пневмонии COVID-19 и дифференцировать их с другими пневмониями и не воспалительными заболеваниями. Данные лучевого исследования не заменяют результаты обследования на РНК SARS-CoV-2.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Блудова Н.Г., Ребров Б.А., Благинина И.И., Благодаренко А.Б., Ярцева С.В.
Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
г. Луганск, Украина

Сахарный диабет (СД) представляет серьезную медико-социальную проблему. Согласно прогнозам экспертов к 2025 году число больных СД может превысить 300 млн человек, 80-90% из которых будут составлять пациенты СД 2 типа [Amos A., 2003]. Сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смертности 65% больных СД [Loutfi M., 2003]. Известно, что СД способствует прогрессированию атеросклероза коронарных артерий (КА) и увеличению тяжести течения хронической ишемической болезни сердца (ХИБС).

Цель. Изучить состояние КА у пациентов с ХИБС на фоне СД 2 типа, выявить особенности поражения венечных артерий у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 40 пациентов ХИБС в сочетании с СД 2 типа, среди них 32 (80%) – мужчины и 8 (20%) женщин. Средний возраст – 57,9±8 лет. Артериальная гипертензия была отмечена у 65,0% пациентов, гиперхолестеринемия – у 62,5%. ИМ в анамнезе не было. Длительность заболевания ХИБС в группе составила 7,1±3,2 лет, СД 2 типа – 8,3±2,8 лет. Контрольную группу составили 38 пациентов ХИБС без диабета, репрезентативные по возрасту, полу, длительности заболевания.

Результаты и обсуждение. Анализ данных КВГ показал, что в исследуемой группе всего были поражены 78 артерий (в среднем 1,9 в расчете на одного больного), при этом в 9 случаях отмечалась хроническая окклюзия КА. В контрольной группе выявлено поражение 62 КА (1,6 в расчете на одного больного), из них 4 артерии были хронически окклюзированы. По частоте вовлечения основных КА существенных различий между группами не наблюдалось. Так, гемодинамически значимое (более 50% диаметра сосуда) поражение ПМЖВ выявлено у 31 (78%) и 29 (76%) больных, ПКА – у 19 (48%) и 18 (47%), ОВ – у 17 (43%) и 15 (39%), поражение ствола – у 2 (5%) и 2 (5,28%) соответственно. Поражение одной КА выявлено только у 11 (27%) пациентов исследуемой группы, у остальных больных атеросклеротический стеноз определялся одновременно в двух и более артериях. В группе сравнения однососудистое поражение выявлялось у 14 (37%) больных ($p<0,05$). Также в первой группе характерным является наличие нескольких стенозов в пределах одной артерии как гемодинамически значимых, так и мелких. При этом в общем спектре поражения КА количество мелких стенозов значительно превышало число гемодинамических значимых (в 1,5 раза). Кроме того, у пациентов в сочетании с СД чаще наблюдались протяженные стенозы (более 7 мм) – у 17 (42%) и 14 (37%) соответственно ($p>0,05$). Средняя протяженность стеноза КА в первой группе составляла 16,2±4,21 мм, во второй – 10,3±5,27 мм ($p<0,05$). При определении зависимости выраженности стенозов КА было выявлено, что этот показатель не коррелирует с возрастом, полом пациентов, а также давностью заболевания СД. Однако, показатель общего количества стенозов прямо коррелировал с давностью заболевания СД ($r=0,28$, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, для больных с ХИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа характерно многососудистое поражение КА с множественным развитием стенозов в пределах одной артерии, в том числе протяженных и гемодинамически незначимых.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Бобылева Т.А.[1], Сурыгина С.Е.[1], Стеклов В.И.[1,2]
[1]Филиал Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова,
[2]Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка,
Москва

Цель исследования. Изучить изменения эхокардиографических показателей у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формой фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. Обследовано 60 мужчин с фибрилляцией предсердий. Пациенты разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 31 пациент с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (средний возраст – 50,8±1,6 лет, аритмический анамнез составил – 5,8±0,6 лет), во 2-ю группу включены 29 пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий (средний возраст – 53,4±2,6 лет, аритмический анамнез составил 8,2±0,7 лет). В группу обследованных не включались пациенты с острым инфарктом миокарда, стенокардией, сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, пороками сердца, миокардитом, ожирением. Всем больным проводилось клиническое обследование и эхокардиографическое исследование по стандартной методике.

Результаты. Пациенты с персистирующей формой фибрилляции предсердий имели достоверно более длительный аритмический анамнез, чем пациенты с пароксизмальной формой. При анализе эхокардиографических показателей было выявлено, что объем левого предсердия у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий достоверно больше (79,1±3,5 мл) по сравнению с больными 1-ой группы (59,2±1,8 мл) и нормой (<58 мл). Индекс массы миокарда левого желудочка и индекс конечно-диастолического размера левого желудочка в обследуемых группах не превышал нормальных значений. Сопутствующая артериальная гипертензия 2 степени составляла 87% в 1-ой группе (длительность 9,3±1,3лет) и 84% во 2-й группе (длительность 9,1±0,3 лет).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что пациенты с персистирующей формой фибрилляции предсердий имели достоверно более длительный аритмогенный анамнез и дилатацию

левого предсердия по сравнению с больными с пароксизмальной формой. Причина дилатации левого предсердия требует дальнейшего изучения, так как нет достоверной связи с длительностью и степенью артериальной гипертензии.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА: ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ

Богдалова Л.Р., Пономарева Е.Ю.
Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – серьезное заболевание с высокой летальностью и тяжелыми, угрожающими жизни осложнениями, в связи с чем существенное внимание должно быть уделено антибактериальной профилактике (АБП) перед инвазивными вмешательствами, показанной пациентам из группы риска развития ИЭ. В международных клинических рекомендациях подробно изложены принципы АБП ИЭ, но в реальной клинической практике она применяется нечасто. Одной из причин может быть недостаточная осведомленность врачей в ключевых аспектах проблемы.

Цель исследования. Оценка осведомленности врачей различных специальностей в вопросах профилактики ИЭ.

Материалы и методы. Проводилось добровольное анкетирование 99 врачей (54 терапевта, 35 кардиологов, 10 стоматологов). Анкета составлена сотрудниками ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького», г. Донецк (кафедра терапии им. проф. А.И. Дядыка ФИПО: доц. Тарадин Г.Г., доц. Цыба И.Н., асс. Калуга А.А.) и использована с разрешения авторов. В анкету включены вопросы о течении ИЭ, его прогнозе, осложнениях, группах риска пациентов, группах инвазивных медицинских вмешательств, препаратах, дозировках, актуальности проблемы в практике каждого врача.

Результаты и обсуждение. Пациенты с ИЭ встречались в практике 37% терапевтов, 74% кардиологов, 20% стоматологов. Оценка ИЭ как тяжелого, угрожающего жизни заболевания содержится в 65% анкет. Проведение АБП ИЭ считают необходимым 61% терапевтов, 40% кардиологов и 50% стоматологов. 39% терапевтов, 54% кардиологов и 50% стоматологов полагают, что АБП ИЭ требуется в конкретных случаях, а 6% кардиологов – что она не показана. Правильно определили стоматологические манипуляции, при которых нужна АБП ИЭ, и оценили группу риска развития ИЭ 22% терапевтов, 34% кардиологов, 30% стоматологов. При оценке ориентированности в проблеме АБП ИЭ по 100-балльной шкале от 0 до 25 баллов набрали 5,5% терапевтов, 3% кардиологов, 0% стоматологов, от 25 до 50 баллов – 33% терапевтов, 17% кардиологов и 50% стоматологов, от 50 до 75 баллов – 50% терапевтов, 60% кардиологов, 30% стоматологов. Высокий уровень осведомленности в данной проблеме (75-100 баллов) показали 11% терапевтов, 14% кардиологов и 20% стоматологов.

Таким образом, результаты анкетирования позволяют сделать вывод о наличии у практических врачей определенных знаний по проблеме ИЭ в целом, и АБП ИЭ в частности. Однако недостаточные знания некоторых важных аспектов не позволяют полностью реализовать на практике положения международных рекомендаций по антибактериальной профилактике этого заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ B12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Богданов А.Н.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Городская больница №40,
Санкт-Петербург

B12-дефицитная анемия – аутоиммунное заболевание, обусловленное хроническим аутоиммунным атрофическим гастритом со снижением абсорбции кобаламина под воздействием аутоантител к внутреннему фактору и париетальным клеткам, при этом основной мишенью антител является АТФ-за протонной помпы париетальных клеток. Развитие B12-дефицитной анемии возможно при других заболеваниях и патологических состояниях (после гастрэктомии, резекции подвздошной кишки, шунтирующих операций на желудочном-кишечном тракте, заболеваниях тонкой кишки и др.). Абсорбция витамина B12 из пищи становится менее эффективной с возрастом, что может приводить к синдрому малабсорбции кобаламина, который характеризуется снижением способности извлекать витамин B12 из пищи при сохраненной желудочной секреции.

В клинической картине преобладают проявления анемии, в ряде случаев при незначительном

снижении концентрации гемоглобина могут преобладать когнитивные нарушения. Иногда неврологические симптомы являются единственной манифестацией заболевания.

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

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

Проведение стернальной пункции показано при макроцитарной анемии без доказанного дефицита витамина В12. В ряде случаев необходим дифференциальный диагноз с миелодиспластическим синдромом, сидеробластной анемией, тромботической микроангиопатией.

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

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Внебольничная пневмония в настоящее время является одним из наиболее частым и жизнеугрожающим заболеванием. У пациентов с хроническими заболеваниями органов кровообращения в большинстве случаев внебольничной пневмонии является смертельным осложнением основного заболевания.

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

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

Результаты и обсуждение. При оценке наличия осложнений было выявлено что в первой группе у 22 (29,16 %) пациентов имелись осложнения. Во второй группе осложнения имели место быть у 25 (39,09 %) пациентов. При исследовании спектра осложнений было выявлено, что в первой группе плеврит наблюдался у 13 (59,09%) пациентов, перициссурит у 6 (27,28%), острая дыхательная недостаточность у 2 (9,09%), эмпиема плевры у 1 (4,54%). Во второй группе плеврит встречался 15 (60,81%), перициссурит у 7 (27,69%), острая дыхательная недостаточность у 2 (3,97%), эмпиема плевры у 2 (7,93%). При анализе степени тяжести пневмонии установлено, что в первой группе пневмония со средней степенью наблюдалась у 38 (90,32%) пациента, тяжелая степень – у 14 (9,68%). Во 2 группе средняя степень

тяжести пневмонии наблюдалась у 29 (82,61%) больных, тяжелая степень – у 11 (17,39%). При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки было установлено, что в первой группе сегментарная инфильтрация легочной ткани встречалась у 17 (21,13%), полисегментарная – у 11 (41,84%), долевая – у 15 (17,67%), двусторонняя у 12 (19,36%) пациентов. Во второй группе сегментарная инфильтрация у 8 (13,04%), полисегментарная у 16 (56,87%), долевая у 6 (4,36%), двустороння 15 (25,73%) пациентов. Исследовательские данные указывают на изменения регулирующей роли легких в процессах кровообращения, при заболевании пневмонией. При этом происходит изменении гемореологических свойства крови при прохождении через пораженную легочную ткань, что в свою очередь оказывает влияние как на состояние микроциркуляции, так и на уровень артериальной гипертензии.

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

СИНДРОМ ТАКО-ТЦУБО: НОВЫЙ ДИАГНОЗ В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

Синдром Тако-Тцубо (СТ) (takotsubo) – это форма обратимой сердечной недостаточности, отличающейся относительно благоприятным прогнозом, при которой возникает транзиторная дисфункция левого желудочка (ЛЖ) (апикальная гипокинезия с гиперкинезом базальных сегментов) в ответ на физический или психический стресс, отличающаяся. Клинически и электрокардиографически данная патология напоминает острый коронарный синдром (ОКС), который, однако, не подтверждается данными коронарографии.

Впервые термин «takotsubo» был введен Sato et al. в 1990 году, когда опубликовал отчет о пяти случаях СТ. По данным регистров и исследований СТ диагностируется у 1,0-2,5% от общего числа пациентов, госпитализированных с подозрением на ОКС с подъемом ST. СТ преимущественно диагностируется у женщин в менопаузе, средний возраст 67-70 лет. В последние годы СТ стал диагностироваться чаще, в связи с ростом осведомленности врачей о данной патологии, с появлением международных критериев и алгоритмов диагностики.

СТ имеет и второе название – «стресс-индуцированная кардиомиопатия», так как пусковым механизмом для возникновения СТ является стресс, как возникающий за счет отрицательных и положительных эмоций, так и за счет физических причин, например, проведения медицинских процедур, приема лекарственных средств, различных клинических состояний и заболеваний или даже без каких-либо очевидных предшествующих триггеров. В зависимости от того, какой именно фактор привел к развитию заболевания, СТ разделяют на «первичный», когда в основе лежит эмоциональный фактор (симптомы сердечной недостаточности или сходные с ОКС, являются основной причиной обращения за медицинской помощью) и «вторичный» (возникает у больных, ранее госпитализированных по поводу другого заболевания («физические триггеры»)).

На основании данных ЭХО КГ обычно выделябт несколько анатомических вариантов первичного и вторичного СТ, на основании данных ЭХОКГ. Наиболее часто встречается типичная «апикальная» форма, при которой наблюдается циркулярное баллонирование верхушечных сегментов ЛЖ и гиперкинез базальных сегментов, возможна «апикальная форма без захвата верхушечных сегментов». Также существуют: «среднежелудочковая форма» (гипокинез средних сегментов ЛЖ, гиперкинез базальных и апикальных сегментов), «инвертированная или базальная форма» (гипокинез базальных сегментов и гиперкинез верхушечных сегментов ЛЖ) и «фокальная» (локальное нарушение сократимости с признаками баллонирования).

Поскольку клиническая картина в первые часы СТ у большинства пациентов сходна с ОКС, постановка правильного клинического диагноза сопряжена с определенными сложностями. «Золотым стандартом» диагностики СТ в настоящее время признается коронароангиография с вентрикулографией.

В 2017 были представлены новые международные диагностические критерии заболевания InterTAK: женский пол 25 баллов, эмоциональный триггер-24, физический триггер-13, отсутствие депрессии сегмента ST (исключая aVR)-12, физические нарушения-11, неврологические расстройства-9, удлинение QTc-6. При наличии ≥50 баллов СТ диагностируется с точностью в 95%. Большое

значение в верификации диагноза играет также магнитно-резонансная томография сердца.

Таким образом, СТ представляет собой сложное для диагностики заболевание, однако, использование современных методов исследования позволяет верифицировать диагноз.

СТРУКТУРА ДОРСАЛГИЙ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Болтаева З.О.[1], Адамбаев З.И.[2], Худойберганов Н.Ю.[2]
[1]Санаторий «Ургенч»,
[2]Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Определить структуру дорсалгий и коморбидных заболеваний у пациентов пожилого возраста с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

Материалы и методы. Анализу подверглись результаты наблюдения 120 пациентов пожилого возраста, получавших санаторное лечение в санатории «Ургенч» в течение 2020-2021 году, в возрасте 60-74 лет, из них 71 женщины, 49 мужчин. Всем больным проводили неврологическое обследование, рентген, КТ или МРТ позвоночника, для выявления коморбидных заболеваний – ЭКГ, УЗИ внутренних органов, консультации терапевта, уролога или гинеколога.

Результаты и обсуждение. Все пациенты при поступлении в санаторий предъявляли жалобы на боли в спине различных локализаций. Жалобы на боли, преимущественно в поясничном отделе позвоночника предъявляло 35 (29,2%) обследуемых (в том числе 18 (15%) человек с люмбоишалгиями), преимущественно в шейном отделе позвоночника – 4 (3,3%), преимущественно в грудном отделе – 10 (8,3%), жалобы на цервикалгии в сочетании с люмбалгиями предъявляло 36 (30%) пациентов, жалобы на распространенные боли на всем протяжении позвоночника – 35 (29,2%).

По данным КТ или МРТ у 31 (25,8%) обследуемых обнаружены грыжи межпозвонкового диска в поясничном отделе позвоночника, размерами не более 7 мм, у 10 (8,3%) обследуемых грыжи шейного отдела позвоночника, у 48 (40%) обследуемых обнаружены протрузии межпозвонковых дисков (преимущественно поясничного отдела позвоночника), в 45 (37,5%) случаях выявлялся спондилоартроз, в 38 (31,7%) случаях – спондилез, в 8 (6,7%) случаях наблюдалась рентгенологическая картина относительного стеноза позвоночного канала. Таким образом, у наших больных имело место подтвержденные признаки дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника с большей локализацией в поясничном отделе, далее в шейном и в меньшей степени в грудном.

Все пациенты имели те или иные коморбидные хронические заболевания внутренних органов, а так же опорно-двигательного аппарата. Со стороны опорно-двигательного аппарата у пациентов наблюдались установленные (по клинической картине, рентгенологическим исследованиям) артрозы различной локализации: гонатроз – у 33 (27,5%) пациентов, коксартроз – 18 (15%), плечелопаточный периартроз – 45 (37,5%). Из сопутствующих заболеваний у пациентов встречались: гипертогическая болезнь и артериальная гипертензия 1-2 степени – 59 (49,2%) пациентов, ишемическая болезнь сердца – 11 (9,2%), сахарный диабет – 4 (3,3%), хронический обструктивный бронхит – 9 (7,5%), избыточная масса тела (ИМТ > 25) – 37 (30,8%) пациентов, ожирение 1-2 ст. (ИМТ > 30) – 18 (15%), 3 ст. (ИМТ>40) – 1 (0,8%), узловой зоб – 20 (16,7%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы у 15 (30,6%) мужчин.

Вывод. У пожилых в структуре дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника преобладают поясничная и шейная локализация процесса. Для проведения в санаториях реабилитации этой категории больных необходимо учитывать коморбидные хронические заболевания, которые резко ограничивают возможность реабилитационных мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Болтаева З.О.[1], Адамбаев З.И.[2], Худойберганов Н.Ю.[2]
[1]Санаторий «Ургенч»,
[2]Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Определить возможности реабилитации пожилых с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП) с коморбидными заболеваниями.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов пожилого возраста, получавших санаторное лечение в санатории «Ургенч» в течение 2020-2021 году, в возрасте 60-74 лет, из них 35 женщины, 25 мужчин. Всем больным проводили неврологическое обследование, рентген, КТ или МРТ позвоночника, для выявления коморбидных заболеваний – ЭКГ, УЗИ внутренних органов, консультации терапевта, уролога или гинеколога. По данным КТ или МРТ у 25 (41,7%) обследуемых обнаружены грыжи, а у 24 (40%) обследуемых обнаружены протрузии межпозвонкового диска в поясничном отделе позвоночника, в 28 (46,7%) случаях выявлялся спондилоартроз, в 18 (30%) случаях – спондилез. Из сопутствующих заболеваний у наших больных имело место артериальная гипертензия 1-2 степени – 26 (43,3%) пациентов, ишемическая болезнь сердца – 5 (8,3%), сахарный диабет – 2 (3,3%), узловой зоб – 12 (20%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы у 10 (40%) мужчин. Больных мы разделили на 2 группы: контрольная группа (КГ) 25 пациентов -=получала традиционное лечение при ДДЗП: НПВС, сосудорасширяющую терапию, симптоматичесую терапию, массаж поясницы, магнитотерапию и ЛФК. Основная группа (ОГ) – 35 пациентов, помимо традиционной терапии, получала вытяжение поясницы на тракционном столе малым весом и фонофорез с препаратом папайи. Причем, все эти физиотерапевтические процедуры могут использоваться при коморбидных заболеваниях у пожилых. Для оценки исходов реабилитационного лечения мы применили шкалу MacNab, в котором выделяют 4 возможных исходов лечения:

1. отличный – нет боли и ограничений подвижности, возврат к прежнему уровню активности;

2. хороший – редкие/периодические некорешковые боли, уменьшение выраженности имевшейся симптоматики, возвращение к работе с незначительными ограничениями;

3. удовлетворительный – некоторое повышение функциональной активности, больной остается нетрудоспособным;

4. плохой – сохраняются симптомы компрессии корешка, необходимо повторное лечение или оперативное вмешательство.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ результатов лечения согласно шкале MacNab после проведенного лечения показал следующие результаты: В контрольной группе: отличный – у 3 (12%) больных, хороший – у 9 (36%), удовлетворительный – у 12 (48%), плохой – у 1 (4%). В основной группе: отличный – у 10 (28,6%) больных, хороший – у 18 (51,4%), удовлетворительный – у 7 (20%), плохой – не было.

Как видно из приведенных данных в основной группе больных, получавших комплексную реабилитацию исход лечения был намного лучше.

Вывод. У пожилых при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника с коморбидными заболеваниями в санаторных условиях реабилитационный комплекс, состоящий из вытяжения поясницы на тракционном столе, фонофорез с препаратом папайи, магнитотерапия, массаж и лечебная гимнастика, зарекомендовал себя как эффективный метод при этой патологии у пожилых, не вызывающий усиления проявлений сопутствующей патологии.

МАГНИТОЛАЗЕРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

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

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов с аллергической формой вазомоторного ринита (АФВР), разработка более физиологичных, эффективных и удобных в эксплуатации аппаратных методов магнитолазерорефлексотерапии (МЛРТ), технических средств их обеспечения и внедрения в широкую амбулаторную, стационарную практику и в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий представляется актуальной.

Материалы и методы. Проведены исследования диагностического и реабилитационного характера у 49 больных с (АФВР) и с нейровегетативной формой вазомоторного ринита (НВФВР) в возрасте от 17 до 55 лет. Средний возраст составил 37 лет. Диагноз и различные формы вазомоторного ринита верифицированы комплексными клинико-лабораторными и функциональными методами исследования. Длительность заболевания колебалась от 5 месяцев до 22 и более лет, характеризовалась частыми рецидивами в течение года. В 1-ой основной группе исследованы больные с (АФВР). Группу сравнения составили больные с (НВФВР). Воздействие на точки акупунктуры проводили от низкоинтенсивного арсенид-гелиевого лазера, работающе-

го в инфракрасном диапазоне с длиной волны 0,89 мкм на частоте 80-300 Гц, плотность потока мощности составила 2,3 мВт/см² с экспозицией 4 сек. через постоянного магнитного поля насадку с индукцией 30 мТл. Суммарная мощность на сеанс не превышала 100 мДж. Использовали акупунктурные точки области лица: фронтальной – VG 24, VB 14; параорбитальной – V 1; V 2; назолабиальной – VG 26; GI 20; челюстной – E 1; E 2; ринофациальные, внемеридианные и новые акупунктурные точки – BM 3, BM 14, BM 15, BM 16, PC 14, PC 15, PN 42 и др. При наличии у пациентов сопутствующей патологии в рецептуру дополнительно включали соответствующие симптоматические корпоральные и аурикулярные точки акупунктуры. На сеанс реабилитации в рецептуру включали не более 6-8 точек акупунктуры. Курс реабилитации состоял из 10 сеансов (МЛРТ). У некоторых пациентов проводили повторные 1-2 курса реабилитации методом (МЛРТ) с перерывом в 1-4 недели.

Результаты. При анализе клинических и параклинических данных в процессе реабилитации после 4-5 сеансов отмечался регресс симптомов вазомоторного ринита (улучшение носового дыхания, уменьшение чихания, уменьшение ринореи) и вегетативных расстройств (быстрой смены окраски кожи, потливости, колебаний частоты сердечных сокращений и артериального давления, метеотропности, нарушений сна и тревожных реакций, которые проявлялись реже и становились менее выраженными). Исследование вегетативного статуса при (АФВР) и (НВФВР) показало однородность синдрома вегетативной дистонии, что свидетельствует о едином патогенезе обеих форм вазомоторного ринита. К концу курса лечения положительный эффект при (АФВР) отмечен у 69% пациентов, при (НВФВР) – у 92% пациентов. Наряду с исчезновением и ослаблением клинических проявлений вазомоторного ринита у больных нормализовались биофизические параметры точек акупунктуры динамические вегетативные показатели исходного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности и психовегетативных характеристик. Проведение сеансов методом (МЛРТ) осуществляется безболезнено, атравматично, ассептично, является эффективным, переносится всеми пациентами хорошо.

Заключение. Метод (МЛРТ) показала свою определенную эффективность при (АФВР). Сам метод соответствует своему медицинскому назначению. Прибор (МЛРТ) отличают высокие эксплуатационные технические характеристики, компактность, удобство и простота в обращении, высокая эффективность, многофункциональность и конкурентоспособность.

ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ УЛЬТРАВЫСОКОЧАСТОТНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛГИЕЙ

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

Цель исследования. Разработка новых, более эффективных и удобных в эксплуатации методов электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии (ЭУР) в реабилитации пациентов с цервикалгией, технических средств их обеспечения и внедрения в амбулаторную и стационарную клиническую практику представляется актуальной.

Материалы и методы. Проведен ряд исследований диагностического и реабилитационного характера. Сеансы обследования и реабилитации пациентов с цервикалгией методом (ЭУР) проводили, в основном, в утренние часы. Во время одной процедуры использовали от 4 до 10 акупунктурных точек. Время воздействия на одну корпоральную, аурикулярную и фацио-краниальную точку акупунктуры составляло в среднем от 0,1 до 2 мин. Продолжительность одной процедуры составляла от 2 мин до 5 мин. На один курс реабилитации проводили от 5 до 10 сеансов. У некоторых больных проводили повторные 1-2 курса реабилитации с перерывом в 1-4 недели. Выбор точек, местных, сегментарных, отдаленных, их сочетание определялись характером и локализацией боли, триггерных зон, особенностями иррадиации, общим состоянием пациента, данными клинического, параклинического исследования и рефлексодиагностики. Нами предложен, успешно апробирован и внедрен в амбулаторную и стационарную клиническую практику новый метод (ЭУР) оригинальным, не имеющим аналогов в мире многофункциональным аппаратом «РЭЛИТ». Аппарат работает в двух режимах: а) режим поиска – индикации акупунктурных точек при регулируемом значении тока не более 80 мкА на нагрузке до 20 кОм, индикация – световая и звуковая, время подготовки к работе не более 1 минуты; б) режим терапевтического воздействия на акупунктурные точки методом электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии (непрерывным или импульсным) со следующими параметрами: рабочая частота электромагнитного поля ультравысокочастотной рефлексотерапии – 40,68 МГц ±2% на нагрузке 1 кОм; мощность непрерывного воздей-

ствия не менее 0,25 Вт на нагрузке 1 кОм; пределы регулировки мощности 0,08-0,25 Вт; регулируемая частота повторения импульсов – 1, 2, 3, 7, 10 Гц; длительность импульсов на уровне 0,5 от периода их повторения – 1/2, 1/4, 1/6, 1/20 с ±20%; внутренний диаметр активного электрода контактирующего с акупунктурной точкой не более 1,2 мм.

Результаты. При анализе клинических, параклинических данных и данных рефлексодиагностики отмечено, что купирование болевого корешкового синдрома у большинства пациентов отмечалось на 1-3 процедуре метода (ЭУР). Частота случаев выздоровления, значительного улучшения и улучшения при (ЭУР) статистически достоверно значительно выше, чем при классической терапии и составляет 90,7% (10,1%+45,3%+35,3%). При классической терапии соответственно – 69,5% (6,1%+39,1%+24,3%). При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе больных и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки лечения. Проведении сеансов осуществляется безболезненно, атравматично, асептично, является эффективным. Каких-либо осложнений у всех больных не отмечено.

Заключение. Использование метода (ЭУР) является высокоэффективным в реабилитации цервикалгии. Аппарат для (ЭУР) «РЭЛИТ» соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, портативность, многофункциональность, удобство в эксплуатации и конкурентоспособность, позволяет широко использовать его в амбулаторных и стационарных условиях. Представляется целесообразным проведение дальнейших разработок.

КОРПОРАЛЬНАЯ И АУРИКУЛЯРНАЯ АКУПУНКТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

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

Цель исследования. Совершенствование методов корпоральной и аурикулярной акупунктуры в реабилитации пациентов с пищевой сенсибилизацией атопической формы бронхиальной астмы и внедрения их в амбулаторную и стационарную клиническую практику представляется весьма актуальной.

Материалы и методы. Проведены исследования диагностического и реабилитационного характера у группы пациентов с пищевой сенсибилизацией атопической формы бронхиальной астмы на кафедре неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенной на базе Московской городской клинической больницы им. С.П. Боткина. Всем пациентам проводилось клиническое, параклиническое обследование и акупунктурная диагностика. Нами совершенствован, успешно апробирован и внедрен в широкую клиническую практику новый более физиологичный, высокоэффективный и экономичный метод корпоральной и аурикулярной акупунктуры. Для купирования приступа бронхиальной астмы и при курсовом лечении обычно использовали следующие корпоральные акупунктурные точки: TR 5; E 39; VB 37; GI 10; VG 20; RP 5; P 7; PC 3; IG 4; GI 11; E 40; V 21; V 20; V 19; P 6; RP 6; P 5; R 7; VC 22; P 9; R 3; VC 17; VG 14; V 11; V 12; V 13; GI 15; MC 6; C 7; P 1; GI 1; P 11 и другие; аурикулярные акупунктурные точки: AP 86, 87, 88, 91, 97, 101, 13, 55, 12, 71, 31, 25, 72,76, 28, 34, 30, 77, 74, 75, 51, 78, 16, 104 и другие. При наличии у пациентов сопутствующей патологии в рецептуру дополнительно включали соответствующие симптоматические корпоральные и аурикулярные акупунктурные точки. Сеансы обследования и реабилитации пациентов проводили ежедневно, в основном, в утренние часы. Во время одной процедуры использовали от 5 до 10 точек акупунктуры. Время экспозиции корпоральных и аурикулярных акупунктурных игл составляло в среднем от 35 до 60 минут. На курс реабилитации проводили от 5 до 10 сеансов. У некоторых пациентов, при необходимости, проводили повторные 1-2 курса реабилитации с перерывом в 1-4 недели.

Результаты. При анализе клинических, параклинических и акупунктурных диагностических данных отмечено, что купирование приступа бронхиальной астмы у большинства больных отмечалось на 1-2 процедуре корпоральной и аурикулярной акупунктуры. Полностью исчезновение патологической симптоматики к концу курса лечения отмечено у 81% больных, улучшение – у 18% больных. У 1% больных была необходимость в проведении 1-2 курсов лечения. При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе больных и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки лечения. Проведение сеансов акупунктуры осуществляется асептично, безболезнено,

является эффективным, переносится всеми пациентами хорошо. Побочных отрицательных реакций у всех пациентов не было.

Заключение. Акупунктура пищевой сенсибилизации атопической формы бронхиальной астмы является высокоэффективной. Метод корпоральной и аурикулярной акупунктуры соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, удобство в эксплуатации и конкурентоспособность позволяет широко использовать его в амбулаторных, стационарных, скоропомощьных, экстремальных, полевых условиях, чрезвычайных ситуациях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях и реабилитации. Представляется перспективным дальнейшая разработка и использование корпоральной и аурикулярной акупунктуры в реабилитации пациентов с различными формами бронхиальной астмы.

УРОВЕНЬ МЕЛАТОНИНА И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I-IIСТЕПЕНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Борель А.О.
Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить уровень мелатонина и эхокардиографические (ЭхоКГ) показатели у пациентов с АГ I-II степени в сочетании с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материал и методы. Обследованы 67 пациентов с АГ I-II степени. Средний возраст обследуемых составил 48,4±9,2 лет, из них 68 (72,3%) мужчин и 26 (27,7%) женщин. Всем пациентам выполнялась трансторакальная ЭхоКГ. С целью выявления СОАС проводилось ночное респираторное мониторирование (SOMNOchek micro, Германия). По результатам обследования были сформированы исследуемые группы: группа 1 (n=42) – пациенты с АГ в сочетании с СОАС (АГ-СОАС), группа 2 (n=25) – пациенты с АГ. Группы были сопоставимы по гендерному составу, длительности и степени АГ. Уровень мелатонина оценивали по содержанию его метаболита 6-сульфатоксимелатонина (6-СОМТ) в суточной моче и отдельно в дневной и ночной порциях методом иммуноферментного анализа. Рассчитывался индекс ночь/день, который характеризует суточную ритмику синтеза мелатонина.

Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10.0. Совокупности количественных показателей описывались при помощи значений медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q25-Q75). Использовались методы непараметрической статистики. За уровень значимости принималось значение $p<0,05$.

Результаты. Среднее значение индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) в группе 1 составило 16,7±10,2 эпизодов за час исследования, что соответствует СОАС средней степени тяжести. Уровень 6-СОМТ в суточной моче и дневной ее порции у пациентов группы 1 был значимо выше в сравнении с пациентами группы 2: 82,29 [46,62; 140,62] против 35,28 [19,02; 91,89] нг/мл соответственно в суточной моче; p=0,0072 и 91,57 [60,77; 160,99] против 33,0 [15,88; 103,60] нг/мл в дневной моче соответственно; p=0,011. Кроме того, у пациентов группы 1 отмечалось смещение пика синтеза мелатонина на дневные часы: индекс день/ночь 39,8±16,3% против 57,8±17,0%; p=0,046.

По результатам ЭхоКГ у пациентов группы 1 выявлены: больший размер правого предсердия в 4-хкамерной позиции (верхнее-нижний размер 47,5 (43,0; 52,0) против 42,0 (40,0; 45,0) мм; p=0,012), более высокие значения скорости потока на клапане легочной артерии (0,9 (0,8; 0,9) против 0,8 (0,7; 0,9) м/с; p=0,027) и ударного объема левого желудочка (76,0 (66,0; 84,0) против 64,0 (56,5; 71,5) мл; (p=0,011).

При проведении корреляционного анализа установлено наличие разнонаправленных связей между тяжестью СОАС и некоторыми изученными показателями: уровнем 6-СОМТ в суточной моче (r=0,43; p=0,00065), 6-СОМТ в дневной моче (r=0,40; p=0,00079), индексом ночь/день (r=-0,26; p=0,039), размером правого предсердия (r=0,35; p=0,042). Связи между степенью АГ и суточным уровнем 6-СОМТ не установлено (p>0,05). Последующий анализ показал наличие у пациентов с АГ-СОАС обратных корреляционных связей между давлением в легочной артерии и уровнем 6-СОМТ в суточной моче и дневной ее порции (r=-0,54; p=0,0027 и r=-0,50; p=0,0041 соответственно).

Выводы. СОАС оказывает негативное влияние на синтез мелатонина у пациентов с АГ, что выражается в нарушении суточного паттерна его синтеза с повышением уровня в дневные часы. Увеличение правого предсердия, скорости потока на клапане легочной артерии и ударного объема левого желудочка у пациентов с АГ в сочетании с СОАС является следствием увеличения венозного возврата крови к сердцу в период эпизодов апноэ.

СИНДРОМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

Борисов Н.В., Груздева Е.С., Ушакова С.Е., Пайкова А.С.
Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

Цель исследования. Оценить структуру синдрома полиморбидности у пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от степени тяжести синдрома старческой астении (СА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 148 пациентов в возрасте от 65 до 93 лет, наблюдающихся в поликлиниках г. Иваново. После общеклинического обследования для каждого пациента индивидуально был рассчитан индекс коморбидности Чарлсона и проведена оценка симптома полиморбидности в зависимости от возраста и степени старческой астении, определенной с применением клинической шкалы старческой астении (СА), включающей шкалы Бартела, Лоутона и выраженность гериатрических синдромов.

Результаты. У всех пациентов была отмечена гипертоническая болезнь III стадии, среди ассоциированных клинических состояний ведущими были последствия инсультов, различные формы ишемической болезни сердца (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность). У всех обследованных был выявлен синдром полиморбидности. Наиболее часто, в качестве сопутствующей патологии, были зафиксированы сахарный диабет, хроническая болезнь почек, патология костно-суставной системы. Первую группу пожилых лиц составили 49 человек в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст 70,2±3,2 года). Вторую группу лиц старческого возраста составили 88 человек в возрасте от 75 до 90 лет (средний возраст 82,3±3,9 года). Третью группу долгожителей составило 5 человек старше 90 лет (средний возраст 91,1±1,4 года).

В первой группе у 20 человек (40,8%) была установлена преастения, средний показатель индекса коморбидности составил 1,05±0,9, у 24 человек (49%) была выявлена легкая степень СА и средний показатель индекса коморбидности 2,1±1,6, у 5 человек (10,2%) была выявлена умеренная степень СА и средний показатель индекса коморбидности 2,4±1,8.

Во второй группе у 43 человек (48,8%) была установлена преастения и средний показатель индекса коморбидности составил 2,1±2,1, у 40 человек (45,5%) выявлена легкая СА и средний показатель индекса коморбидности 2,5±1,9, у 2 человек (2,3%) выявлена умеренная СА и средний показатель индекса коморбидности 4,0±1,4, у 3 человек (3,4%) выявлена тяжелая СА и средний показатель индекса коморбидности 4,0±1,7.

В третьей группе у 6 человек (54,5%) была выявлена преастения и средний показатель индекса коморбидности 2,3±1,7, у 5 человек (45,5%) была установлена легкая СА и средний показатель индекса коморбидности 1,8±1,1.

Выводы. Наиболее частыми заболеваниями у пожилых лиц с СА являются заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата и их комбинации. Зафиксирован рост индекса коморбидности с возрастом. Кроме того, у пациентов пожилого и старческого возраста отмечено, что чем тяжелее синдром старческой астении, тем выше индекс коморбидности. В группе долгожителей отмечен низкий уровень коморбидности, который позволяет выдвинуть гипотезу, что отсутствие тяжелой множественной патологии и позволило пациентам данной группы достичь преклонного возраста.

ПРАВОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ АСТМА-ШКОЛЫ

Борукаева Л.А.[1], Шибзухова Л.А.[3], Шибзухов Т.А.[2], Борукаева И.Х.[3], Абазова З.Х.[3]
[1]Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина,
[2]Государственный университет управления, Москва,
[3]Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Введение. Бронхиальная астма – актуальная проблема педиатрии и клинической медицины в целом. Бронхиальная астма у детей приводит к снижению качества жизни как детей, так и членов семьи, часто приводит к инвалидности. Имея хроническое течение, может протекать с частыми обострениями и осложнениями. Именно профилактическое звено является наиболее актуальным для больных бронхиальной астмой. БА требует от больного длительного и тщательного соблюдения медикаментозных программ, особого режима жизни, ряда ограничений. От соблюдения этих условий зависит успешность предлагаемых специалистом программ ведения больных. Обучение пациентов – необходимая составная часть комплексной программы терапии. Необходимо уделять особое внимание вопросам организации медицинской помощи детям с бронхиальной астмой с адекватной и систематической патогенетической терапией, реабилитацией и социальной поддержкой больного ребенка и семьи.

Цель исследования. Выявление эффективности проведения астма-школы у детей с бронхиальной астмой средней степени тяжести и правовые нормы ее организации.

Материал и методы исследования. Проведен анализ состояния 185 детей с бронхиальной астмой средней степени тяжести после прохождения больными астма-школы. Пациенты посетили 10 лекций по 90 минут каждая. Астма-школа была организована на базе ГКЦ ДСРЦ «Радуга» МТ и СЗ КБР (г. Нальчик). Анализировались спирометрические показатели и особенности течения болезни (насколько изменилась частота возникновения обострений после посещения астма-школы) в течение одного года.

Результаты. Как показали проведенные исследования, систематическое посещение астма-школы привело к улучшению спирометрических показателей, в особенности к возрастанию объема форсированного выдоха за 1 секунду на 14,3±0,02%, индекса Тиффно на 13,5±0,04%. По результатам пикфлоуметрии отмечалось достоверное увеличение пиковой скорости выдоха на 14,5±0,01%. Долгосрочный анализ качества жизни больных с бронхиальной астмой показал, что дети и родители, регулярно посещающие астма-школу, стали более адаптированы к школе, кружкам и детским играм. Обострения стали реже, течение астмы контролировалось результатами пикфлоуметрии, что позволяло пациентам вовремя и адекватно реагировать на возникающие триггерные ситуации. В то же время, для высокой эффективности астма-школы необходимо соблюдение следующих правовых норм:

1. астма-школы должны формироваться строго в медицинских центрах диагностики или специализированных стационарах;

2. астма-школы должны проводить высокопрофессиональные врачи, имеющие соответствующие лицензии;

3. необходим обязательный контроль эффективности терапии не только во время самого обучения в астма-школе, но и до и после занятий;

4. наличие в классах комфортабельной мебели с высоким техническим оснащением;

5. в группы зачислять не более 10 человек;

6. посещение занятий в астма-школе не только больным ребенком, но и его ближайшими родственниками;

7. каждый пациент должен посетить около 10 лекций по 90 минут каждая ежедневно или через день;

8. организационные вопросы по функционированию астма-школы должны лежать на главном враче стационара или поликлиники, на базе которой она организована.

Выводы. Доказана высокая эффективность проведения астма-школы в реабилитации детей с бронхиальной астмой. Посещение астма-школы привело к улучшению клинического течения болезни и качества жизни больных, увеличению продолжительности периода ремиссии, снижению дозы и частоты приема противовоспалительных, антигистаминных и бронхорасширяющих препаратов.

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Будагова Е.С., Ушаева Л.А., Мацкевич А.А.
2 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии,
г. Пятигорск

Цель исследования. Проведение ретроспективного анализа историй болезни пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией, изучение влияния вируса на сердечно-сосудистую систему. Выделение групп высокого риска по осложненному течению инфекции, коррекция базовой терапии коморбидных состояний.

Материал и методы. За период с мая по декабрь 2020 года в госпитале пролечено 278 пациентов с подтвержденной COVID-19, из которых 94 (34%) с легкими формами, 170 (61%) – среднетяжелыми и 14 (5%) – тяжелыми. Мужчин 240, женщин 38. Средний возраст составил 32,8 года.

Всем пациентам выполнялось клинико-биохимическое обследование, регистрация электрокардиограмм, компьютерная томография органов грудной клетки, определение SARS-CO-2 методом ПЦР и ИФА крови на антитела класса иммуноглобулины G и M.

Результаты и обсуждения. На основании анализа 278 историй болезни у 9 % были выявлены сопутствующие болезни сердечно-сосудистой системы – пароксизмальная форма фибрилляций предсердий, тахисистолия, политопная суправентрикулярная экстрасистолия – 1; артериальная гипертензия – 13; сахарный диабет – 7 человек; ожирение – 6. Эти заболевания не играли ведущей роли в заболеваемости, но увеличивали риск тяжелого течения COVID-19 и повышали вероятность летального исхода.

В случае заболевания COVID-19 кардиологического пациента требовалась коррекция базисной терапии. Блокаторы ренин ангиотензиновой системы, статины, β-адреноблокаторы – препараты первой линии. Учитывая проведение противовирусной терапии при COVID-19, применение статинов ограничивалось дозой (розувастатин не более 10 мг в сутки, аторвастатин не более 20 мг в сутки, симвастатин

– противопоказан). Противовирусные препараты и β-адреноблокаторы обладают гепатотоксичным действием, и при совместном применении со статинами требует более пристального контроля трансаминаз и уровня билирубина. На фоне противовирусной терапии требовалось снижение дозировки антагонистов кальция в 2 раза, мониторинг калия. Использование азитромицина в комплексном лечении повышало риск сердечно-сосудистых катастроф (удлинение интервала QT). На фоне тяжелого течения инфекции возможно развитие гипотензии, что требовало снижения дозировки гипотензивных препаратов.

За счет повреждающего действия вируса на клетку, гипертермии, гипоксемия и «цитокинового шторма» возможно появление нарушений ритма, которых не было, или усугубление состояние, если таковое отмечалось ранее. Возможно развитие практически всех нарушений ритма, но диагностически значимыми являются пароксизмальная фибрилляция предсердий, желудочковые тахиаритмии. Возникновение желудочковых тахиаритмий у пациентов с тяжелым течением COVID-19 на фоне искусственной вентиляции легких фатально в 99% случаев. Наиболее тяжелым является лечение аритмий (в первую очередь фибрилляций предсердий) после перенесенной инфекции.

Заключение. Ретроспективный анализ клинико-инструментальных данных показал влияние вируса на сердечно-сосудистую систему. Наличие коморбидной патологии (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, нарушений сердечного ритма, ожирения, сахарного диабета) отягощает течение болезни и требует коррекции базисной терапии.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ОТВЕТА НА ОМАЛИЗУМАБ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

Бурыгина Е.В., Козлова Я.И., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е., Филиппова Л.В., Аак О.В., Мельникова А.В., Захваткина М.А., Васильева Н.В., Климко Н.Н.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить прогностическое значение пробы с аутологичной сывороткой, теста активации базофилов и общего иммуноглобулина Е у пациентов с хронической спонтанной крапивницей (ХСК), получающих омализумаб.

Материалы и методы. В проспективное исследование включили 30 пациентов с ХСК в возрасте от 18 до 71 лет (средний возраст – 45±15 лет), 25 женщин и 5 мужчин. Диагноз ХСК устанавливали согласно рекомендациям EAACI/GA²LEN/EDF/WAO 2018 и РААКИ 2019.

Учитывали продолжительность и тяжесть ХСК. Использовали опросники UAS7 (активность крапивницы), UCT (эффективность контроля крапивницы), DLQI (качество жизни). Пациентам перед началом введения омализумаба определяли уровень общего IgE (Полигност, Россия), выполняли пробу с аутологичной сывороткой (ПАС) и непрямой тест активации базофилов (ТАБ). Изучение активации базофилов проводили методом проточной цитометрии с использованием набора Allerginicity kit (Beckman Coulter, США). Идентификацию степени активации базофилов определяли по количеству клеток с высокой экспрессией CD203c. Подсчитывали индекс стимуляции (ИС) как отношение активированных базофилов донора после инкубации с сывороткой крови пациента к числу базофилов, инкубированных с сывороткой другого здорового донора. ТАБ считали положительным при ИС ≥2.

На фоне терапии омализумабом повторно оценивали показатели UAS7, UCT, DLQI.

Результаты и обсуждения. Средняя продолжительность ХСК составила 5±1 лет. Перед началом лечения омализумабом активность крапивницы по шкале UAS7 – 29,0±12,0 баллов, UCT 3,0±2,8, DLQI – 15,5±7,1. Средний уровень общего IgE составил 100±34 МЕ/мл. ПАС была положительная у 12/26 (46%) пациентов.

В I группу включили 19 (63%) пациентов с ранним ответом на терапию. Во II группу вошли 8 (27%) пациентов с поздним ответом и 3 (10%) пациента, у которых терапия омализумабом была неэффективна. Среди пациентов I группы 3/19 (16%) были ТАБ+ и 4/17 (24%) ПАС+; среди пациентов II группы – 8/11 (72%) ТАБ+ и 8/9 (88%) ПАС+.

Однако, различия между группами по результатам пробы с аутосывороткой не были статистически значимыми (p=0,44). У пациентов I группы по сравнению со II группой было обнаружено достоверное различие в количестве активированных базофилов 6,0±4,1% vs 29,9±8,7% (p=0,01) и ИС 3,4 ±1,9 vs 22,5±8,0 (p=0.01). Уровень общего IgE был существенно выше у ранних ответчиков на омализумаб и составил 159±58 vs 20±7 IU/ml (p=0,03).

Выводы. Отрицательный результат ТАБ и повышенный уровень общего IgE можно рассматривать в качестве прогностических маркеров раннего ответа на омализумаб у больных ХСК.

АВТОРСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ДЫХАНИЯ ПО МЕТОДИКАМ БУТАКОВОЙ

Бутакова Н.А.
Противотуберкулезный диспансер,
г. Екатеринбург

Введение. Дыхание – важный процесс, влияющий на физиологические функции в организме. Хорошо развитый дыхательный аппарат – надежная гарантия полноценной жизнедеятельности клеток. Чем больше способность организма усваивать кислород, тем выше физическая работоспособность человека. Необходимо не просто лечить людей, а восстанавливать их трудоспособность и социальную адаптацию.

Цель. Сократить количество инвалидов, полноты и сроков восстановления физического и психоэмоционального состояния пациентов с заболеваниями легких.

Задачи. 1.Оценить и доказать эффективность результатов внедрения авторской комплексной методики с помощью функциональных методов исследования в экспериментальной и контрольной группах. 2. предложить для практического здравоохранения комплексную методику в восстановлении дыхания.

Материалы и методы. Научная новизна: дыхательная гимнастика в сочетании с другими современными методами реабилитации.

Предмет исследования. Комплексная методика: психо-эмоциональная подготовка к занятиям; самомассаж; дыхательная гимнастика; специальные физические упражнения; механотерапия (работа на тренажерах).

Объект исследования: исследование проводилось с 2006 по 2017 год.

Теоретическая часть исследования на базах: Свердловского областного медицинского колледжа и Уральского государственного университета физкультуры. Практическая часть исследования на базе ГБУЗ СО «ПТД».

В исследовании участвовали 40 пациентов, болеющих легочными заболеваниями: основная группа – 20 человек, экспериментальная группа – 20 человек.

В основу авторского метода положены результаты проспективного клинического рандомизированного исследования, проведенного в соответствии с принципами доказательной медицины.

Пациенты основной группы занимались лечебной физкультурой по традиционной методике восстановления функции дыхания. Пациентам экспериментальной группы была предложена новая разработанная комплексная методика Бутаковой, объединяющая несколько систем для оздоровления.

Место проведение: ГБУЗ СО «ПТД».

Методы исследования:

- анализ научно-методической литературы;
- метод наблюдения;
- анализ медицинских карт;
- беседа и опрос;
- эксперимент;
- тестирование физических возможностей (оценка функционального состояния дыхательной системы);
- психологическое тестирование;
- математическая обработка результатов с оценкой статистической значимости различий между группами с использованием непараметрических методов.

Результаты. Пациенты экспериментальной группы характеризовались существенно более выраженной положительной динамикой как физического, так и психо-эмоционального статуса. Жизненная емкость легких увеличилась на 1,6 литров (среднее значение); экскурсия грудной клетки увеличилась на 2,5 см (среднее значение), эмоциональное состояние к концу лечения: психологически спокойные пациенты составили 73%, воодушевленные 27%.

Основная группа характеризовалась статистически менее значимой динамикой этих показателей в процессе и по окончанию лечения: жизненная емкость легких увеличилась только на 0,8 литров, экскурсия грудной клетки увеличилась на 0,5 см (среднее значение); эмоциональное состояние характеризовалась сохранением у части пациентов негативного психологического фона: спокойные пациенты составили 75%, воодушевленные 2%, угнетенные 23%.

Обсуждение и выводы. Применение комплексной методики лечебной физкультуры:

- способствует увеличению жизненной емкости легких, экскурсии грудной клетки;
- нормализует эмоциональный фон пациентов;
- повышает приверженность к длительному пребыванию в стационаре;
- не имеет противопоказаний;
- существенно не увеличивает затраты на лечение.

Рекомендуем расширить использование данной методики в практическом здравоохранении:

- в восстановительный период лечения на стационарном, санаторном этапах;
- в санаториях, профилакториях, группах здоровья.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ

Буторина Е.В., Уткина Е.В., Недосеев С.С., Шелихов В.Г.
Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Актуальность. В России основная группа хронической болезнью почек от 30 до 45 лет, которые являются трудоспособными. Актуальным является нахождение возможных путей для улучшения качества жизни пациентов, находящихся на гемодиализе (ГД).

Цель исследования. Определение взаимосвязи уровня тревоги, депрессии диализных больных с артериальным давлением и лабораторными показателями, поиски путей улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы исследования. Анализ литературных источников и опрос 40 пациентов находящихся на лечении в отделениях гемодиализа г. Кемерово с использованием цветового теста Люшера и шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Результаты и их обсуждение. Опрошено 40 пациентов в возрасте от 20-ти до 78-ми лет. Средний возраст 42±5 лет. Из числа опрошенных, мужчин 13 (32,5%), женщин 27 (67,5%). Срок нахождения на ГД от 7 месяцев до 25-ти лет, из них у 6-ти (17,41%) пациентов менее года.

По данным оценки показателей шкалы HADS выраженная тревога и депрессия до 17±1,5 баллов была выявлена у 6-ти (17,41%) пациентов со сроком нахождения на ГД до года. У 17-ти (42,5%) больных со сроком ГД более 5 лет отсутствовали проявления тревоги, но наблюдается субклинически выраженная депрессия. Следовательно, чем больше срок нахождения на ГД, тем менее выражено чувство тревоги и депрессии вплоть до их полного отсутствия.

Цветовым тестом Люшера выявлена склонность к плодотворному сотрудничеству у 29-ти (72,5%) и стремление к независимости позиции у 11-ти (27,5%) пациентов. У 38-ми (95%) пациентов наблюдается потребность в общении.

У 25-ти пациентов (62,5%), знающих свой лабораторные показатели (средние значения мочевины 9,6±1,3 ммоль/л; креатинина – 220±23,6 мкмоль/л), наблюдались более низкие уровни тревоги и показатели артериального давления (от 128/93±1,4 мм рт.ст.), и они субъективно ощущали себя физически и психологически комфортнее.

У 15-ти пациентов (37,5%), не знающих свой лабораторные показатели (средние значения мочевины 10,45±1,1 ммоль/л; креатинина – 240±25,6 мкмоль/л), наблюдались более высокие уровни тревоги и показатели артериального давления (от 150/98±1,8 мм рт.ст.), а также физическое и психологическое неблагополучие. В этой группе более выражены и когнитивные нарушения. Возможно, плохая осведомленность пациентов и их родственников о заболевании связана с тем, что медицинский персонал не достаточно уделяет внимания пациентам,.

Выводы. 1.Выявлены значительные изменения в психосоматическом и когнитивном статусе пациентов находящихся на ГД. У достаточного количества пациентов выявлялось наличие субклинической депрессии, данные патологические состояния влияет на течение самого заболевания и комплаентности пациента к лечению. 2. Выявлена зависимость между недостаточной информированностью пациента об основных лабораторных показателях и показателями здоровья. В этой связи для повышения качества жизни необходимо создать школы для диализных пациентов.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВИЛОЗО-НОДУЛЯРНОГО СИНОВИТА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Бычкова А.С., Гайдукова И.З.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Описать клинический случай вилозо-нодулярного синовита.

Материалы и методы. Выполнен анализ клинического наблюдения на основании медицинской документации.

Результаты и обсуждение. Пациентка Б, 1976 года рождения в 2014 г. отметила появление боли и незначительной припухлости левого коленного сустава, что расценила как следствие травмы (точно указать не может). В январе 2017 года обратилась к травматологу из-за рецидивов синовита после периодических интенсивных физических нагрузок. Была назначена терапия в виде внутрисуставного введения бетаметазона бипротионата (Дипроспан) и артроцентез каждые 3 недели. В августе 2017 г. проведена артроскопическая синовэктомия, после чего отметила значительное уменьшение объема суставного выпота. Продолжено лечение с применение лазеротерапии, лечение озокеритом, после которого

исследование крови показало повышение показателя СРБ до 83 мг/л и ускорение СОЭ до 33 мм/ч. Летом 2018 года возникли резкие боли в крестце и нарастающий отек в ноге справа. По данным МРТ был выявлен двусторонний сакроилиит II ст., а также верифицирован синовит правого коленного сустава. Была направлена к ревматологу. С октября 2018 года получала трехкомпонентную цитостатическую терапию в виде метотрексата (до 30 мг в нед), сульфасалазина (максимально 3 г в сутки) и 4-аминохинолиновых препаратов (плаквенил, 400 мг в. сутки), а также преднизолон и нимесулид, благодаря которым со слов больной произошло уменьшение интенсивности болей. Состояние было расценено как периферический спондилоартрит. Консервативное лечение не дало положительного результата, постоянно рецидивировал синовит коленного сустава, резистентный к многочисленным введениям глюкокортикоидов и нестероидным противовоспалительным препаратам. Затем в 2019 году была проведена радиоизотопная синовэктомия правого коленного сустава, после которой состояние пациентки осталось прежним. Лекарственная терапия сохранялась. Наблюдался регресс синовита коленного сустава слева и сохранение синовита правого коленного сустава. В августе 2020 года по данным МРТ была выявлена умеренно отрицательная динамика заболевания в виде утолщения синовиальной оболочки, после чего в сентябре 2020 г. ревматологом было назначено проведение артроскопической биопсии синовиальной оболочки правого коленного сустава с синовэктомией при наличии макроскопических признаков ее гиперплазии с исследованием биоптата для исключения вилозонодулярного синовита. Выполнена открытая субтотальная синовэктомия правого коленного сустава. При гистологическом исследовании подтвердилось предположение ревматолога – выявлен хронический синовит с папиллярным компонентом и выраженным инфильтратом, представленным, преимущественно, плазматическими клетками, миксоидным отеком, очаговым септальным фиброзом, поверхностными наслоениями фибрина, гистологическая картина характерна для вилозо-нодулярного синовита. На данный момент пациентка не нуждается в цитостатической терапии. Необходимо наблюдение за правым коленным суставом и проведение лечения согласно рекомендациям для остеоартирта, так как у пациентки имеется вторичный остеоартрит как следствие длительно декомпенсированного синовита, а также длительное повреждение этого сустава. В случае рецидива заболевания показано повторное оперативное вмешательство у травматолога-ортопеда.

Выводы. В случае, если у пациента рецидивирует синовит коленных суставов при отстутсвии критериев артрита, следует сохранять настороженность в отношении вилозо-нодулярного ворсинчатого синовита, подтверждение которого требует проведения лечебно-диагностической синовэктомии открытым доступом, так как артроскопическая синовэктомия неспособна полностью удалить пораженную синовиальную оболочку сустава, вследствие чего заболевание может рецидивировать.

МУТАЦИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ НАИВНЫХ И РАНЕЕ ЛЕЧЕНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

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

Цель исследования. Выявить мутации лекарственной устойчивости вируса гепатита С у пациентов без предшествующей терапии ПППД и с вирусологическим прорывом после нее.

Материалы и методы. В работе использованы образцы крови от 8 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С. Из них 6 человек ранее не получавшие лечения и 2 человека с вирусологическим прорывом на первой линии терапии препаратами прямого противовирусного действия. Выполнено определение вирусной нагрузки вируса гепатита С с применением набора «АмплиСенс HCV-Монитор-FL» согласно инструкции производителя. Выполнено генотипирование вируса с применением набора «АмплиСенс HCV-генотип-FL» согласно инструкции производителя. Получены нуклеотидные последовательности трех регионов (NS3, NS5a, NS5b), ассоциированных с мутациями резистентности для каждого образца.

Результаты и обсуждения. Вирусная нагрузка пациентов составила от 2,8x10^3 коп/мл до 5,3 x10^6 коп/мл. Распределение генотипов следующее: 3а-50% (4 человека), 1в-38% (3 человека) 1а-13%(1 человек). В результате анализа регионов NS3, NS5A, NS5B была выявлена мутация резистентности у пациента с вирусологическим прорывом на терапии ПППД. У пациента обнаружена аминокислотная замена аланина на лизин в 30 положении в регионе NS5a. Данная мутация является причиной снижения чувствительности вируса в отношении препаратов Даклатасвир, Элбасвир, Ледипасвир.

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

Выводы. У пациентов с вирусологическим прорывом на терапии ПППЛ вероятно наличие нуклеотидных замен в трех регионах, приводящие к отсутствию ответа на терапию. Таким образом, проведение анализа на резистентность ВСГ к ППД как перед назначением терапии, так и после вирусологического прорыва позволит адекватно назначить последнюю.

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Васильев А.В., Володченко С.А., Орленко М.С., Павлова Е.Ю.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель. Изучить частоту встречаемости различных форм ФП в группе пациентов с коморбидными патологиями, определить зависимость между формой ФП и полом.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт пациентов с различными формами ФП в сочетании с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), абдоминальным ожирением (АО), хронической болезнью почек (ХБП), острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) на базе терапевтического отделения №2 клиники им. Петра Великого СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Включено 185 человек в возрасте от 34 до 93 лет (средний возраст – 74,3±12,0), из них 61 мужчина в возрасте от 34 до 92 лет (средний возраст – 69±12) и 124 женщины в возрасте от 51 до 93 лет (средний возраст – 76,9±8,8). Статистические расчеты проводились в программе Statistica (version 12,0 от 8.01.15) [4].

Результаты. Все пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – с постоянной формой ФП (46), 2-я группа – с пароксизмальной (110), 3-я группа – с персистирующей (29). У всех пациентов (185 – 100,0%) в анамнезе длительный стаж ГБ, у 62 человек (33,5%) – ПИКС, у 89 человек (48,1%) – АО, у 85 человек (46%) – ХБП, у 25 человек (13,5%) – ОНМК, у 25 человек (13,5%) – ТЭЛА. При сравнении трех групп выявлено: у женщин преобладает пароксизмальная форма ФП – 72.7% (80), у мужчин – персистирующая форма ФП – 48.28% (14) ($t=2,03$, $p<0.05$). При исследовании коморбидности в трех группах получили: в 1-й группе ПИКС – у 52,17% (24), во 2-й группе – у 26,36% (29), в 3-й группе – у 31,03% (9) ($t=3,04$, $p<0,05$). Частота встречаемости абдоминального ожирения в анамнезе: у пациентов с постоянной формой ФП – у 58,7% (27), с пароксизмальной формой – у 40,91% (45), с персистирующей формой ФП – у 58,62 (17) ($t=2,06$, $p<0,05$). При сравнении ХБП в трех группах выявлено: в 1-й группе ХБП – у 60,87% (28), во 2-й группе – у 41,82% (46), в 3-й группе – у 37,93% (11) ($t=2,22$, $p<0,05$). Сравнение ОНМК и форм ФП показало: с постоянной формой – ОНМК у 19,57% (9), с пароксизмальной формой – у 13,64% (15), с персистирующей формой – у 3,45% (1) ($t=2,37$, $p<0,05$). ТЭЛА в анамнезе: у пациентов 1-й группы – у 23,91% (11), у пациентов 2-й группы – у 10% (11), у 3-й группы – у 10,34% (3). Все различия статистически значимы.

Выводы. 1. У мужчин ФП диагностируется в более раннем возрасте. 2. У женщин чаще диагностируется пароксизмальная форма ФП, у мужчин – персистирующая. 3. Наличие всех исследуемых коморбидных патологий преобладает у пациентов с постоянной формой ФП. 4. Пациенты с пароксизмальной формой ФП наименее склонны к ожирению. 5. У пациентов с персистирующей формой ФП наименее часто встречаются хронические заболеваемости почек, более низкий риск ОНМК.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КОНДИЦИОННЫЕ СПОСОБНОСТИ

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

Цель. Оценить изменение параметров ходьбы, определить устойчивость при ходьбе и стабилометрических показателей, оценить риск падений на фоне снижения веса у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов в возрасте от 53 до 69 лет. Длительность заболевания составила более 5 лет. Тест на скорость ходьбы, индекс массы тела (ИМТ), число падений за 6 месяцев, стабилометрия, «Тест Ромберга» оценивались перед госпитализацией и через 21 день,

при окончании лечения (ОЛ). Средний возраст пациентов составил 57±3,1 лет. Исходный вес составил 114±28,1 кг, ИМТ составил 40,9±9,3 кг/м^2. Тест на скорость ходьбы проводился всем пациентам. Для этого они проходили стандартное расстояние – 10 метров по ровной поверхности. Время засекалось с помощью секундомера. Число падений (ЧП) оценивалось за 6 месяцев, путем анкетирования. Устойчивость пациента с закрытыми и открытыми глазами оценивалась с помощью стабилометрии, «Теста Ромберга». Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 11.0.

Результаты исследования. Через 21 день лечения у пациентов с ожирением средняя динамика снижения веса составляет ±26,5 кг, p=0,0000001 (ДИ: 2,79; 4,44), динамика снижения ИМТ составляет ±38,8, p=0,027, (ДИ: 0,24; 3,83), исходно ЧП за 6 месяцев составляет 0,14±0,34, p=0,023 (ДИ: 0,02; 0,25), статистической динамики скорости ходьбы не было выявлено: исходно (ИСХ) 116,05±101,0, после ОЛ 116,55±101,0, p=0,05. Анализ стабилометрических показателей до и после лечения выявил динамику в тесте Ромберга. Отмечено достоверное улучшение коэффициента устойчивости (KoeFRomb)113,5±9,11, p=0,012 (ДИ: 3,035; 16,10), уменьшение девиации центра давления (ЦД) в сагиттальной и фронтальной плоскости (MO(x|y): ИСХ: 11,3±9,1; ОЛ: 10,4±2,2, p=0,01 (ДИ: 3,03; 16,1), увеличилась скорость перемещения ЦД (V), ИСХ: 11,3±8,9; ОЛ:10,4±2,2, p=0,01, (ДИ : 3,04; 15,81), изменился индекс скорости (IV) ИСХ: 11,3±9,1, ОЛ: 10,4±2,2, p=0,01 (ДИ:3; 16,1), изменилась общая оценка движения (OD): ИСХ:10±6,8, ОЛ: 10,4±2,2, p=0,0037 (ДИ: 05; 11,2).

Выводы. Снижение массы тела у пациентов с ожирением ассоциируется с улучшением не только качества жизни, общего самочувствия, но и улучшает статические показатели, но не увеличивает скорости ходьбы.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРИ РЕЖИМЕ САМОИЗОЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

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

Цель исследования. Применить и оценить возможность использования методов телемедицины при оказании лечебной помощи на расстоянии больным возрастной группы с болями в костях, позвоночнике, находящихся на самоизоляции.

Материал и методы. Применив телемедицинские технологии, обследовали 10 женщин и 4 мужчины в возрасте 65+. Для этого использовали Вербальную описательную шкалу оценки боли, с шестью вариантами оценки в баллах 0 – нет боли; 2 – слабая боль;4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль;10 – нестерпимая боль (Verbal Descriptor Scale, Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990). У всех опрошенных больных Т критерий по данным рентгеновской денситометрии составил -2,9±0,08, B-Cross Laps менее 1,12±0,94 нг/мл, концентрация кальций крови 1,96±0,68 моль/л, что подтверждало диагноз остеопороза у наших больных и происхождение боли в позвоночнике и костях. Рекомендовали пациентам прием нестероидного противовоспалительного препарата аэртал по 100 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней, (НПВП), алендроновую кислоту по схеме 70 мг 1 раз в неделю, длительно и кальцемин адванс 3 раза в день. Был выслан комплекс щадящей лечебной физкультуры (ЛФК). С помощью программы Statistika-6, оценили достоверность полученных результатов наблюдения.

Результаты. До лечения 10 пациентов жаловались на умеренную (4±0,048) боль в позвоночнике и костях, а 4 пациента на сильную боль (6,0±0,62). Через 30 дней из 14 пациентов только 1 оценил боль в позвоночнике как сильную (6,4±0,36). Остальные 13 пациентов отметили значимое улучшение состояния, оценив боль в позвоночнике, как слабую (2,4±0,78), P<0.05. Такая положительная динамика по-видимому объясняется комплексным лечением больных с применением ЛФК и патогенетической терапии НПВС и бисфосфонатами.

Выводы. Применение телемедицины возможно и эффективно в условиях нахождения пациентов на самоизоляции.

ЦИРКАДНАЯ ДИЗРИТМИЯ ОБМЕНА ЛИПИДОВ И МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Венгржиновская О.И.
Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва

Цель исследования. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – является причиной сосудистой и эндотелиальной дисфункции, способству-

ет развитию атеросклероза. Выявлена взаимосвязь индекса ночной десатурации с толщиной интимы/медии (ТИМ) и обнаружением атеросклеротических бляшек в каротидных артериях, что приводит к возникновению кардиоваскулярных заболеваний.

Мы рассматриваем СОАС как состояние вызывающее дизритмию гормонально-метаболической системы, и в том числе и липидного обмена. Результаты исследований на людях показывают противоречивые данные в отношении ритма секреции липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и общего холестерина (ХС). При нарушении циркадианного ритма возникают изменения в адипоцитах, что приводит к стимуляции аккумуляции жира в них. В данном исследовании оценено влияние СОАС на липидный обмен и на ритм секреции липидов.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных обзоров и оригинальных клинических исследований опубликованных в PubMed, Web of Science и Scopus.

Результаты. Липидный обмен подчиняется циркадианному влиянию. В отсутствии СОАС и других патологий секреция липидов происходит в определенное время, например пик выработки ХС приходится на 6 утра, ЛПНП на 8-9 утра, ТГ с 15 до 17, данные о пике выработки ЛПВП неоднозначны, их выработка вирируется с 14:00 и до 23:00.

По данным исследований у пациентов с СОАС и артериальной гипертонией (АГ) в сравнении с пациентами с АГ без СОАС достоверно чаще встречаются наиболее атерогенные типы гиперлипидемий (IIa и IIb типы), атеросклероз сонных артерий. Также у пациентов с АГ и СОАС выявлена положительная корреляция между значениями липопротеидов низкой плотности(ЛПНП) и показателем индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ). При использовании CPAP-терапии (Constant Positive Airway Pressure) у пациентов с СОАС наблюдается достоверное снижение ЛПНП при контроле через 6 и 12 месяцев.

СОАС также широко распространен (до 68%) у пациенток с ожирением в климактерическом периоде (КП). У данных пациенток в сравнении с группой контроля (пациенток в КП с ожирением без СОАС), было выявлено, что дислипидемии встречается достоверно чаще, а именно выше содержание: ХС – в 1,19 раза, ЛПНП – в 1,37 раз, ТГ в 1,46 раза и коэффициент атерогенности достоверно выше в 1,41 раза.

Выводы. Циркадные ритмы являются ключевыми факторами здоровья и благополучия: нарушение суточного ритма при СОАС ассоциируются с различными патологиями и риском возникновения расстройств, в первую очередь сердечно-сосудистых. Возможной причиной нарушения липидного обмена у пациентов с СОАС может выступать циркадная дизритмия, возникающая у таких пациентов из-за нарушения сна, в результате которой нарушаются пики выработки различных фракций липидов и возникает дислипидемия. Раннее начало терапии СОАС приводит к улучшению показателей липидного обмена для снижения риска возникновения сосудистых осложнений.

Циркадная дизритмия при СОАС важная медицинская проблема, приводящая к серьезным медико-социальным последствиям и значимо влияющая на качество жизни, поэтому необходима дальнейшая работа по включению циркадной концепции в ядро медицины, чтобы максимально использовать ее потенциал для профилактики и лечения заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Вилкова О.Е.
Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского,
г. Нижний Новгород

В настоящее время отмечается неуклонный рост числа пациентов с сочетанной патологией. Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) варьирует в широких пределах в зависимости от выборки, возраста, диагностических критериев и составляет в среднем 10-20%, хотя некоторые исследования показывают более высокий процент.

Цель исследования. Изучить особенности течения ХСН у больных с ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследование включено 142 пациента с ХОБЛ 2 ст. по классификации GOLD длительностью 5,0 [3,0; 7,3] лет, из них 83 (58,5%) мужчин, средний возраст – 67,8±12,4 года и 59 (41,5%) женщин, средний возраст – 73,9±11,8 года. В зависимости от возраста пациенты были разделены на 3 группы с интервалом в 20 лет с целью определения у каждой группы больных частоты встречаемости ХСН. 1 группу составили 7 (4,9%) пациентов в возрасте моложе 50 лет, 2 группу – 60 (42,3%) пациентов в возрасте от 50-70 лет, 3 группу – 75 (52,8%) пациентов старше 70 лет. Ис-

пользовалась классификация ХСН в зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Для расчета ФВ ЛЖ использовался модифицированный метод Симпсона с определением объемов ЛЖ. Диастолическая функция сердца оценивалась на основании изучения трансмитрального, транстрикуспидального потоков. Толерантность к физической нагрузке оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ). Статистический анализ результатов проводился с помощью лицензионных статистических программ «Statistica 10.0»

Результаты и обсуждения. При оценке одышки по шкале CAT более 10 баллов имели 64 (45,1%) пациентов, по шкале mMRC более 2-9 (6,3%) пациентов. По результатам спирометрии ОФВ1 в среднем составил 64,9±7,3%, ДЛА 19,6±3,0 мм рт.ст. У 95 (66,9%) активно курящих пациентов, из которых большинство составили мужчины – 81 (85,3%) пациент, индекс курящего человека (ИКЧ) составил 12,7 [9,4; 19,1] лет. Сопутствующую ХСН имели 86 (60,6%) пациентов. В группе больных моложе 50 лет ХСН выявлено не было. Во 2 группе ХСН встретилась у 30 (34,9%) пациентов, в группе больных старше 70 лет – у 56 (65,1%) пациентов. Длительность сопутствующей ХСН составила 5,5 [4,0; 11,0] лет. Основными причинами развития ХСН были артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет 2 типа (СД) и ожирение. Во 2 группе больных 23 (76,7%) пациента имели ХСН с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) и 7 (23,3%) пациентов – ХСН с промежуточной фракцией выброса (СНпФВ), ФВ ЛЖ в среднем составила 56 [46; 64]%. В 3 гр.больных 31 (55,3%) пациент имел СНсФВ, 17 (30,4%) пациентов – СНпФВ, 8 (14,3%) пациентов – ХСН с низкой фракцией выброса (СНнФВ), ФВ ЛЖ в среднем составила 49 [38; 62]%. Признаки диастолической дисфункции левого и/или правого желудочков имелись у всех больных. ДД ЛЖ I типа выявлена в 92% случаев, ДД ПЖ I типа – 96% случаев. II ФК ХСН имели во 2 группе 23 (76,7%) пациента, в 3 группе – 24 (42,9%) пациента. Пройденная дистанция ТШХ составила 351,61±63,84 м и 334,28±26,12 м соответственно. Остальные 7 (23,3%) и 32 (57,1%) пациента соответственно имели III ФК ХСН. Пройденная дистанция ТШХ составила 241,0±63,36 м и 226,62±58,82 соответственно.

Выводы. По нашим данным более половины больных с ХОБЛ имели сопутствующую ХСН. С возрастом распространенность ХСН у больных ХОБЛ увеличивается, которая у пациентов в возрасте 50-70 лет встретилась в 34,9% случаев, в старшей возрастной группе – в 65,1% случаев. У больных старше 70 лет нарастала не только частота, но и тяжесть ХСН.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Власенко С.В.[1], Османов Э.А.[2], Голубова Т.Ф.[2], Баев А.В.[1], Отинов М.Д.[2], Ромашенко Е.И.[2]
[1]Медицинская академия Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, г. Симферополь,
[2]Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации, г. Евпатория

Применение роботизированных технологий в реабилитации детей с детским церебральным параличом вызывает огромный интерес.

Цель исследования. Изучение эффективности комбинированного применения роботизированного комплекса «Экзокисть-2» с автономными очками виртуальной реальности.

Материал и методы. На сегодняшний день реабилитацию с применением прибора «Экозокисть-2» прошло 12 человек (6 – девочек и 6 – мальчиков), средний возраст 12 лет. Курс терапии составил 10 дней, продолжительность сеанса – 40 минут. Тренинг на «Экзокисти-2» через день чередовался с занятиями в очках виртуальной реальности по специально разработанной программе. Пациент проходил процедуру (первая сессия) на аппарате «Экзокисть-2», где главной задачей пациента было представлять разгибательного движения кисти руки. Далее специальная программа анализировала изменения в ЭЭГ и на основе этих данных в конце сеанса выводила график, который отображал результативность пациента.

Следующим этапом являлось погружение пациента в мир виртуальной реальности, где перед ним ставились различные задачи с осуществлением определенных двигательных движений, где обратная связь выражалась посредством успешности «прохождения» игры.

Далее пациент повторно проходил процедуру (вторая сессия) на аппарате «Экзокисть-2».

Результаты и их обсуждение. По результатам пилотного исследования можно наблюдать положительную динамику у пациентов, который проходил курс процедур «Экзокисть-2» совместно с применением технологий виртуальной реальности. По окончании курсового лечения предложенным методом у всех пациентов была отмечена положительная динамика в

манипулятивной функции рук. Отмечается улучшение схвата предметов (щипкового, цилиндрического). Большинство родителей замечают положительную динамику в бытовых возможностях ребенка. Дети стали лучше и быстрее одеваться, научились застегивать пуговицы, держат ложку без разлива продуктов.

Вывод. В ходе проведенного сравнительного анализа успешности ребенка, можно сделать предварительный вывод: Применение технологий виртуальной реальности оказывает влияние на успешность реабилитационных мероприятий с использованием комплекса «Экзокисть-2» в сочетании с автономными очками виртуальной реальности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ВИТАМИНА Д ДЛЯ ДЕТЕЙ, В ФОКУСЕ: ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА

Власова Т.М.
Фельдшерский колледж,
Санкт-Петербург

Рахит остается одной из важнейших форм патологии детей раннего возраста с поражением опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, нервной и эндокринных систем, а проявления синдрома остеомаляции могут привести даже к инвалидности [Захарова И.Н. и др., 2014; Коровина Н.А., 2016; Мальцев С.В., 2017].

Актуальность проблемы состоит в том, что рахит – это не просто заболевание, а медико-социальная проблема с отсутствием должной профилактики в связи с недостаточной образованностью родителей по воспитанию и обучению ребенка здоровому образу жизни. Исходя из выше сказанного, возникает необходимость в профилактике рахита и в грамотном обучении медицинского персонала, родителей профилактическим мерам.

Цель работы. Показать важность профилактики рахита у детей раннего возраста.

Материал и методы. При проведении исследования были применены следующие методы: экипировка данных («Истории развития ребенка» (ф.112/у), социологический метод. Проанализированы клинико-анамнестические данные 20 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. Результаты исследования показали, что рахитом заболели 4 детей (20%), трое во втором полугодии жизни и один мальчик в возрасте 1 года и 2 месяцев. Большинство будущих матерей были ознакомлены о мероприятиях антенатальной профилактики гиповитаминоза Д и только 8 человек не интересовались методами профилактики рахита. 14 беременных принимали препараты витамина Д в рекомендуемые мед. работниками сроки и в назначенных профилактических дозах. У 12 будущих матерей в ежедневном рационе питания были продукты, богатые витамином Д, у 6 человек эпизодически присутствовали в рационе рыба, мясо, яйца, а двое женщин редко употребляли продукты, содержащие витамин Д.

При анкетировании родителей у большинства детей проводилась постнатальная специфическая профилактика рахита в возрастных дозах в установленные Национальной Программой-2018 сроки. Только 4 ребенка из анализируемой группы имели нарушения в режиме приема препарата, получая аквадетрим эпизодически.

При анализе вскармливания надо заметить, что прикорм (мясной) у 3 пациентов, находившихся на грудном вскармливании, был введен на 1-1,5 месяца позже сроков, положенных по стандарту.

Информацию о ведущих симптомах и профилактике рахита 10 родителей узнали от медицинских работников, 6 – из интернета и 4 – от друзей.

Заключение. 1. Проведение консультационной работы в женских консультациях и детских поликлиниках по вопросам профилактики гиповитаминоза Д представляется социально значимой, т.к. содействует укреплению здоровья детей. Создание информационной базы поможет родителям восполнить их дефицит знаний о причинах, особенностях течения, профилактике и прогнозе рахита. 2. Необходимо индивидуализировать дозы витамина Д при проведении специфической профилактики рахита в соответствии с Национальной Программой-2018, учитывая возраст ребенка и круглогодичный прием препарата.

ЦИТОКИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

Войтко М.С.[1], Поспелова Т.И.[1], Климонтов В.В.[2], Шебуняева Я.Ю.[1], Мезит Е.В.[1], Аутеншлюс А.И.[1]
[1]Новосибирский государственный медицинский университет,
[2]Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии – филиал Института цитологии и генетики,
г. Новосибирск

Цель работы. Выявить изменения цитокинового профиля крови (IL-1β, IL-6, IL-4, TNF-α) у больных лимфомой Ходжкина (ЛХ), с впервые установленным диагнозом.

Материал и методы. Обследуемую группу составили 60 больных с впервые установленной ЛХ (мужчин было 23 (38,3%), женщин – 37 (61,7%)), в возрасте от 21 до 65 лет. У всех пациентов из обследуемой группы на момент исследования химиолучевая терапия не проводилась. В соответствии с классификацией AnnArbor/Costwolds преобладали пациенты с распространенными стадиями заболевания (III-IV) – 16 (26,7%) и 21 (35%) соответственно, II стадия диагностирована у 23 (38,3%) больных ЛХ. B-симптомы в дебюте заболевания отмечали 37 пациентов (61,6%), лабораторная активность опухолевого процесса (b-симптомы) была диагностирована у 31 (51,6%) обследуемого. Большая опухолевая масса более 10 см (bulky disease) выявлена у 12 пациентов (20%). В группу контроля вошли 100 пациентов с ЛХ после химиолучевой терапии, находящиеся в ремиссии, 60 из них обследованы проспективно. У пациентов взята кровь для определения в сыворотке цитокинов (IL-6, TNFα, IL-1b, IL-1RA, IL-4) методом ИФА.

Результаты и обсуждения. При оценке провоспалительных цитокинов у первичных больных ЛХ концентрация TNFα была в 1,8 раз выше, чем в группе пациентов, находящихся в ремиссии (2,9 (1,85; 4,4) пг/мл по сравнению с 1,6 (1,1; 2,1); p<0,00005), IL-6 – в 7 раз (15,5 (7,15; 35,4) пг/мл по сравнению с 2,2 (1,4; 2,9) пг/мл; p<0,00005, соответственно), уровень IL-1b, также, статистически значимо отличался по сравнению с группой контроля (1,0 (1,0; 2,1) пг/мл и 1,0 (1,0; 1,3) пг/мл соответственно, p<0,05). Анализ противовоспалительных цитокинов показал, что у больных ЛХ в дебюте заболевания концентрация IL-1RA была в 1,6 раз выше по отношению к сравниваемой группе (923,5 (550,6; 1746,5) пг/мл и 553,25 (329,3; 828,4) пг/мл соответственно; p<0,00005), концентрация IL-4 статистически значимо не отличалась в обеих группах обследуемых больных. При изучении корреляций цитокинов между собой было отмечено наличие положительной связи между IL-6 и цитокинами: IL-1β (r=0,21), IL-1RA (r=0,29), TNFa (r=0,25); TNFa и IL-4 (r=0,22), IL-6 (r=0,25), IL-1β (r=0,29). Кроме того, отмечено наличие положительной корреляционной связи между IL-1b и IL-1RA (r=0,37), IL-4 (r=0,27), IL-6 (r=0,21), TNFa (r=0,29). При анализе уровня цитокинов в сыворотке крови в зависимости от стадии заболевания установлено, что для пациентов с III-IV стадиями ЛХ характерно значительное повышение уровня IL-1RA (1276,2 (649,1; 2015,3) пг/мл по сравнению с 754 (520,6; 1350,4) пг/мл у пациентов со II стадией, p<0,05). Отмечена положительная взаимосвязь между IL-6 и клиническими проявлениями синдрома опухолевой интоксикации (r=0,61), признаками биохимической активности опухоли (r=0,76), большой опухолевой массой (D>10 см) (r=0,64). TNFα показал среднюю положительную взаимосвязь с объемом опухолевого конгломерата (r=0,54). IL-1b и IL-1RA положительно коррелировали с b-симптомами.

Выводы. Уровень IL-1β, TNFa, IL-6 в сыворотке крови у пациентов с впервые диагностированной ЛХ статистически значимо повышен. Концентрация противовоспалительного цитокина IL-4 у больных до химиолучевой терапии не отличается от таковой у пациентов в клинико-гематологической ремиссии. В свою очередь, уровень IL-1RA статистически значимо увеличен, что указывает на наличие цитокинового дисбаланса с преобладанием провоспалительных цитокинов у данных пациентов в дебюте опухолевого процесса.

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Волынкина А.П., Дробышева В.Р., Шаповалова М.М.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель. Изучить распространенность, гендерные и возрастные особенности тиреоидного статуса у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы. На базе эндокринологического центра Бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи №10» были обследованы 33 пациента (14 мужчин и 19женщин), что составило 42,4% и 57,5% соответственно, с подтвержденным диагнозом сахарный диабет, в возрасте от 37 до 64 лет. Всем включенным в исследование было проведено стандартное клинико-лабораторное обследование, определение тиреоидного статуса включало исследование тиреотропного гормона (ТТГ), свободных фракций тироксина (Т4св.), антител к тиреопероксидазе (АТ ТПО). Диапазон допустимых знамений для ТТГ составил 0,4-4,0 мМЕ/л, для Т4 св. 10-23 пмоль/л, АТ ТПО менее 100 мЕд/л.

Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы SPSS 10,0. В качестве критического уровня статистической значимости различий (p) применялось значение p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Среди лиц с сахарным диабетом, включенных в исследование

(33 человека), средние значения показателей тиреоидного статуса составили для ТТГ 1,63±0,9 мкМЕ/мл, св.Т4 11,34±1,15 пмоль/л, АТ ТПО – 80,63±25,0м Ед/л. Функциональные изменения тиреоидного статуса наблюдались в 12,2% случаев (4 человека). Нарушения тиреоидного статуса была зарегистрирована у 3 женщин, что составило 15,79% случаев по сравнению с мужчинами. Из 14 мужчин, включенных в исследование у одного, были отмечены изменения (7,14%) (p=0,031). Статистически достоверных различий в зависимости от возраста получено не было.

Выводы. По результатам, можно сделать вывод, что у больных с сахарным диабетом 1 и 2 типов функциональные изменения тиреоидного статуса встречаются в 12,12% случаев. Не выявлено различий тиреоидного статуса в зависимости от возраста. У женщин, болеющих сахарным диабетом как 1 так и 2 типом, изменения тиреоидного статуса встречаются в 2,2 раз чаще, чем у мужчин.

СОПОСТАВЛЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АКТИВНОГО АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ

Гавриченко А.В.[1,2], Лопатина Е.В.[1,2], Соколова М.Г.[3]
[1]Институт физиологии имени И.П. Павлова,
[2]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
[3]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП) – разновидность аутоиммунной полиневропатии, характеризующейся клинически разнообразными симметричными поражениями проксимальных и дистальных преимущественно моторных нервных волокон, что приводит к денервационным изменениям в скелетных мышцах, нарушениям чувствительности и как следствие, инвалидизации пациента. В основе патогенеза – воспалительная демиелинизация нервного волокна аутореактивными антителами. В настоящее время изучены основные дизиммунные механизмы ХВДП, разработаны схемы иммуномодулирующей терапии, отмечаются случаи резистентных форм ХВДП, что определяет актуальность более углубленного изучения патогенеза заболевания.

Цель исследования. Провести сопоставление нейрофизиологических данных и уровня мозгового нейротрофического фактора у больных с ХВДП на фоне активного аутоиммунного процессса.

Материалы и методы. Проведено клинико-неврологическое, нейрофизиологическое и лабораторное исследования. Обследовано 25 больных (12 мужчин и 13 женщин, возрастом от 36 до 61 лет, средний возраст 55 лет) с диагнозом ХВДП, достоверная по критериям EFNS/PNS от 2010 года. Все пациенты находились в стационаре и согласно клинико-лабораторным данным, их состояние оценивалось как активная фаза заболевания. Выполнена стимуляционная и игольчатая электронейромиография (ЭНМГ) на аппарате «Нейрософт-МВП-4» по стандартному протоколу обследования. Определение концентрации мозгового нейротрофического фактора (МНФ) выполняли иммуноферментным методом в образцах сыворотки крови с использованием коммерческих наборов фирмы «R&D» Systems ELISA, в соответствии с инструкциями производителя. Пороговая величина определения – 20 пг/мл.

Результаты и обсуждения. Клинико-неврологическое обследование выявило у всех пациентов признаки активного полиневритического синдрома (прогрессирующая слабость и атрофии в дистальных отделах рук и ног, снижение всех видов чувствительности), сенситивной атаксии. Данные иммуноферментного анализа свидетельствуют о том, что концентрация МНФ в сыворотке крови больных ХВДП (17253±3763 пг/мл) статистически ниже, чем в контрольной группе (21878±5470 пг/мл) (p<0,01). Уровень МНФ в сыворотке крови группы контроля варьировал от 12611 пг/мл до 40920 пг/мл, в то время как у пациентов с ХВДП в интервале от 10657 пг/мл до 244743. Проведено сопоставление данных ЭНМГ и уровня МНФ, выявлена положительная корреляционная связь – у пациентов с более выраженным демиелинизирующим (увеличение дистальной латентности М-ответа, снижение скорости проведения импульса, увеличение латентности F-волн, частичные блоки проведения) и денервационным (потенциалы фибрилляций и позитивные острые волны) процессом были отмечены более низкие уровни МНФ.

Выводы. У пациентов с ХВДП низкий уровень МНФ коррелирует с выраженностью демиелинизирующего и денервационного процесса. Данная корреляция может быть связана с индивидуальной особенностью нейротрофической регуляции,

что требует дополнительного изучения патогенеза ХВДП и роль ростовых факторов в течении данного заболевания.

КРАТКИЙ ОБЗОР ЭВОЛЮЦИИ НОРМАТИВОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Галенко А.С., Казакова В.В.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Показатели артериального давления (АД) являются одними из основных параметров, определяющих функциональное состояние организма, а с их отклонениями от нормы врач-интернист встречается в своей профессиональной деятельности практически ежедневно. Тем более удивительно, что широкое практическое применение метода измерения АД в повседневной клинической практике насчитывает чуть более 100 лет, а общепринятые нормативы АД, которые сегодня многим из нас представляются чем-то незыблемым, появились менее четверти века назад.

Цель исследования. Изучить историю измерения АД и провести анализ становления и эволюции его нормативных значений.

Материалы и методы. Изучение литературных источников – учебников, монографий, клинических рекомендаций.

Результаты. Первое измерение АД у человека было произведено хирургом Faivre во время ампутации бедра в 1856 году. АД (среднее) в бедренной артерии составило 120 мм рт. ст. В 1896 году S. Riva-Rocci опубликовал описание непрямого метода измерения АД, согласно которому было возможно определение только систолического АД посредством пальпации артерии. Аускультативный метод измерения АД, благодаря которому стало возможным определять как систолическое (САД), так и диастолическое (ДАД) АД, был открыт в 1905 году Н. С. Коротковым, после чего измерение АД стало широко входить в повседневную клиническую практику.

В наиболее раннем из доступных нашему анализу учебнике внутренних болезней (1900 г.) вообще нет упоминания о повышении АД. В учебнике 1934 г. появляется только понятие эссенциальная артериальная гипертензия (АГ), но без указания величины АД (хотя впервые идея первичного повышения АД, не связанного с патологией других органов, была высказана Г. Ф. Лангом еще в 1922 г.). В период 1941-1945 гг. и в послевоенный период по данным В. А. Вальдмана нормой считалось САД 120-140, а ДАД 60-80 мм рт. ст. В Ленинграде (Волынский З. М., Исаков И.И. и др.) и Москве (Федорова Е. Н.) в 1950-х годах предпринимались попытки определения четкого нормативного показателя величины АД, проводились массовые осмотры населения. В работах различных авторов по эпидемиологии АГ 1960-1970-х годов для получения сравнимых результатов при массовых обследованиях (независимо от возраста) было предложено применять критерии АГ: АД ниже 140/90 мм рт. ст. – норма, от 140/90 до 159/94 мм рт. ст. – опасная зона, 160/95 мм рт. ст. и выше – АГ. В 1974 г. массовое измерение АД повторили ученики З.М. Волынского – Е.Е. Гогин, А.Н. Сененко, Е.И. Тюрин. Был сделан вывод, что в норме АД повышается с возрастом, выведена формула для подсчета его уровня в зависимости от возраста. Окончательно от данного представления отечественные специалисты отказались лишь в 1999 г. с выходом в свет Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества артериальной гипертонии, согласно которым и были определены действующие в настоящее критерии АГ – САД выше 139 мм рт.ст. и/или ДАД выше 90 мм рт.ст. независимо от возраста.

В классификации АГ Объединенного национального комитета США (JNC) I (1977), II (1980) ДАД ниже 90 мм рт. ст. в сочетании с любым САД считалось нормой. Однако в III (1984) и IV (1988) пересмотрах появляется понятие изолированная систолическая АГ, диагноз которой ставится при ДАД ниже 90 мм. рт. ст. и САД выше 160 мм. рт. ст. Начиная с пятого пересмотра (1993) диагноз АГ ставится со значения САД выше 140 мм. рт. ст., а ДАД выше 90 мм. рт. ст. Такие же значения приводятся в VI (1997) и VII (2003) пересмотрах. По рекомендациям 2017 г. ACC/AHA (США) диагноз АГ определяется с уровня САД 130 мм рт. ст., а ДАД – 80 мм. рт. ст. Однако, по рекомендациям Европейского общества кардиологов за 2013 и 2018 годы диагноз АГ устанавливается с уровня САД 140 мм рт.ст., а ДАД – 90 мм. рт. ст.

Выводы. 1. При первом известном в истории измерении АД у человека его средний уровень был определен как 120 мм рт. ст. 2. В Советском Союзе/России длительное время возрастание уровня АД с возрастом считалось нормой. 3. В США в 1970-1980-е годы диагноз АГ ставился только при повышении уровня ДАД. 4. На сегодняшний день нет единого мнения по поводу верхней границы нормы АД: АГ по клиническим рекомендациям разных стран и регионов определяется либо с уровня 130/80 мм рт. ст., либо с уровня 140/90 мм рт. ст.

ПОРАЖЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Арипова Н.А., Аскаров Н.Л.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучить поражение кардиоваскулярной системы при ССД.

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

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

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

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В ДИНАМИКЕ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Ганиева Н.А., Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Арипова Н.А., Рахимов С.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Поражение сердечно-сосудистой системы при системной красной волчанке (СКВ) является одним из наиболее частых клинических синдромов и причин смерти больных и составляет по данным различных авторов от 35 до 100%.

Цель. Проведение Холтеровского мониторирования сердечно-сосудистой системы у больных СКВ на фоне пульс-терапии.

Материалы и методы. Обследовано 65 больных СКВ в возрасте от 14 до 49 лет, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 10 лет. Всем больным проведены общеклинические методы исследования, Холтеровское мониторирование, ЭКГ, ЭхоКГ до и после проведения пульс-терапии.

Результаты. По результатам исследования наиболее часто наблюдалось поражение миокарда (79,8%) с минимальными изменениями на ЭхоКГ. Эндокардит диагностирован у 12%, перикардит – у 8,2% больных. У больных СКВ при проведении Холтеровского мониторирования до пульс-терапии выявлено нарушение ритма сердца в виде тахикардии (100%), в сочетании с наджелудочковой (ПЭС) и желудочковой (ЖЭС) экстрасистолией у 30,4% и 66,6% больных соответственно, у 3% больных диагностированы множественные эпизоды депрессии интервала ST. Необходимо отметить, что у большинства больных СКВ данные изменения не были обнаружены на ЭКГ. После курса пульс-терапии наблюдалось урежение частоты тахикардии у 88,2% больных, уменьшение эпизодов ЖЭС и ПЭС, а также депрессии ST.

Выводы. Вовлечение в основной процесс сердца при СКВ – один из частых висцеритов – характеризуется поражением всех оболочек сердца (преимущественно миокарда) при мало выраженных клинических проявлениях. Выявление с помощью Холтеровского мониторирования скрытых нарушений ритма, не обнаруживаемых при проведении традиционных клинических и инструментальных исследований, а также применение пульс-терапии по-

зволяет предупредить развитие осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных СКВ.

ПОЗИТИВНОСТЬ ПО АНТИТЕЛАМ К ТОПОИЗОМЕРАЗЕ-1 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ – ПРЕДИКТОР ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ РИТУКСИМАБОМ

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

Цель исследования. Сравнительная оценка клинических параметров и уровня В-лимфоцитов (В-лимф) в зависимости от наличия или отсутствия антител к топоизомеразе-1 (а-Topo-1) у больных системной склеродермией (ССД) на фоне терапии ритуксимабом (РТМ) при проспективном длительном наблюдении.

Материалы и методы. В наше исследование было включено 88 пациентов с достоверным диагнозом ССД. Средний период наблюдения составил 26,3±10,7 мес. Средний возраст – 47 лет (17-71), женский пол – 73 пациента (83%), диффузная форма – 50 пациентов (57%). Признаки интерстициального поражения легких (ИПЛ) были у 70 пациентов (80%). Средняя длительность болезни составила 5,9±4,8 лет. Суммарная доза РТМ=2,9±1,1 грамм. Все пациенты получали преднизолон в дозе 11,7±4,4 мг, иммуносупрессанты на момент включения в исследование получали 37 пациентов (42%). У всех пациентов был положительный антинуклеарный фактор. Позитивными по а-Topo-1 были 63 пациента, негативными – 25 пациентов. Пациенты сравниваемых групп не отличались по основным демографическим и клиническим параметрам. Результаты представлены в виде различий (дельта (Δ) и средних значений показателей.

Результаты и обсуждение. В группе а-Topo-1 положительных пациентов снижение индекса активности (ΔИндекс активности=1,79), степень деплеции В-лимф (ΔВ-лимф=0,212), увеличение форсированной жизненной емкости легких (ΔФЖЕЛ=8,64) и диффузионной способности легких (ΔДСЛ=2,86) было достоверно более выраженным по с равнению с группой а-Topo-1 негативных пациентов (ΔИндекс активности=0,9; ΔВ-лимф=0,193; ΔФЖЕЛ=6,46; ΔДСЛ=0,032) (p=0,001). Уровень а-Topo-1 снизился с 174,2±50,1 до 148,1±66,1 ед/мл (p=0,0009). При этом у 5 (5,7%) пациентов а-Topo-1 стали отрицательными. Исчезновение позитивности по а-Topo-1 сопровождалось более выраженным снижением кожного счета и более глубокой деплецией В-лимф, кумулятивная доза РТМ в этой группе была выше (4±1,4 г) – по сравнению с пациентами сохранившими позитивность по а-Topo-1. Нами была выявлена умеренная отрицательная статистически значимая корреляция между титром а-Topo-1 и суммарной дозой РТМ (r=-0,298, p=0,017). Выявлена умеренная отрицательная статистически значимая корреляция между титром а-Topo-1 и ФЖЕЛ (r=-0,322, p=0,009).

Выводы. В нашем исследовании уровень а-Topo-1 достоверно снизился на фоне терапии РТМ. Снижение титров а-Topo-1 коррелировало с суммарной дозой РТМ, и сопровождалось снижением кожного счета, индекса активности заболевания, увеличением ФЖЕЛ и ДСЛ. У пациентов с а-Topo-1 эффект лечения был более выраженным, поэтому позитивность по а-Topo-1 при ССД может рассматриваться как предиктор хорошего ответа на терапию РТМ.

СЛУЧАЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У ПАЦИЕНТКИ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НИНТЕДАНИБОМ И МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛОМ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Юдкина Н.Н., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Шаяхметова Р.У., Десинова О.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить данные анамнеза, особенности течения, диагностику и лечение на примере течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у больной системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Представлен клинический случай пациентки 56 лет, с лимитированной формой ССД.

Результаты и обсуждение. Давность заболевания-18 лет. В дебюте-синдром Рейно, отек пальцев кистей. Получала терапию преднизолоном (ПЗ) (25 мг/сут в течение 2 месяцев, затем снижение до 10 мг/сут), D-пеницилламином 500 мг/сут коротким курсом (отме-

на из-за диареи). В 2013 г. (через 11 лет от начала заболевания) появился сухой кашель, одышка (NYHA 2ст). По мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (МСКТ ОГК)-интерстициальное поражение легких (ИПЛ). В дальнейшем получала монотерапию ПЗ 10 мг/сут. С сентября 2019 г. назначен микофенолата мофетил (ММФ) 2000 мг/сут. При обследовании в сентябре 2020 г. – функциональная жизненная емкость легких=75,8%, диффузионная способность легких=40,1%. По ЭХО-КГ: ФВ=76%,СДЛА=39 мм рт.ст. На фоне терапии сохранялись признаки фиброзирующего процесса в легких (МСКТ ОГК: распространенные двусторонние фиброзно-интерстициальные изменения в легких по типу «матового стекла»), в связи с чем в сентябре 2020 г. к ММФ был добавлен нинтеданиб 150 мг 2 р/сут. На фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось, уменьшилась выраженность одышки. В декабре 2020 г. – усиление сухого кашля, температура 37,5-38ºС. При обследовании выявлен положительный мазок из зева на COVID-19 ПЦР. Отменены ММФ и нинтеданиб, продолжен прием ПЗ 10 мг/сут. В течение 10 дней лечилась амбулаторно: антибиотики, апиксабан, ацетилцистеин без эффекта. Затем в связи с нарастанием одышки (NYHA 3-4ст) была госпитализирована в стационар. При поступлении состояние средней тяжести, температура-37,6ºС, ЧДД=20/мин, SpO2=92%, ЧСС=78 уд/мин, АД=120/80 мм рт.ст. По МСКТ ОГК-картина двухсторонней вирусной пневмонии средней тяжести (поражение правого легкого 25-50%, левого легкого 25-50%). При обследовании выявлены антитела IgM и IgG к SARS-CoV-2, С-реактивный белок=55 мг/л, ОАК, СОЭ, биохимический анализ крови-в пределах нормы. Проведена терапия дексаметазоном, антикоагулянтами, антибиотиками, кислородотерапия, введение антиковидной плазмы. На фоне лечения–нарастание одышки, температура=38ºС. По МСКТ ОГК в динамике–вовлечение легочной паренхимы правого легкого до 75-80%, левого легкого–70%. По ЭХО-КГ: ФВ=50%, СДЛА=55 мм рт.ст., появление диастолической дисфункции миокарда левого желудочка. Проведено введение тоцилизумаба 400 мг. На фоне терапии состояние с положительной динамикой–нормализация температуры, по МСКТ ОГК-уменьшение зон «матового стекла», вовлечение легочной паренхимы правого легкого до 65%, левого легкого – до 60%, уменьшение одышки. После выписки возобновлен прием нинтеданиба и ММФ.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует трудности ведения больных ССД при COVID-19: наличие ИПЛ, похожего по радиологическим характеристикам на проявления пневмонии, прием иммуносупрессантов, снижающий выраженность клинической симптоматики, в то время как прогрессирует вирусное поражение легких. Риск развития тяжелой формы COVID-19 выше у пациентов с ИПЛ, ассоциированным с ССД, поэтому им требуется своевременная госпитализация и активная терапия при первых признаках пневмонии.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦИТОКИНОВ ВОСПАЛЕНИЯ И АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ

Геллер С.И., Камилова А.Т.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Определить диагностическую значимость антимикробных пептидов и провоспалительных цитокинов у больных с муковисцидозом.

Материалы и методы исследований. Проведено обследование 56 детей в возрасте от 2 месяцев до 16 лет, больных с муковисцидозом, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Для постановки диагноза муковисцидоз использовались определение иммунореактивного трипсина, хлоридов пота (метод Гибсона-Кука- более 60 мэкв/л), генетические исследования. Оценка уровеня интерлейкина 1β и ФНО-α проводилась в сыворотке крови набором реагентов для иммуноферментного анализа производства Вектор Бест. Значение антител к бактерицидному белку, увеличивающему проницаемость клеток (BPI) определялось в сыворотке крови ИХЛА и ИФА методами набором производства компании Orgentec Diagnostika GmbH. Измерение уровня фекального кальпротектина проводилось с использованием набора «Human Fecal Calprotectin» (Нидерланды). Определение β-Defensin 2 проводилось с помощью ИФА в производства фирмы Immundiagnostics (Германия). Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту.

Результаты исследования. Результаты измерения активности ФНО-α у детей с муковисцидозом продемонстрировали повышение его значений – 6,9+2.3 пг/мл при норме 4,3+0,7 пг/мл ($p<0.001$). Отмечено достоверное пятикратное увеличение Il1β – 10,4+3,9 пг/мл и 2,05+0,03 пг/мл соответственно ($p<0.05$). Антитела к бактерицидному белку, повышающему проницаемость клеток, являются серологическим маркером воспалительных заболеваний и свидетельствуют о высокой воспалительной активности и серьезных повреждениях органов. Полученные нами данные продемонстрировали десятикратное превышение нормы – 53,06+13,08 Е/мл и 5,2+3,2 Е/мл соответственно ($p<0.001$). При определении содержания

β-дефензина 2 в копрофильтратах у наблюдаемых нами пациентов выявлены следующие особенности: концентрация β-дефензина 2 составила 108,2+11,3 нг/мл, что в 1,7 раза превышало содержание в контрольной группе – 64,+2,4 нг/мл, p<0,001. Наши исследования продемонстрировали четырехкратное повышение показателей фекального кальпротектина у детей с муковисцидозом – 87,7+18,1 мкг/г и 19,95+1,1 мкг/г соответственно (p<0,001).

При оценке корреляционных взаимосвязей присутствовала положительная слабая связь между уровнем антител к бактерицидному белку, увеличивающему проницаемость клеток и ФНО-α (0,3). Выявлена так же и прямая средняя корреляционная связь между ФНО-α и интерлейкином 1β (0,43). Была установлена прямая слабая корреляционная связь между фекальным β-дефензином 2 и повышением сегментоядерных лейкоцитов в периферическом анализе крови (0,31), увеличением лейкоцитов в кале (0,34), прямая умеренная связь с фекальным кальпротектином (0,57), что является свидетельством активации нейтрофилов и признаком, характеризующим воспаление в кишке. Отмечена прямая корреляционная зависимость между β-дефензином 2 и выраженностью дефицита веса (0,3).

Выявлены так же прямые корреляционные связи между фекальным кальпротектином и выраженностью признаков кишечной диспепсии – стеатореи (0,3), частотой стула (0,3), а также степенью воспалительного процесса в кишечнике – лейкоциты в кале (0,34).

Выводы. Таким образом, определение значений провоспалительных цитокинов в сыворотке крови и антимикробных пептидов в копрофильтратах у детей муковисцидозом дает возможность их использования в качестве неинвазивных диагностических маркеров синдрома мальабсорбции и оценить степень выраженности воспалительного ответа, как в кишечнике, так и во всем организме.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19

Гетман С.И., Чепель А.И., Тегза В.Ю.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Установлено, что уровень смертности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, страдающими COVID-19 на 13,2% выше, чем у лиц без сердечно-сосудистой патологии. При этом у 16,7% страдающих новой короновирусной инфекцией COVID-19, встречались нарушения сердечного ритма.

Цель исследования. Определить распространенность нарушений сердечного ритма на амбулаторно-поликлиническом этапе, выделить группу с идиопатическими аритмиями.

Методы исследования. Проанализировано состояние 545 пациентов, обратившихся к кардиологу по поводу нарушения сердечного ритма в течение 3-х лет. Контингент изучаемых – военнослужащие от 18 до 55 лет. Всем обследуемым было поведено электрокардиографическое исследование (ЭКГ) в день обращения, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ультразвуковое исследование сердца, рентгенография органов грудной клетки. Лабораторные исследования включали: общий анализ крови, мочи и биохимические показатели: С-реактивный белок, фибриноген, глюкоза, общий белок, креатинин, мочевина, липидный спектр, электролиты крови, гормоны щитовидной железы – трийодтиронин, тетрайодтиронин, тиреотропный гормон, а также коагулограмма. У 73 человек не было выявлено видимых причин нарушения сердечного ритма с использованием традиционных методов обследования. Для уточнения природы аритмии этим пациентам проведено дополнительное исследование – магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца с контрастным усилением гадолинием.

Результаты. У 20 из 73 обследованных с использованием сердечной магнитно-резонансной томографии выявили признаки миокардита. У 4-х пациентов диагностированы признаки некомпактного миокарда; у 1 – единичный участок интрамиокардиального фиброза в средних отделах заднеперегородочной области; у 1 – признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани сердца, пролапс митрального и аортального клапанов, легкая аортальная регургитация; у 1 – аномальный ход передней межжелудочковой артерии с формированием миокардиального мостика; у 1 – поперечные хорды левого желудочка, дисплазия соединительной ткани; у 1 – признаки амилоидоза сердца, необструктивной гипертрофической кардиомиопатии, миокардиальный мостик. У 3 человек обнаружили признаки необструктивной гипертрофической кардиомиопатии; у 1 – миксоматозная дегенерация створок митрального клапана с формированием пролапса задней створки и митральной регургитации; у 1 – локальный фиброз в области верхушки сердца, вероятно посттравматического генеза; у 1 – признаки крупноочагового кардиосклероза в области базальных отделов боковой стенки левого желудочка с нарушением локальной сократимости в этой зоне и мелкоочаговый фиброз в области межжелудочковой перегородки, апикальных отделов заднебоковой стенки, средних отделов заднеперегородочной области, что является проявлением постмиокардитического кардиосклероза и дилатацию полости левого желудочка, что является признаком дилатационной кардиомиопатии; у 1 – дивертикул в об-

ласти задней стенки левого желудочка и локальный фиброз в области дивертикула; у 1 – 2 дивертикула, зону некомпактного миокарда, локальный фиброз вероятно постинфарктного происхождения; у 1 – признаки липоматоза и фиброза свободной стенки правого желудочка в эпикардиальных отделах с участками дискинезии, что может являться первыми признаками аритмогенной кардиомиопатии правого желудочка.

Выводы. 1. Одним из наиболее частых проявлений миокардита являются нарушения сердечного ритма. 2. В условиях пандемии COVID-19 можно ожидать роста заболеваемости вирусным миокардитом. 3. Для уточнения природы аритмий, пациентам, страдающим частой экстрасистолией в условиях пандемии COVID-19 целесообразно проводить МРТ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ: РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Гончаренко О.Д.[1], Спицина С.С.[1,2]
[1]Волгоградский государственный
медицинский университет,
[2]Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Ревматоидный артрит (РА) относится к хроническим воспалительным заболеваниям суставов, который встречается почти у 1% населения. Системное воспаление имеет большое значение в развитии раннего атеросклероза и в дальнейшем, артериальной гипертензии (АГ). РА часто приводит к социальным ограничениям, а наличие коморбидной патологии значительно ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов.

Цель. Оценить КЖ, уровень тревоги и депрессии у больных РА с сопутствующей АГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 пациентов с РА, получающих базисную терапию и нестероидные противовоспалительные препараты (100%), преднизолон (в дозе до 3 мг/сут – 55%). Средний возраст составил 52,6±12,8 лет, продолжительность заболевания – 6,3±4,6 лет. Все больные имели артериальную гипертензию 1-3 степени. Диагноз РА выставлялся согласно критериям ACR/EULAR 2010, АГ – «Рекомендациям по лечению больных с артериальной гипертензией ЕОК/ЕОАГ 2018». КЖ больных определяли по опроснику SF-36 (Short Form-36-Item Health Survey), уровень тревоги и депрессии – по HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Результаты и обсуждение. По шкале SF-36 были оценены физический и психологический компоненты здоровья, которые оказались сниженными (в среднем 34,82 и 36,56 соответственно). В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование). Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье, были снижены жизнеспособность и социальное функционирование. Шкалы физического и психологического здоровья имели умеренные корреляционные связи с возрастом, активностью заболевания, числом болезненных и припухших суставов. При исследовании психоэмоционального статуса у 30% больного РА была выявлена клинически выраженная тревога, более чем у половины (55%) – субклиническая. Выраженность тревоги по шкале HADS прямо коррелировала с возрастом, активностью заболевания по DAS28-CRP(4), длительностью заболевания, функциональным классом.

Выводы. При изучении КЖ у больных РА с сопутствующей артериальной гипертензией выявлены сниженные показатели физического и психологического компонентов здоровья. У 85% пациентов зарегистрированы тревожно-депрессивные нарушения. Показатели КЖ и уровня тревоги коррелировали с возрастом, степенью активности заболевания, его продолжительности, функциональным классом. Наличие психоэмоциональных изменений у коморбидных пациентов требует комплексного подхода к коррекции всех сфер жизнедеятельности.

КОМОРБИДНОСТЬ И НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БАС С ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА И НЕВРОЛОГА

Гончарова П.С.[1], Шнайдер Н.А.[1,2], Новицкий М.А.[1], Насырова Р.Ф.[1], Давыдова Т.К.[3]
[1]Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии
имени В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург,
[2]Красноярский государственный
медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск,
[3]Якутский научный центр комплексных
медицинских проблем,
г. Якутск

Актуальность. Боковой амиотрофический склероз (БАС) – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, избирательно поражающее двигательные

нейроны. Прогноз БАС зависит от возраста пациентов, вовлечения бульбарных мышц, скорости прогрессирования, но, как правило, он неблагоприятный. Последние годы активно изучаются генетические и внешнесредовые предикторы БАС, включая нутриенты.

Цель. Анализ российских и зарубежных эпидемиологических исследований роли нутриентов как внешнесредовых предикторов развития БАС.

Материалы и методы. Нами проведен поиск полнотекстовых публикаций на русском и английском языках в базах данных E-Library, PubMed, Springer, Clinical keys, Google Scholar, используя ключевые слова и комбинированные поиски слов (боковой амиотрофический склероз, предикторы, факторы риска, нутриенты). Несмотря на наш всесторонний поиск по этим часто используемым базам данных и поисковым терминам, нельзя исключать, что некоторые публикации могли быть пропущены.

Результаты. Проанализировано 17 исследований с наиболее значимыми предикторами БАС.

Заключение. Проведенный метаанализ роли нутриентов как предикторов БАС свидетельствует о важности разработки специализированной диеты для пациентов на ранних стадиях развития БАС, а также для людей с семейной отягощенностью по БАС.

нейроны. Прогноз БАС зависит от возраста пациентов, вовлечения бульбарных мышц, скорости прогрессирования, но, как правило, он неблагоприятный. Последние годы активно изучаются генетические и внешнесредовые предикторы БАС, включая нутриенты.

Цель. Анализ российских и зарубежных эпидемиологических исследований роли нутриентов как внешнесредовых предикторов развития БАС.

Материалы и методы. Нами проведен поиск полнотекстовых публикаций на русском и английском языках в базах данных E-Library, PubMed, Springer, Clinical keys, Google Scholar, используя ключевые слова и комбинированные поиски слов (боковой амиотрофический склероз, предикторы, факторы риска, нутриенты). Несмотря на наш всесторонний поиск по этим часто используемым базам данных и поисковым терминам, нельзя исключать, что некоторые публикации могли быть пропущены.

Результаты. Проанализировано 17 исследований с наиболее значимыми предикторами БАС.

Заключение. проведенный метаанализ роли нутриентов как предикторов БАС свидетельствует о важности разработки специализированной диеты для пациентов на ранних стадиях развития БАС, а также для людей с семейной отягощенностью по БАС.

АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОМОРБИДОСТИ НАРУШЕНИЙ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА С ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА И НЕВРОЛОГА

Гончарова П.С.[1], Шнайдер Н.А.[1,2], Новицкий М.А.[1], Насырова Р.Ф.[1], Давыдова Т.К.[3]
[1]Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург,
[2]Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск,
[3]Якутский научный центр комплексных медицинских проблем, г. Якутск

Актуальность. Боковой амиотрофический склероз (БАС) – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, избирательно поражающее двигательные нейроны. Прогноз БАС зависит от возраста пациентов, вовлечения бульбарных мышц, скорости прогрессирования, но, как правило, он неблагоприятный. Последние годы активно изучаются генетические и внешнесредовые предикторы БАС, включая нутриенты.

Цель. Анализ российских и зарубежных эпидемиологических исследований роли нутриентов как внешнесредовых предикторов развития БАС.

Материалы и методы. Нами проведен поиск полнотекстовых публикаций на русском и английском языках в базах данных E-Library, PubMed, Springer, Clinical keys, Google Scholar, используя ключевые слова и комбинированные поиски слов (боковой амиотрофический склероз, предикторы, факторы риска, нутриенты). Несмотря на наш всесторонний поиск по этим часто используемым базам данных и поисковым терминам, нельзя исключать, что некоторые публикации могли быть пропущены.

Результаты. Проанализировано 17 исследований с наиболее значимыми предикторами БАС.

Заключение. проведенный метаанализ роли нутриентов как предикторов БАС свидетельствует о важности разработки специализированной диеты для пациентов на ранних стадиях развития БАС, а также для людей с семейной отягощенностью по БАС.

АДИПОНЕКТИН И ДЕСТРУКЦИЯ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ БЕЗ ОПЫТА ПРИЕМА ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Горбунова Ю.Н., Алексеева О.Г., Кириллова И.Г., Черкасова М.В., Попкова Т.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л., Лила А.М.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва

Актуальность. Жировая ткань – активный эндокринный орган, который синтезирует адипокины (адипонектин, лептин и др.). Обсуждается их связь с маркерами активности и воспалением при ревматоидном артрите (РА). Предполагают, что они индуцируют действие интерлейкина 6, фактора некроза опухоли α и металлопротеиназ в клетках синовиальной оболочки и ткани хряща, что в дальнейшем приводит к деструкции суставов.

Цель. Уточнить деструктивные нарушения суставов (модифицированный счет Шарпа: счет эрозий, сужение суставной щели, общий суммарный счет), в зависимости от уровня адипонектина в сыво-

ротке крови у пациентов с ранним РА до назначения противоревматической терапии.

Материалы и методы. Исследование включало 22 пациента с ранним РА (критерии ACR / EULAR, 2010.), 57 [47,0- 61,0] лет, продолжительность заболевания 7,0 [6,0-, 10,0] месяцев, сероположительных по IgM РФ и АЦЦП, с высокой активностью РА (DAS28 5,6 [5,1-6,5], SDAI 36,9 [26,5-45,3], CDAI 32,5 [22,0-43,5]) без опыта приема противоревматической терапии. Концентрацию адипонектина определяли иммуноферментным анализом ELISA (HumanAdiponectin, BioVendor, Brno, CzechRepublic; DiagnosticsBiochemCanadaInc.). Оценка рентгенограмм кистей и стоп до начала приема БПВП проводилась с помощью модифицированного счета Шарпа (счет эрозий, сужение суставной щели, общий суммарный счет). Контрольную группу составили 30 здоровых доноров без ревматических заболеваний, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными.

Результаты. Средняя концентрация адипонектина в сыворотке больных РА была выше, чем в группе контроля: 39,8±36,2 нг/мл и 8,7±4,6 нг/мл соответственно (p=0,001). Пациенты с ранним РА, в зависимости от уровня адипонектина (M+3SD), разделены на 2 группы: I-я (n=13) – больные РА с уровнем адипонектина ≤26нг/мл; II-я (n=9) – с уровнем адипонектина >26 нг/мл. При сравнении группы достоверно различались по активности: DAS28 6,17 против 5,04; острофазовым показателям: СОЭ 53,3 против 19,7 мм/ч; СРБ 54,3 против 9,9 мг/л; счету эрозий 0,9 против 4,3 (p<0,05 во всех случаях).

Заключение. У пациентов с ранним РА без опыта приема базисной противовоспалительной терапии при повышении уровня адипонектина свыше 26 нг/мл, отмечаются более выраженные деструктивные нарушения (счет эрозий) и повышенный уровень клинико-лабораторной активности, чем у больных РА с более низким уровнем данного адипокина.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ТИПОВ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Гордиенко А.В., Сердюков Д.Ю., Соколов Д.А.
Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Сравнить частоту атеросклероза сонных артерий при различных метаболических типах абдоминального ожирения у военнослужащих-мужчин.

Материал и методы. В клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии проведено одноцентровое одномоментное обсервационное выборочное обследование 289 мужчин в возрасте 38,5±5,6 лет с абдоминальным ожирением. Были сформированы 3 группы пациентов: группа с метаболическим синдромом – 134 мужчины (МС); с критериями метаболически здорового ожирения – 155 мужчин (МЗО); метаболически нейтральный тип ожирения был диагностирован у 86 пациентов с МЗО и уровнем лептина <3,5 нг/мл в плазме крови. Указанный параметр был определен по результатам дисперсионного анализа, его критическое значение было установлено по данным ROC-анализа с чувствительностью 75% и специфичностью 77%. Всем пациентам была проведена оценка расширенной липидограммы, уровня адипокинов, исследована гликемия натощак и после углеводной нагрузки; выполнялась эхокардиография и ультразвуковое исследование толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА). Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов с различными метаболическими типами ожирения в группе МНО составил 37,4 [36,2-38,7] лет; МЗО – 38,9 [38,1-39,8] лет (p<0,001); МС – 40,9 [39,9-41,8] лет (p<0,001). Показатели алиментарного статуса обследованных военнослужащих были в следующих пределах: ИМТ – 30,4 [30,1-30,7] vs 30,3 [30-30,6] vs 32,3 [31,6-32,9] кг/м^2; ОТ – 96,2 [93,4-98,9] vs 98,5 [97,4-99,6] vs 103,8 [102,4-105,3] см в соответствующих группах.

Частота дислипидемии в группах составила 15% (МНО), 25% (МЗО) и 74% (p<0,001); предиабет был диагностирован у 7% vs 14% vs 55% (p<0,001); гипертрофия левого желудочка – 22% vs 16% vs 36% (p<0,001); атеросклероз сонных артерий – 9% vs 15% vs 40% (p<0,001) в соответствующих группах. У мужчин с МНО распространенность дислипидемии была в 1,7 раза, предиабета – в 2 раза (p=0,05), каротидного атеросклероза – в 1,5 раза ниже, чем при МЗО. Гипертрофия левого желудочка в группах обследуемых с ожирением без инсулинорезистентности встречалась со сравнимой частотой (p>0,05), но достоверно чаще в случаях МС (p<0,001).

Выводы. «Метаболически нейтральный» тип ожирения сопровождается наименьшими отклонениями со стороны липидного и углеводного обменов и минимальными изменениями сердца и крупных сосудов. При этой разновидности ожирения функциональная активность жировой ткани оценивается как напрямую (определение уровня свободного лептина),

так и косвенно (исключение инсулинорезистентности по данным липидограммы и углеводного обмена).

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Горовенко И.И.[1], Болтач А.В.[1], Горовенко Д.И.[1], Журун Ю.А.[1], Гайдук Е.И.[2], Щебетко Л.А.[2], Силиванович М.В.[2], Новицкая Л.Г.[2], Харчевников С.В.[2]
[1]Гродненский государственный медицинский университет,
[2]1134 Военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости, степень выраженности тревожных и депрессивных расстройств у практически здоровых лиц и пациентов с ИБС, страдающих безболевой ишемий миокарда (ББИМ).

Материалы и методы исследования. Исследовались пациенты находящиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГУ «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» с диагнозом ИБС:ББИМ соответствующая ФК II стабильной стенокардии напряжения и пациенты проходящие ежегодный углубленный медицинский осмотр из числа категорированных лиц. Пациенты разделены на две группы: группа I n-24 практически здоровые и группа II n-20 (ББИМ). Все пациенты давали информированное согласие на участие в исследовании. Критериями не включения в исследование были: возраст моложе 45 и старше 60 лет, наличие острого инфаркта миокарда, наличие аритмий, хроническая сердечная недостаточность НIIБ и выше (III класс по NYHA), наличие сопутствующих острых воспалительных и онкологических заболеваний, выраженная почечная и печеночная недостаточность, отказ от участия в исследовании.

Для изучения психоэмоционального состояния использовали госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии (HADS) в день поступления в стационар. Шкала разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Информация из индивидуальных регистрационных карт и опросников составила общую базу данных. Статистический анализ данных выполнен с помощью пакета программ Statistica 10.0 и MicrosoftExcel 2010. При сравнении независимых групп использовали U критерий Манна-Уитни. Для выявления связи между параметрами проводился непараметрический корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимыми различия в группах были приняты на уровне значимости $p<0,05$.

Результаты. В I n-24 группе выявлено: отсутствие тревоги у 83% (20), субклиническая тревога (HADS Т) у 17%(4), отсутствие депрессии у 96% (23) субклиническая депрессия (HADS Д) 4% (1). В группе II n-20 выявлено: отсутствие тревоги у 45% (9), субклиническая HADS Т – 50%(10), клинически выраженная HADS Т-5%(1); отсутствие HADS Д 50% (10), субклиническая HADS Д – 45% (9) клинически выраженная HADS Д – 5% (1). Таким образом, 55% пациентов с ББИМ имело симптомы тревоги, а 50 % симптомы депрессии. Различия между группами были статистически значимыми $p<0,05$.

Выводы. Среди пациентов с ББИМ преобладают тревожно-депрессивные расстройства, по сравнению с контрольной группой. Лечение пациентов с ББИМ необходимо проводить с учетом коррекции психоэмоционального статуса пациентов.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СТРУКТУРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

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

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

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

Материалы и методы. Было обследовано 45 пациентов, они были разделены на три группы по 15 больных в зависимости от ФК, определяемого по классификации NYHA (классификация выраженности хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской кардиологической ассоциации): группа 1, 2, 3 с ФК 2, 3, 4 соответственно. В ходе исследования использовались:

1. клиническая оценка пациентов;

2. данные, полученные при выполнении эхокардиографии (ЭХОКГ) аппаратом ультразвукового сканера Esaote MyLab 30 (Италия);

3. формулы для вычисления: массы миокарда ЛЖ, индекса ММЛЖ;

4. Миннесотский опросник качества жизни у больных ХСН (MLHFQ).

Статистическая обработка данных проводилась в программе STATGRAPHICS CENTURION V. Для выявления различий между группами был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Достоверными считали различия при $p<0,05$. Для выявления корреляционных связей использовался коэффициент корреляции Pearson.

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

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

ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Грешнякова В.А., Овчаренко Т.А., Горячева Л.Г., Венцловайте Н.Д.
Детский научно-клинический центр инфекционных болезней,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить частоту поражений печени и их особенности при энтеровирусной инфекции (ЭВИ) у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов ДНКЦИБ за период с 2018 по 2020 год – 500 детей. В выборку вошли все случаи с кодами МКБ-10, описывающими ЭВИ: B08.5, B34.1, B97.1. Диагноз ЭВИ у всех пациентов был подтвержден лабораторно, у 370 – с уточнением серотипа методом мРСК сыворотки крови и/или кала, у 130 – методом ПЦР крови и/или кала без определения серотипа. Наличие и выраженность признаков поражения печени оценивались по клинической картине и биохимическим лабораторным показателям – уровням СРБ, АЛТ и АСТ, общего билирубина, ГГТ и ЩФ.

Результаты и обсуждение. Частота поражения печени при различных серотипах энтеровирусов (ЭВ) составила: ECHO 6 типа – 21.6%, ЭВ 71 типа – 18%, Коксаки B5 – 18%, ЭВ 70 типа – 12.5%, ECHO 30 – 12.5%, ЭВ 69 – 10%, ECHO 11 – 10%, ЭВ 68 – 4.7%.

В общем из 500 детей с ЭВИ признаки поражения печени были выявлены у 57 – 11.4% пациентов. У 50 из них был уточнен серотип ЭВ, и только у 7 пациентов диагноз был подтвержден методом ПЦР без уточнения серотипа. Среди уточненных 50 случаев ЭВИ с поражением печени в 32% инфекция была вызвана вирусом ECHO 6 типа, в 16% – ЭВ 70 типа. Важно отметить, что ECHO 6 и ЭВ 70 типа выявлялись чаще других у всех обследованных пациентов. Чуть реже причиной поражения печени были вирусы ECHO 30 и ECHO 11 – 14% и 12% соответственно, вирус Коксаки B5 – 10%, 8% пришлись на ЭВ 69 типа и по 4% – на ЭВ 68 и 71 типов.

Острые гепатиты (ОГ) энтеровирусной этиологии наблюдались у 12 детей: 5 были инфицированы вирусом ECHO 6 типа, 2 ребенка – ЭВ 71 типа, по одному ребенку были инфицированы ЭВ 70, 69, 68 типов, вирусом ECHO 30 типа и вирусом Коксаки B5. Большая часть (75%) пациентов с острыми гепа-

титами энтеровирусной этиологии были девочками, 50% составили подростки.

По клинико-лабораторным данным половина детей с ОГ энтеровирусной этиологии имела желтушную форму ОГ, гепатомегалия и холестаз встречались с одинаковой частотой в 66%. В биохимическом анализе крови повышение АЛТ отмечалось у 100% детей, повышение АСТ встречалось чуть реже – в 83% случаев, при этом у большинства пациентов повышение трансаминаз было в пределах 10-15 возрастных норм, а двое пациентов имели тяжелый гепатит с повышением АЛТ и АСТ до 1700-1800 ед/л и 1800-2000 ед/л соответственно. Повышение уровня общего билирубина у пациентов с желтушной формой острого энтеровирусного гепатита в целом было умеренным, однако у троих пациентов изменения уровень общего билирубина был повышен значительно, до 100-180 мкмоль/л. Холестаз с повышением ГГТ отмечался у 58%, с повышением ЩФ – у 66% детей с гепатитами энтеровирусной этиологии.

Итак, частота поражения печени при ЭВИ была неоднородной относительно серотипа ЭВ, но абсолютно при всех ЭВИ, для которых доступно серотипирование в ДНКЦИБ, выявлялось то или иное число детей с признаками поражения печени.

Выводы. Роль ЭВ как этиологических агентов поражения печени явно недооценена и требует обязательного дальнейшего изучения. Необходимо исключение ЭВИ при ОГ неясной этиологии в случаях, когда прочие более частые причины поражения печени исключены. Всем пациентам с ЭВИ вне зависимости от формы инфекции рекомендовано определять уровень АЛТ для своевременного выявления поражения печени и оптимизации тактики ведения пациента.

АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Григорьева Н.Ю., Илюшина Т.П.
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет
имени Н.И. Лобачевского,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Разработать алгоритм оптимальной антиангинальной терапии стабильной стенокардии (СС) II-III функционального класса (ФК) при бронхиальной астме (БА) легкого и среднего персистирующего течения вне обострения.

Материалы и методы. В проспективное исследование было включено 120 пациентов с сочетанной патологией СС и БА легкого или среднего персистирующего течения. Больные как легкой, так и средней БА были разделенны на 3 группы в зависимости от схемы назначаемой антиангинальной терапии. Проводили поэтапное титрование доз лекарственных препаратов через каждые 2 недели (1-ая подгруппа – Бисопролол от 2,5 мг, 5 мг, 10 мг; 2-ая подгруппа – Верапамил 240-240 мг – 240 мг; 3-ья подгруппа – Бисопролол 2,5 мг, фиксированная комбинация (ФК) Бисопролол+Амлодипин 5+5мг, Бисопролол+Амлодипин 5+5 мг). Проведено полное клинико-инструментальное обследование, включающее суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) и исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Результаты и обсуждение. При лечении больных СС с БА легкого персистирующего течения по результатам СМЭКГ средняя ЧСС у пациентов 1-ой подгруппы составила 80,7±14,5 уд/мин, через 2 недели лечения – 77,7±6,5 уд/мин (p=0,001), через 4 недели – 74,2±8,2 уд/мин, через 6 недель – 66,4±4,8 уд/мин (p=0,001). У пациентов 2-ой подгруппы исходная ЧСС составила 84,2±8,8 уд/мин, через 2 недели – 77,2±6,4 уд/мин, через 4 недели – 75,8±5,3 уд/мин, через 6 недель – 72,6±2,6 уд/мин (p=0,226). У пациентов 3-ей подгруппы исходная ЧСС составила 86,6±3,7 уд/мин, через 2 недели – 74,4±6,2 уд/мин, через 4 недели – 71,3±3,6 уд/мин (p=0,116), через 6 недель – 68,6±4,2 уд/мин (p=0,002). Количество различного рода экстрасистол уменьшилось в подгруппе 1 и подгруппе 3, причем значимо больше, чем в группе 2 (p<0,05). При проведении ФВД в динамике изменений выявлено не было. При лечении больных СС с БА среднего персистирующего течения по результатам СМЭКГ средняя ЧСС у пациентов 1-ой подгруппы составила 97,9±5,7 уд/мин, через 2 недели – 88,4±6,4 уд/мин, через 4 недели – 86,5±16,1 уд/мин (p=0,118), через 6 недель – 70,6±6,1 уд/мин (p=0,001). У пациентов 2-ой подгруппы исходная ЧСС составила 94,9±5,4 уд/мин, через 2 недели – 88,4±4,8 уд/мин, через 4 недели – 86,3±9,4 уд/мин (p=0,226), через 6 недель – 74,2±8,4 уд/мин (p=0,016). У пациентов 3-ей подгруппы исходная ЧСС составила 98,3 ±12,5 уд/мин, через 2 недели – 88,2±6,4 уд/мин, через 4 недели – 72,1±10,8 уд/мин (0,016), через 6 недель – 70,4±4,2 уд/мин (p=0,001). При ФВД выявлено ухудшение бронхиальной проходимости при титрации дозы бисопролола до 10 мг.

Выводы. При лечении больных стабильной стенокардией с БА легкого персистирующего течения вне обострения антиангинальная терапия БАБ бисопрололом с титрацией дозы от 2,5 мг до 10 мг, а также комбинированная терапия БАБ бисопрололом в дозе 5 мг и АК амлодипином в дозе 5 мг не при-

водит к ухудшению бронхиальной проходимости и вместе с тем обладает более выраженным пульсурежающим действием, чем традиционная терапия антагонистом кальция верапамилом в дозе 240 мг/сут. При лечении больных стабильной стенокардией с БА среднего персистирующего течения вне обострения антиангинальная терапия ББ бисопрололом с титрацией дозы от 2,5 мг до 5 мг не приводит к ухудшению бронхиальной проходимости, однако при дальнейшем увеличении дозы до 10 мг наблюдается тенденция к бронхиальной обструкции.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ IGG К SARS-COV-2 В СЫВОРОТКЕ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Глухова С.И., Черкасова М.В., Салянова Е.П., Нурбаева К.С., Белов Б.С.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Сравнить методики определения антител к SARS-CoV-2 с помощью экспресс-теста и метода иммуноферментного анализа (ИФА).

Материалы и методы. Проведено сравнение методик определения антител к SARS-CoV-2 с помощью экспресс-теста (Хроматографический экспресс-тест SARS-CoV-2 IgG/IgM (Xiamen Biotime Biotechnology, Китай)) и путем иммуноферментного анализа (Набор реагентов для иммуноферментного выявления иммуноглобулинов класса G и класса M к SARS-CoV-2 (Вектор-Бест, Россия)).

Включено 80 пациентов с диагнозом: ревматоидный артрит 26 (33%), псориатический артрит – 9 (11%), остеоартроз – 15 (19%), ревматический порок сердца 1 (1%), СКВ 2 (3%), дерамтомиозит 3 (4%), системный склероз 5 (6%), системные заболевания соединительной ткани 4 (5%), включая синдром Шегрена, спондилоартриты 15 (19%). 17 (21%) отрицали симптомы COVID-19 в анамнезе. 63 (79%) отмечали какие-либо признаки COVID-19 за 3,095±1,45 месяцев до проведения пробы (Медиана 3 [2; 4] мес). 63 (79%) отмечали какие-либо признаки COVID-19 за 109±43 дней до проведения пробы (Медиана 111 [78; 135] мес). Стандартом считали метод ИФА.

Результаты и обсуждение. При сравнении результатов экспресс-теста и определения антител IgG к SARS-CoV-2 в сыворотке получено: чувствительность экспресс-теста составляет 99%. При сравнении результатов экспресс-теста и определения антител IgM к SARS-CoV-2 в сыворотке получено: среди 66 образцов с отрицательным результатом методом экспресс-теста в 6 случаях методом ИФА выявлены IgM (7,5% из 80 проб явились ложно-отрицательными). Среди 14 образцов с положительным результатом методом экспресс-теста в 3 случаях методом ИФА IgM не выявлены (3,75% из 80 проб явились ложно-положительными).

При сравнении результатов экспресс-теста и определения антител IgM к SARS-CoV-2 в сыворотке получено: чувствительность экспресс-теста составила 33%, специфичность 85%.

Выводы. При сравнении результатов экспресс-теста и определения антител IgG к SARS-CoV-2 в сыворотке получено: чувствительность экспресс-теста составляет 99%. Определение антител IgM к SARS-CoV-2 с помощью экспресс-теста является менее надежным методом, чем определение с помощью ИФА.

СОДЕРЖАНИЕ 7-ГИДРОКСИМЕТОТРЕКСАТА В КЛЕТКАХ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРЯМО КОРРЕЛИРУЕТ С УРОВНЕМ ПОЛИГЛУТАМАТОВ МЕТОТРЕКСАТА

Гриднева Г.И.[1], Самаркина Е.Ю.[1], Аронова Е.С.[1], Кудрявцева А.В.[1], Глухова С.И.[1], Баймеева Н.В.[2], Муравьев Ю.В.[1]
[1]Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
[2]Научный центр психического здоровья,
Москва

Цель исследования. Определить уровень 7-ОН МТ в клетках периферической крови, изучить корреляцию уровня этого метаболита с уровнем полиглутаматов МТ (МТПГ).

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 65 больных в возрасте 53±11 лет, 50 женщин, 13 мужчин, с диагнозом РА, установленном согласно критериям ACR/EULAR 2020, не принимавшие ранее МТ. Длительность болезни составила 7,5 [4; 24] месяца. Всем больным назначался МТ подкожно в дозе 10-15 мг/м^2.

Визиты осуществлялись на неделях 0, 4, 12, 24 и 36, на всех визитах были взяты образцы на содержание МТПГ с 1,2,3 и 4 глутаматными остатками и 7-ОН МТ отдельно в эритроцитарной массе (ЭР) и мононуклеарных клетках (МО). Фракцию мононукле-

аров выделяли способом наслаивания на верографин-фиколл. Все больные получали фолиевую кислоту в стандартной дозе 5 мг через 24 часа после введение МТХ парентерально. Образцы были забраны не ранее чем через 36 часов после введения МТХ. Все больные имели нормальную выделительную функцию.

Результаты и обсуждение. Средняя концентрация 7-ОН МТ в ЭР и МО, соответственно, через 4 недели составила 18,5 [3,1; 61,5] и 0,8 [0,1; 15,2]; через 12 недель – 10,2 [3,6; 50,8] и 4,0 [0,1; 42,2]; через 24 недель – 10,3 [1,7; 36,8] и 3,5 [0,1; 8,1]; через 36 недель – 7,2 [0,1; 25,3] и 0,4 [0,1; 8,9] нмоль/л. Уровень 7-ОН МТ прямо коррелировал с уровнем МТПГ 1-4, а также суммарным количеством МТПГ как в ЭР, так и в МО. Анализ парных корреляций по Пирсену показал, что: через 4, 12 и 36 недель уровень 7-ОН-МТ не коррелировал со значением DAS 28. Через 24 недели терапии уровень 7-ОН-МТ в эритроцитах обратно коррелирует с активностью заболевания по DAS28 (CRP) (p=0,043)

Известно, что 7-гидроксиметотрексат (7-ОН МТ) может снижать эффективность метотрексата (МТ), что связано с повышенной экскрецией МТ из-за снижения полиглутамации и связывания с ферментами [1]. Учитывая полученные литературы, мы ожидали отрицательной корреляции между уровнем 7-ОН МТ и МТПГ в клетках крови, однако корреляция во всех случаях была положительной.

Выводы. Полученные предварительные свидетельствуют о положительной корреляции между уровнем 7-ОН МТ и МТПГ в клетках крови. В связи с этим, концентрацию 7-ОН МТ можно применять как прогностический маркер проводимой терапии метотрексата при отсутствии возможностей в клинических центрах измерить всю линейку МТПГ в ЭР и МО. Поскольку полученные данные несколько расходятся с немногочисленными литературными источниками, необходимо проводить дальнейшее исследование этого факта.

ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Громова М.А.[1], Цурко В.В.[1,2], Кисляк О.А.[1], Киселева Е.В.[3]

[1]Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
[2]Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
[3]Институт химической физики имени Н.Н. Семенова, Москва

Введение. Подагра является метаболическим заболеванием и неразрывно связана с нарушением липидного обмена и артериальной гипертензией (АГ). Изменение жирнокислотного состава липидного матрикса клеточной мембраны с уменьшением количества незаменимых полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) может привести к увеличению микровязкости мембран, активации синтеза провоспалительных эйкозаноидов и повышенной чувствительности гладкомышечных клеток стенок артерий к воздействию вазоконстрикторов. Отсюда большой интерес к изучению спектра липидов эритроцитов у больных АГ и дислипидемией. Исследований об уровне ПНЖК в крови у больных подагрой в зависимости от наличия АГ нет.

Цель. Оценить глубину нарушений метаболических процессов у больных подагрой.

Материалы и методы. Нами обследовано 87 пациентов с хроническим подагрическим артритом (муж. 83%, средний возраст 55,4±12,3 лет). С помощью отечественного прибора АДС-5М («Анализатор двойных связей»), разработанного в ИХФ РАН им. Н.Н. Семенова, методом озонирования определяли уровень ненасыщенности липидов сыворотки, плазматических мембран клеток крови, тканей, который зависил от суммарного количества двойных связей (ДС), содержащихся в ненасыщенных жирных кислотах, входящих в состав основных фракций липидов (фосфолипиды, холестерин, неэтерифицированые жирные кислоты, триглицериды и эфиры холестерина). Статистический анализ данных проводился с использованием программы STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на 2 группы: больные подагрой с нормальным артериальным давлением (группа 1; n=38) и больные подагрой с АГ (группа 2; n=49). Артериальная гипертензия 1 степени выявлялась у 42,9%, 2 степени – у 36,9%, 3 степени – у 20,2%. Длительность АГ составила 8 [4; 11] лет, подагры – 7 [2; 10] лет. Оказалось, что пациенты 2 группы отличались более тяжелым течением подагры по сравнению с пациентами 1 группы. Методом озонирования определено нормативное значение ДС-индекса липидов сыворотки крови здоровых людей – 260+20 усл.ед. Отклонение показателя ДС от нормативного как в сторону увеличения, так и уменьшения является признаком патологии. Во всех группах ДС-индекс ниже нормативного, но в разной степени. В 1 группе ДС-индекс 229 у.е., то есть липидный обмен нарушен незначительно. Во 2 группе ДС-индекс 167 у.е., что говорит о глубоких нарушениях липидного обмена. Таким образом, ДС-индекс является дополнительным критерием лабораторной диагностики и позволяет мониторировать общее состояния больного для формирования тактики лечения.

Выводы. Наличие АГ у больных, страдающих подагрой, утяжеляет течение основного заболевания и усугубляет нарушения липидного статуса, что увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Гузёва В.М., Ярмош И.В., Болдуева С.А., Евдокимов Д.С., Голец К.О., Леонова И.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Описать и проанализировать клиническое наблюдение пациентки с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) без обструктивного поражения коронарных артерий (КА) вазоспастического генеза.

Материалы и методы. Клинический случай основан на проспективном наблюдении за пациенткой, пролеченной в кардиологическом отделении стационара г. Санкт-Петербурга в 2020 г.

Результаты и их обсуждение. Женщина Т., 49 лет, экстренно госпитализирована с жалобами на затяжной приступ интенсивных давящих болей за грудиной с иррадиацией в спину, сопровождавшийся вегетативными симптомами (резкая общая слабость, пресинкопальное состояние, тошнота, чувство озноба).

Из анамнеза жизни известно о длительном стаже курения. Анамнез сердечно-сосудистых заболеваний отрицает. Подобные жалобы беспокоят в течение шести лет. Начало заболевания совпало со значительным психоэмоциональным стрессом. Указанные приступы боли возникали в покое, на фоне эмоционального перенапряжения, купировались самостоятельно в течение десяти минут. Амбулаторно не обследовалась. Ухудшение состояния 02.11.2020 г., в 6:30 утра, через 30 минут после выпитого кофе натощак и выкуренной сигареты. В связи с чем экстренно доставлена СМП с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. При поступлении на ЭКГ регистрировалась элевация сегмента ST в отведениях V2-3 с последующей динамикой в I,aVL,V2-5. Экстренно выполнена коронарография – гемодинамически значимых стенозов не было выявлено. В лабораторных анализах наблюдались повышение Тропонина (1774 пг/мл) и NT – proBNP (1270 пг/мл), дислипидемия. По данным ЭхоКГ: акинезия срединной части МЖП и верхушки ЛЖ со снижением ФВ ЛЖ до 48%. С учетом лабораторно-инструментальных данных был диагностирован ИМ без обструкции КА. За время госпитализации в ночное время и предутренние часы беспокоили кратковременные давящие боли за грудиной с положительным эффектом от нитроглицерина. Боли в грудной клетке прекратились после отмены бета-блокаторов и назначения антагонистов кальция (АК), что наряду с элевацией ST на ЭКГ на болях при поступлении подтверждало вазоспастический генез ИМ. Однако, выявленное улучшение сократимости в динамике по данным ЭхоКГ и значимое уменьшение NT – proBNP позволило усомниться в диагнозе ИМ. Для уточнения диагноза, исключения синдрома такоцубо, больной было выполнено МРТ сердца: глобальная сократимость сохранена, постишемические рубцовые изменения в миокарде передне-перегородочной области и передней стенке (7, 8, 13,14 сегментах), а также в верхушке (17 сегмент), занимающие не более 50% толщины миокарда. По данным дополнительных методов диагностики (ВСР с пробами и ЭндоПАТ) выявлены вегетативная и эндотелиальная дисфункции. На основании проведенного обследования заключительный диагноз: ИБС. Вазоспастическая стенокардия. ПИКС (передне-перегородочно-верхушечный ИМ от 02.11.20 г. без обструкции коронарных артерий). Пациентке рекомендовалась модификация образа жизни, длительный прием АК, двойной антиагрегантной терапии, статинов, нитропрепараты – по требованию.

Выводы. Таким образом, вазоспастическая стенокардия является наиболее вероятной причиной развития ИМ у пациентки с факторами риска ИБС. Представленный клинический случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики возможных причин развития ИМ без обструкции КА. Точность постановки диагноза способствует назначению адекватной терапии, уменьшению риска возникновения новых сердечно-сосудистых событий и улучшению качества жизни пациентов.

ЧЕМ БОЛЕЮТ ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ВРОЖДЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ

Гурина Л.Н.[1], Денисик Н.И.[2]
[1]Гродненский государственный медицинский университет,
[2]Гродненская областная детская клиническая больница,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить состояние здоровья младенцев их физическое и нервно-психиче-

ское развитие на первом и втором году жизни после перенесенной врожденной пневмонии.

Материалы и методы. Изучили катамнез 46 младенцев с врожденной пневмонией. Проанализировали 46 историй развития ребенка форма №112/у. Дети не посещали детские дошкольные учреждения. На первом году жизни оценили физическое и нервно-психическое развитие, изучили структуру и динамику заболеваемости в течение 2-х лет после перенесенной врожденной пневмонии. Обработка результатов проводилась с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты исследований. Анализ ежемесячной прибавки массы тела у наблюдаемых младенцев показал, что средняя прибавка массы тела детей соответствовала возрастным нормам и к году составила M±m 10560,0г±0,989г, к двум годам – M±m 13720,0г±0,560г. Кривая динамики длины тела у детей также соответствовала возрастной норме, к году достигла M±m 76,5см±1,3см, к двум годам – M±m 84,3см±0,9см.

Как показал проведенный анализ, наиболее часто на первом году жизни дети, перенесшие врожденную пневмонию, болели острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, больше половины детей (n=28), при этом каждый второй ребенок переносил острую респираторную инфекцию более 4 раз в год. Повторно заболели пневмонией на первом году жизни 6 детей (13,0%). Неврологические расстройства диагностированы у 12 детей (26,1%), проявляющиеся синдромом двигательных нарушений. Обращала на себя внимание высокая частота аллергических реакций у обследуемых детей уже на первом году жизни в виде атопического дерматита 14 детей (30,4%), стенозирующего ларингита 7 детей (15,2%), рецидивирующего обструктивного бронхита 13 детей (28,3%). Анемия диагностирована у 12 пациентов (26,1%). У некоторых детей отмечалось сочетание болезней.

С возрастом (на втором году жизни) количество часто болеющих младенцев снизилось до 13 детей без статистически значимой разницы, по сравнению с первым годом жизни. Один ребенок на втором году жизни перенес пневмонию. Частота аллергических реакций с возрастом сохранялась на довольно высоком уровне. Признаки атопического дерматита были у 14 детей. Рецидивирующий обструктивный бронхит диагностирован у 7 пациентов. Стеноз гортани был выставлен 5 пациентам. Нервно-психическое развитие у 95% детей на втором году жизни соответствовало возрасту. Количество детей с двигательными нарушениями на втором году уменьшилось, у одного ребенка диагностирован детский церебральный паралич. Частота анемического синдрома снизилась и сохранялась в 4 случаях.

Заключение. Таким образом, дети, перенесшие врожденную пневмонию, на первом году жизни часто болеют респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, атопическим дерматитом, стенозирующим ларингитом, рецидивирующим обструктивным бронхитом, анемией, имеют двигательные нарушения. На втором году жизни сохраняется высокая заболеваемость респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, атопическим дерматитом, стенозирующим ларингитом и обструктивным бронхитом. Анемический синдром, двигательные нарушения у детей с возрастом достоверно снизились (p=0,02), также реже болели пневмонией (p=0,01). Данные исследования диктуют необходимость разработки индивидуальных программ реабилитации, профилактических мероприятий повышающих общую сопротивляемость организма ребенка к инфекции, составление рациона полноценного питания с исключением продуктов с высокой степенью аллергизации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Гусейнов Н.И.
Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Аксиальный спондилоартрит (AksSpa) занимает центральное место среди спондилоартритов и вопросы лечения еще до конца не изучены.

Цель. Изучить эффективность смазывание нафталанской нефти в комплексной физиотерапии у больных AksSpA.

Материалы и методы. Проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 104 больных AksSpA. В зависимости от проводимого метода лечения больные были разделены на 2 группы. Обе группы больные получали синусоидально-модулированный ток(СМТ), ЛФК и массаж. Больные I группы (n=54) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание нафталан с солюксом. Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП-диклофенак 150 мг/с). Влияние локальной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до и после лечения.

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

Выводы. В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием смазывания нафталана с солюксом и синусоидально-модулированных токов у больных AksSpA.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Гусейнов Н.И.[1], Гусейнова Н.Н.[2]
[1]Азербайджанский медицинский университет,
[2]Центральная больница нефтяников,
Баку, Азербайджанская Республика

Резюме. В материале изложены результаты исследования эффективности полиферментных препаратов в комплексном лечении больных остеоартрозом (ОА). Полиферментные препараты способствуют улучшению физической активности, эмоционального состояния, социального функционирования и регрессию суставного синдрома у больных ОА.

Цель исследования. Определение динамики показателей качества жизни (КЖ) больных остеоартрозом, получавших комплексную терапию, включающую прием полиферментного препарата Phlogenzym.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 больных ОА в возрасте от 36 до 65 лет (средний возраст – 54,05±4,64 года), среди которых преобладали женщины (88,1%). В 85,5% случаев больные страдали полиостеоартрозом, 14,5%-двухсторонним гонартрозом. Средняя длительность остеоартроза составила 11,5±3,5 года, гонартроза – 10,5±4,3 года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрену составил 2,0±0,5. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 4 (7%) больных с ФНС 0 степени, 36 (60%) с ФНС I степени и 20(33%) с ФНС II степени. Все больные до начала лечения отмечали наличие боли в коленных суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила 5,6±3,5. У 42 пациентов (70%) отмечались явления синовита и периартрита, у 15больных (25%) – только явления синовита и у 3 (5%) – только явления периартрита. Все больные получали комплексную терапию: включающую прием полиэнзимного препарата Phlogenzym (фирма Mucos Pharma, Германия) по 3таблетке 3раза в день, за 40 мин.до еды с 200мл водой, поливитаминыи алоэ внутримышечно. Курс лечения продолжался 2 недели.

Результаты. Через 2 недели от начала лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00001$), скованности ($p=0,00003$) и сокращение временипрохождения 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», «ролевоэмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» анкеты SF-36 ($p<0,01$); шкал «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «физическая активность» опросника NHP ($p<0,01$). Специальные опросники МСАОЗ и KOOS продемонстрировали достоверную положительную динамику показателей всех своих подшкал ($p<0,01$).

Обсуждение. Результаты проведенного исследования показывают, что двухнедельный прием больными ОА Phlogenzym по 3 таблетке 3 раза в сутки в сочетании с поливитаминами и препаратом, улучшающим 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 KOOS). Отсутствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36, NHP) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидны уменьшения болевых ощущениях у больных, получающих Phlogenzym, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

Выводы. Прием Phlogenzym по 3таблетке 3 раза в сутки способствует повышению КЖ больных ОА, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHP, МСАОЗ и KOOS.

ЛЕЧЕНИЕ ТУГОПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гусейнов Н.И.[1], Гусейнова Н.Н.[2], Сулейманова Р.Т.[2]
[1]Азербайджанский медицинский университет,
[2]Центральная больница нефтяников,
Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Лечение тугоподвижности суставов-синдром ограничения подвижности суставов (СОПС) является самым частым ревматическим проявлением при сахарном диабете (СД).

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

Материалы и методы. Обследованы 200 больных СД с СОПС (плечевые суставы). Давность заболевания СД-от 3 до 12 лет. Давность СОПС от 2-хмесяцев до 6 лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на 2 группы (основная-120 больных и контрольная-80 больных). Обе группы больные получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические препараты и внутрисуставные КС (Дипроспан-0,5ml) на пораженные суставы. Внутрисуставное введение КС проводилось 1 раз в неделю (всего 1-3 инъекции). Следует отметить, что до- и через 24 часа после внутрисуставного введения КС у всех больных определялось уровень сахара в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиферментный препарат-Wobenzym-15таб./сут. Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям, принятой в ревматологии: боль по ВАШ, амплитуды движений в суставах, эффективность лечения по оценке врача и больного, лабораторными данными (глюкоза, СОЭ, СРБ,ЦИК).

Результаты. В результате проведенной терапии в сравниваемых группах больных было обнаружено недостоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 10-больных основной групы и у 14-больных контрольной группы не было отмечено существенного клинико-лабораторные улучшения. У этих больных была обнаружена инсулинозависимая форма СД и срок давности поражениясуставов состовлял более 4 лет, а клинические симптомы СОПС соответствовали III-стадии болезни. Необходимо отметить, что повышение уровня сахара в крови было отмечено у 2-х больных основной группы и у 18 больных в контрольной группе. Побочные эффекты проводимой терапии у 1-ой группы больных отмечены не были. В то же время, в контрольной группе у 14 больных были отмечены тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия.

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

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИГЕНА ВИРУСА ГЕПАТИТА Е МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА

Давыдов В.В.[1], Жаворонок С.В.[1], Семижон П.А.[2]
[1]Белорусский государственный
медицинский университет,
[2]Республиканский научно-практический центр
эпидемиологии и микробиологии,
Минск, Республика Беларусь

В доступной литературе имеются единичные сведения об использовании выявления антигена ВГЕ (Аг-ВГЕ) как дополнительного раннего диагностического маркера. Аг-ВГЕ представляет собой вирусный капсидный белок, обнаруживаемый в острой фазе инфекции в течение 3-4 недель после заражения, которых может оказаться незаменимым для проведения широких скрининговых исследований для выявления патогена у доноров крови, беременных, а также в ветеринарной практике.

Цель. Разработка метода выявления антигена ВГЕ методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа.

Материалы и методы. Для получения гипериммунных сывороток осуществляли иммунизацию самок беспородных мышей (n=5) с помощью рекомбинантных белков ОРС2 и ОРС3 ВГЕ, предоставленных ФГБНУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова». Антиген вводили с использованием адъюванта Фрейнда в качестве стимулятора иммунного ответа. Для индукции образования иммуноасцитической жидкости (ИАЖ) вводили клетки мышиной асцитной карциномы Эрлиха.

Металлохелатную аффинную хроматографию (МХАХ) проводили с использованием матрицы Chelating Sepharose Fast Flow (GE Healthcare) с иммобилизованными катионами Ni^{2+}. Доочистку иммуноглобулиновой фракции проводили с помощью колонки Superdex 200 10/300 GL (GE Healthcare) на автоматическом жидкостном хроматографе ÄKTA Explorer 10S (GE Healthcare). Для анализа, полученных иммуноглобулинов G, проводили электрофорез в полиакриламидном геле по методу Laemmli. Электрофорез проводили с концентрацией разделяющего геля 15 %, фокусирующего – 6%, при напряжении 80

V и силе тока 150 – 200 мА в течение 5-6 часов. После окончания электрофореза гель окрашивали раствором Кумасси R-250.

Конъюгирование полученных иммуноглобулинов G, содержащих поликлональные антитела к ORF2 и ORF3, с пероксидазой хрена проводили периодатным способом по методике, описанной Hermanson.

РНК ВГЕ определяли при помощи метода гнездовой ПЦР с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) с вырожденными праймерами, ориентированными на участок ОРС2 генома ВГЕ с 5905нт по 6635 нт.

Результаты и их обсуждение. При постановке ИФА с использованием иммобилизированных на твердой фазе антител к ВГА с сывороткой крови и экстрактами фекалий свиней, кроликов, оленей и пациентов положительными на РНК ВГЕ в 95% образцов обнаружен Аг-ВГЕ. Кроме того, Аг-ВГЕ обнаружен в 4 из 20 (25%) пробах отрицательных в ПЦР на РНК ВГЕ. Возможным объяснением этого может служить независимое друг от друга нахождение РНК и антигена вируса в фекалиях. Различия в результатах, полученных данными методами, продемонстрированы также в работе Gupta с сотрудниками, исследование которых показало умеренную степень соответствия результатов ПЦР с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) и ИФА на антиген ВГЕ (k=0,635, p<0,001).

Выводы. Получены специфические компоненты для создания иммуноферментной тест-системы для выявления антигена ВГЕ.

Изготовлен опытный образец полистирольного планшета с сорбированными антителами к ВГЕ, определены оптимальные условия постановки твердофазного ИФА для обнаружения специфического антигена.

Разработан лабораторный образец тест-системы для выявления антигена ВГЕ методом иммуноферментного анализа.

ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МЕМБРАНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

Давыдов Д.А.[1], Ефимова А.И.[1], Марченко В.Н.[1], Катюхин Л.Н.[2]
[1]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
[2]Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявление изменений деформационных свойств мембраны эритроцитов у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

Материалы и методы. Исследовался 31 пациент, проходивший реабилитацию после перенесенной инфекции COVID-19. У 23 человек заболевание было установлено на основании положительного результата теста ПЦР на РНК вируса SARS-CoV-2 в мазках из глотки и носа, у 8 – на основании выявления рентгенологического паттерна с высокой вероятностью инфекции COVID-19 при КТ легких. Всего по результатам КТ наличие пневмонии установлено у 29 пациентов. Период между перенесенной инфекцией COVID-19 и проведением исследования составлял от 23 до 202 дней (в среднем 146±15 дней). Оценка деформационных свойств мембраны эритроцитов проводилась методом градиентной осмотической эктацитометрии. Контрольную группу составили данные осмограмм 10 условно здоровых лиц.

Результаты и обсуждение. Исследовались 12 мужчин (38,7%) и 19 женщин (61,3%). Средний возраст составил 55,1±4,2 лет (n=31), и значимо не различался между мужчинами и женщинами. Среди показателей осмограммы у мужчин наблюдалась меньшая величина индексов деформируемости в сравнении с женщинами: I_{min} (145,5±26,7 и 195,9±23,4; p=0,009), $O_{изот}$ при 1 Па (157,5±10,8 и 173,1±12,2; p=0,032), $O_{изот}$ при 2 Па (321,3±18,9 и 344,6±12,9; p=0,044), $I_{\tau=2}$ (117,9±18,7 и 172,4±26,7; p=0,004), O_{min} при 2 Па (138,3±5,2 и 146,8±6,4; p=0,048). Также у пациентов мужского пола в сравнении с женщинами на момент прохождения реабилитации были выявлены достоверно более высокий уровень ферритина (134,6±57,2 нг/мл против 70,2±40,7 г/л; p=0,012) и более низкий уровень ЛПВП (1,3±0,2 ммоль/л против 1,6±0,1 г/л; p=0,006).

При сравнении параметров осмограммы пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, и условно здоровых лиц были выявлены значимые различия в индексах I_{min} (176,4±19,9 и 127,2±59,6, соответственно; p=0,006) и $I_{\tau=2}$ (151,3±20,0 и 107,0±24,2, соответственно; p=0,028).

Не выявлено статистически значимых различий в профиле деформируемости эритроцитов у пациентов с различным объемом поражения легочной ткани, определяемым по результатам КТ.

Корреляционный анализ показателей крови перенесших COVID-19 пациентов продемонстрировал положительную корреляцию уровня ЛПВП с индексами I_{min} (r=0,36; p=0,046), $O_{гипер}$ (r=0,36; p=0,047), ΔO (r=0,40; p=0,028). Увеличение уровней общего холестерина (ОХ) и ЛПНП сопровождалось увеличением $I_{\tau=1}$ (r=0,48, p=0,006 и r=0,41, p=0,022, соответственно) и уменьшением $O_{изот}$ при 2 Па (r=-0,52, p=0,013 и r=0,42, p=0,018, соответственно) и O_{min} при 2 Па (r=-0,40, p=0,025 и r=0,38, p=0,034, соответственно). При увеличении СОЭ наблюдалось значимое увеличение I_{min} (r=0,40; p=0,030) и $I_{\tau=2}$ (r=0,38; p=0,038).

Выводы. Обнаружено уменьшение целостности (I_{min}) эритроцитарной мембраны у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, в сравнении с контрольной группой, что ассоциировано с женским полом, увеличением СОЭ и концентрации ЛПВП. Применение метода малосдвиговых усилий позволило обнаружить изменение микровязкости мембраны эритроцитов у данных пациентов, что ассоциировано с увеличением уровней ОХ и ЛПНП. Объем поражения легочной ткани при ассоциированной с SARS-CoV-2 пневмонии, по-видимому, не влияет на деформационные свойства эритроцитов и, как следствие, на величину потенциальных расстройств микроциркуляции. Требуется дальнейшее изучение ассоциации между перенесенной инфекции COVID-19 и нарушениями деформационных свойств эритроцитов.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЛЛАГЕНОЛИЗА В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА БАКТЕРИАЛЬНО-ИММУННОГО ГЕНЕЗА

Демкович А.Е.
Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского,
г. Тернополь, Украина

Цель исследования. Определение роли коллагенолиза в патогенезе экспериментального пародонтита бактериально-иммунного генеза. Соединительная ткань играет важную роль в определении функционального состояния пародонта. Межклеточный матрикс соединительной ткани состоит из трех важнейших компонентов – основного вещества или гелеобразующей среды, коллагеновых, ратикулярних и эластичных волокон, что обеспечивает быструю диффузию веществ и конструктивных материалов между кровью и клетками соединительной ткани. Такие ее компоненты, как коллагеновые волокна и основное вещество – протеогликаны и гликопротеиды – характеризуются высокой чувствительностью к воздействию эндо- и экзогенных патогенных факторов.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на белых беспородных крысах-самцах, которые были распределены на группы: 1 – интактные крысы, n=10; 2 – крысы с пародонтитом (7-е сутки), n=8; 3 – крысы с пародонтитом (30-е сутки), n=8. Эксперименты проводились с соблюдением общих правил и положений Европейской Конвенции по защите позвоночных животных. В ходе эксперимента у животных был взят фрагмент нижней челюсти, от которого были аккуратно отделены мягкие ткани и кость. Для оценки состояния биополимеров соединительнотканных структур пародонта определяли содержание безколлагеновых оксипролиновых мономеров в однородности мягких тканей и кости. Концентрацию определяли по калибровочному графику и выражали в мкмоль/г.

Результаты и обсуждение. У крыс в период острой фазы воспалительного процесса на 7-е сутки исследования выявлено незначительное повышение в крови (на 19,1%; $p<0,05$) содержания свободного оксипролина в костном гомогенате, относительно интактной группы. Содержание маркера костной резорбции у животных с экспериментальным пародонтитом бактериально-иммунного генеза на 30-е сутки исследования увеличился по сравнению с показателями на 7-е сутки (на 49,1%; $p<0,01$). Если сравнивать данный показатель с показателями контрольной группы, то его уровень остался на достаточно высоком уровне, то есть был увеличенным (на 77,7%; $p<0,01$). При исследовании маркера коллагенолиза по содержанию свободного оксипролина в гомогенате мягких тканей пародонта было выявлено, что относительное содержание его был выше на 23,7% ($p<0,01$) по сравнению с контрольной группой животных. На 30-е сутки развития экспериментального пародонтита было выявлено повышение свободного оксипролина в гомогенате мягких тканей относительно седьмого дня эксперимента – увеличение на 50,0% ($p<0,01$). Следует также отметить, что содержание его оказался значительно выше относительно контрольной группы животных (на 82,4%; $p<0,01$).

Выводы. Течение воспалительного процесса в пародонте приводит к дезорганизации соединительной ткани пародонта, и сопровождается коллагенолизом в его костной и мягких тканях с резорбцией альвеолярных отростков челюстей.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ АДАПТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Денисова Е.М., Игнатенко Г.А., Сергиенко Н.В.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Пациенты с сахарным диабетом (СД) II типа, независимо от других факторов риска, имеют более высокий темп возникновения и прогрессирования атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Кардио-васкулярная коморбидность у паци-

ентов с СД связана с определенными патофизиологическими механизмами гиперлипидемии, в том числе непосредственное влияние повышенного уровня гликемии, эндотелиальной дисфункцией, связанной с антиоксидантным стрессом и активацией атеровоспалительных цитиокинов.

Адаптогенное действие интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) широко используется в медицине. Гипоксические тренировки улучшают состояние функциональных систем, что принимает особое значение при лечении пациентов с эндокринной патологией.

Материалы и методы. В нашем исследовании интервальная гипоксическая тренировка применялась у пациентов с СД II типа и коморбидной кардиальной патологией. Объектом исследования стали 80 пациентов с ССЗ и СД II типа. Возраст пациентов – от 45 до 68 лет. Все пациенты были разделены на две группы. В первую вошли 48 пациентов с АГ и СД II типа, вторую составили 32 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД II типа. В каждой группе выделяли две подгруппы: в подгруппе А пациенты получали традиционную медикаментозную терапию в сочетании с ИНГТ (10-ти дневные сеансы ежеквартально на протяжении полугода с использованием гипокси-гипероксикатора «Тибет-4», «Newlife», Россия), в подгруппе В – только традиционное медикаментозное лечение. В подгруппах А экспозицию гипоксического воздействия устанавливалась с учетом индивидуальных компенсаторно-приспособительных возможностей. Стандартная медикаментозная терапия в первой группе включала антагонисты кальция, ингибиторы АПФ/сартаны, диуретики, статины, дезагреганты, бета-блокаторы, бигуаниды, меглитиниды, глитазоны, препараты сульфанилмочевины или их комбинации. Во второй группе также применяли нитраты и ингибировании I_f-каналов.

В группах исследования оценивали показатели углеводного и липидного обмена, содержание эндотелина-1, тромбоксана - А2, оксида азота, а также определяли суточный профиль АД, наличие ишемических событий и нарушений сердечного ритма по данным Холтеровского мониторирования АД и ЭКГ, изучали показатели центральной гемодинамики посредством доплероэхокардиографии.

Результаты. В исследовании установлено, что курсовое лечение с использованием ИНГТ в IA группе способствовало более выраженному снижению среднесуточных и среднедневных показателей систолического, диастолического давления по данным суточного мониторирования АД, в сравнении с подгруппой IB. В подгруппе IIA был отмечен более выраженный антиангинальный и антиишемический эффект, повышение толерантности к физическим нагрузкам. Под влиянием прерывистой нормобарической гипокситерапии у обследованных пациентов подгрупп А обеих групп отмечена компенсация нормализация липидного профиля крови, а также снижение активации окислительных процессов. Показатель компенсации углеводного обмена у пациентов А подгрупп достоверно превосходил аналогичный пациентов В подгрупп. В подгруппах ИНГТ установлено значимое улучшение качества жизни пациентов.

Таким образом, нормобарическая гипокситерапия успешно сочетается с традиционными методами медикаментозного лечения. ИНГТ является перспективным немедикаментозным подходом для повышения эффективности традиционного лечения СД с коморбидными ССЗ.

ПОРАЖЕНИЕ МЫШЦ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИ/ДЕРМАТОМИОЗИТОМ

Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

По данным литературы, сочетание системной склеродермии и поли/дерматомиозита (ССД-ПМ/ДМ) встречается от 10 до 37% случаев и представляет большие дифференциально-диагностические сложности. Поражение мышц при ССД-ПМ/ДМ представлено истинным миозитом с первичными воспалительными и некротическими изменениями в мышечных волокнах – по типу ПМ/ДМ.

Цель исследования. Оценить поражение мышц у пациентов ССД-ПМ/ДМ.

Материалы и методы. 68 пациентам ССД-ПМ/ДМ было проведено стандартное клиническое обследование и мануальное мышечное тестирование (ММТ-8). Из 8 тестируемых групп мышц – 7 – парных и 1 – непарная, максимальное число баллов (норма) – 150. Градация мышечной слабости: ≤75 баллов – тяжелые инвалидизирующие функциональные нарушения (выраженная мышечная слабость, полная обездвиженность); 76-115 баллов – умеренные функциональные нарушения; более 116 баллов – минимальные функциональные нарушения.

Результаты. Поражение мышц по типу истинного ПМ было отмечено у всех больных, наблюдались миалгии, мышечная слабость проксимальных групп мышц верхних и нижних конечностей. Превалировали пациенты с умеренной степенью выраженности мышечной слабости (ММТ-8 76-115 баллов) – 41% и с тяжелыми инвалидизирующими функциональными нарушениями (ММТ-8 ≤75 баллов) 37%, из них

трое пациентов (4%) были полностью обездвижены и неспособны были встать без помощи окружающих. Следует отметить, что проявления ПМ в некоторых случаях (18%) выявлялись не на основании жалоб пациента на мышечную слабость, а при физикальном и/или лабораторном обследовании (ММТ-8 более 116 баллов). Поражение глоточных мышц с развитием дисфагии (поперхивание при глотании, затруднение глотания твердой и жидкой пищи, выливание жидкой пищи через нос) наблюдалось у 43%. Поражение мышц гортани дисфония в виде появления носового оттенка голоса, охриплости голоса – у 19%. Кальциноз мягких тканей выявлен у 32%, с преимущественной локализацией в области ногтевых фаланг, метакарпофаланговых суставов, однако образование кальцинатов в области мягких тканей плечевого и тазового поясов, крупных суставов, характерных для ПМ/ДМ, наблюдалось лишь у 6%. Выявлена корреляционная связь между продолжительностью заболевания и развитием кальциноза ($p<0,05$). У всех пациентов имелось повышение креатинфосфокиназы (от 430 до 5654 Ед/л), у 61% – аспартат трансферазы (до 149 Ед/л), у 62,5% – аланиновые трансферазы (до 278 Ед/л). При корреляционном анализе отмечалась связь между повышенными титрами КФК и выраженностью мышечной слабости ($p<0,04$).

Выводы. Миастенический синдром при ССД-ПМ/ДМ имеет отчетливую клиническую симптоматику, причем основным симптомом поражения является резкая мышечная слабость с нарушениями движения, свойственными ПМ/ДМ. Однако подобные нарушения не приводят к полной обездвиженности, как при ДМ, и сочетаются с другими проявлениями ССД.

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИ/ДЕРМАТОМИОЗИТОМ

Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Хелковская-Сергеева А.Н., Ананьева Л.П.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Электромиографическая диагностика полимиозита/дерматомиозита (ПМ/ДМ) базируется, главным образом, на результатах изучения потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) и наличия активности мышечных волокон (положительные острые волны (ПОВ), потенциалы фибрилляций (ПФ)). Выявление спонтанной активности (СА) мышечных волокон является обязательным критерием диагностики ПМ/ДМ, наряду с изменением параметров ПДЕ: значительным уменьшением их длительности, амплитуды и высоким процентом полифазных ПДЕ.

Цель исследования. Изучить электромиографические нарушения у пациентов системной склеродермии в сочетании с поли/дерматомиозитом (ССД-ПМ/ДМ).

Материалы и методы. 68 пациентам ССД-ПМ/ДМ было проведено стандартное клиническое обследование и электромиографическое исследование, с использованием игольчатых электродов (и-ЭМГ) с целью подтверждения первично-мышечного поражения и активности процесса. В проксимальной группе мышц верхних и нижних конечностей, преимущественно в m.deltoideus и m.vastus lateralis учитывались показатели длительности и амплитуды ПДЕ, количество полифазных потенциалов, наличие СА в расслабленной мышце (покое).

Результаты. У всех больных ССД-ПМ/ДМ отмечалось снижение средней длительности ПДЕ и у 59% – снижение средней амплитуды ПДЕ. У всех пациентов имелась СА (ПФ -94%, ПОВ -93%); полифазия – у 93% пациентов, что подтвердило наличие у пациентов ССД-ПМ/ДМ первично-мышечного воспалительного процесса. Выявлена корреляция с основными лабораторными и иммунологическими признаками активности заболевания: между показателями СОЭ и спонтанной активностью ($p<0,02$), титрами КФК и полифазией ($p<0,01$), наличием а-Pm-Scl и снижением ПДЕ ($p<0,03$).

Вывод. Таким образом, анализ и-ЭМГ изменений, наряду с клиническими проявлениями, подтвердил наличие у пациентов ССД-ПМ/ДМ первично-мышечного воспалительного процесса и определил тактику лечения данной категории больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА РИТУКСИМАБА ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕГЕНЕРА

Джуманиёзов Д.И., Бердиева Д.У., Арипова Н.А., Набиев Ж.М.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучение эффективности препарата нового поколения Ритуксимаба по сравнению с стандартной терапией (циклофосфид с преднизолоном) при болезни Вегенера.

Материалы и методы. В исследование включали пациентов с АНЦА-ассоциированным васкули-

том, диагноз которого был установлен в соответствии с критериями, принятыми на конференции в Чапел-Хилл (2012 г.), и критериями Американской коллегии ревматологов. Все пациенты получали терапию ритуксимабом. Активность заболевания установлен по симптомам, заключению МСКТ придаточных пазух носа (ППН) и анализа антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) крови. Для исследования были подобраны 49 пациентов в разных стадиях заболевания, в возрасте от 24 до 73 (средний возраст больных 55). Период наблюдения составил 6 месяцев. Контроль за эффективностью лечения велось периодических (каждые 2 месяца) с помощью анализов АНЦА и динамического наблюдения за симптомами. Для более детального статистического анализа результатов исследования пациенты были разделены на 2 группы. В I группу входили 21 пациентов, получившие стандартную терапию. II группа включила 28 пациентов, которые получили препарат ритуксимаб в качестве препарата первой линии и в качестве препарата, поддерживающей терапии.

Результаты. По окончанию периода терапии у 45 пациентов (92%) были отмечены положительные изменения: отсутствие резких изменений АНЦА и утихание симптомов БВ. У I группы у 18 пациентов из 21 (85,7%) анализы АНЦА нормализовались спустя 4 месяца. У II группы анализы АНЦА нормализовались у 26 из 28 пациентов (92,8%) в течению 2 месяцев. У 5 пациентов изменений в динамике не наблюдалось по причине не соблюдения рекомендаций врача и не получения препаратов своевременно.

Заключение. Исходя их данных показателей препарат ритуксимаб можно зарекомендовать как в качестве препарата первой линии, так и в качестве препарата поддерживающей линии при болезни Вегенера.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

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

Цель и задачи. Изучить особенности течения ревматоидного артрита у больных, перенесших COVID-19.

Материал и методы исследований. Обследовано 32 пациента с достоверным диагнозом РА, находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Среди больных РА было 28 женщин (87,5%) и 4 мужчин (12,5%), средний возраст больных (M±m) составил 51,16±9,35 года, средняя длительность РА – 15±9,26. Активность заболевания определялась с помощью индексов DAS28. По заболеваемостью COVID-19 пациенты были разделены на 2 группы: I группа – больные РА, перенесшие COVID-19, II группа – больные РА, не перенесшие данное заболевание. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, объективное исследование, рентгенологическое исследование суставов, определение ревматоидного фактора (РФ) крови.

Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что после перенесенного COVID-19 у 68,1% больных РА отмечалось обострение патологического процесса. Продолжительность утренней скованности у больных РА I группы составила 180,0±1,6 минут, в то же время во II группе – 156±1,5 минут. В зависимости от наличия РФ в сыворотке крови у 59 % обследованных больных I группы был серопозитивный (среднее значение РФ – 19,2±1,4) и у 36% – серонегативный РА (во II группе эти показатели составили 70% и 30% соответственно). Активность РА согласно индексу DAS28 у пациентов I группы была 5,13±0,6 баллов, что соответствовало III степени, во II группе DAS28 составила 5,0±0,8 баллов, то есть имела место II степень активности. СОЭ – 28,6±0,9 мм/час по сравнению с показателями во II группе: СОЭ – 20,5±1,2 мм/час. Сравнительный анализ уровня СРБ показал более высокие значения у больных I группы (35,1±1,3) по сравнению со II группой (СРБ-28,6±0,9). У 73% пациентов РА I группы кроме суставных проявлений также отмечалось поражение внутренних органов (кардит, нефрит).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у пациентов РА, перенесших COVID-19, часто отмечалось прогрессирование заболевания и высокая степень активности процесса, что подтверждалось повышением показателей острофазных проб, а также присоединялось системное поражение внутренних органов.

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВОВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К., Арипова Н.А., Бердиева Д.У.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Вирус гепатита С не только является основным этиологическим фактором хрони-

ческих вирусных заболеваний печени, но и сопровождается развитием внепеченочных поражений, которые возникают примерно у половины больных ХВГС. Одним из наиболее часто встречающихся проявлений ХВГС является суставная патология.

Цель. Изучить особенности суставного синдрома у больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС).

Материалы и методы. Обследовано 68 больных ХВГС в возрасте до 60 лет. Соотношение мужчин и женщин 2:1 соответственно. Средний возраст больных составил 35,01±10,40 лет. Длительность заболевания гепатитом – 3,86±2,1 лет. Наличие суставного синдрома наблюдалось у 14 (20,58%) больных с ХВГС. Всем больным было проведено клиническое, лабораторное обследование, рентгенография и ультразвуковое исследование (УЗИ) пораженных суставов. 2 (2,94%) больных в момент обследования получали противовирусную терапию (рибавирин, альтевир).

Результаты и обсуждения. Чаще всего обследуемые больные предъявляли жалобы на боли в коленных суставах – 40% случаев, голеностопных суставах – 10% случаев, мелких суставах кистей – 5% случаев, реже в локтевых, лучезапястных, плечевых, тазобедренных суставах и мелких суставах стоп – у 45% больных. По данным объективного осмотра припухлость суставов отмечалась у 40% больных, ограничение объема движений – у 45% больных, чаще в коленных суставах. У 45% случаев суставной синдром протекал по типу полиартрита, у 55% случаев – по типу олигоартрита, преимущественно с поражением коленных суставов.

Выводы. Чаще всего при ХВГС суставной синдром протекал по типу олигоартрита коленных суставов. Основной жалобой, предъявляемой больными с суставным синдромом на фоне ХВГС, была болезненность в пораженных суставах и только менее чем в 50% случаев – припухлость и ограничение объема движений в пораженных суставах.

ПРЕДИКТОРЫ ПАДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Добровольская О.В., Никитинская О.А., Феклистов А.Ю.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить предикторы падений у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В 3-летнее проспективное наблюдение включены 122 женщины с РА (средний возраст 60 [55; 67] лет), которые были опрошены по унифицированному опроснику, повторные опросы проводились через 12, 24 и 36 месяцев. Всем пациенткам проведено клинико-лабораторное обследование с оценкой активности РА, физической работоспособности (краткий комплекс тестов оценки физической формы – The Short Physical Performance Battery, SPPB) и мышечной силы с использованием кистевой динамометрии. Для определения предикторов падений проведен логистический регрессионный анализ. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Все участники подписали информированное согласие.

Результаты. В течение 3-летнего наблюдения падения случились у 73 (60%) пациенток, при этом 31 (25%) человек падали чаще 1 раза. 12 (10%) больных перенесли в общей сложности 15 переломов, при этом 13 (87%) из них вследствие падений с высоты собственного роста. Женщины, у которых случились падения, по сравнению с не падавшими больными, были старше (61,0 [57,0; 64,0] и 58,0 [52,0; 63,0], соответственно, $p=0,0079$), имели меньший ИМТ (24,8 [22,5; 28,3] и 27,6 [24,3; 30,4], соответственно, $p=0,028$), среди них было больше курильщиков (14 (19%) и 3 (6%), соответственно, $p=0,076$) и лиц, имевших падения в течение предшествовавшего опросу года (42 (58%) и 1(2%), соответственно, $p<0,0001$). Однофакторный регрессионный анализ показал, что на возникновение падений у женщин с РА влияли возраст ($p=0,0041$), курение ($p=0,032$), падения в анамнезе ($p=0,032$), а также наличие асептических некрозов крупных суставов нижних конечностей ($p=0,046$). Индекс массы тела, длительность РА, прием глюкокортикоидов, активность заболевания, физическая работоспособность и сила сжатия кисти не были связаны с риском падений ($p>0,05$). В результате проведенного многофакторного регрессионного анализа установлено, что значимое совокупное влияние на риск падений оказывали возраст пациентов (ОШ 1,07; 95%ДИ: 1,00-1,13, $p<0,05$) и предшествовавшие падения (ОШ 103,7; 95%ДИ: 9,06-1186,45, $p<0,05$).

Среди пациенток, перенесших 2 и более падения за время наблюдения, было значимо больше лиц, уже имевших эпизоды падений в год, предшествовавший включению в исследование (69% и 46%, соответственно, $p<0,00001$) и больных с асептическими некрозами крупных суставов нижних конечностей (26% и 6%, соответственно, $p=0,024$).

Выводы. Большинство низкоэнергетических переломов у больных РА связаны с падениями, в качестве предикторов которых следует рассматривать возраст и предшествовавшие падения.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И АМИОДАРОН-АССОЦИИРОВАННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Дорохина А.В.[1], Чернавский С.В.[1,2], Стремоухов А.А.[2]
[1]Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко,
[2]Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Цель исследования. Оценить состояние внутрисердечной гемодинамики у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и ААТ.

Материалы и методы. Проведено исследование состояния внутрисердечной гемодинамики у 26 больных ИБС с ПИКС в период развития ААТ, достижения эутиреоидного состояния и завершения лечения. Диагноз ИБС и ААТ устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, характерной клинической картины, лабораторных и инструментальных методов обследования.

Результаты и обсуждение. В группе обследованных к периоду достижения эутиреоза отмечалось увеличение на 3,3% значений конечного диастолического объемалевого желудочка, а к окончанию периода наблюдения – снижение на 4,1% от исходных данных. При этом показатель конечного систолического объемалевого желудочка прогрессивно увеличился на 6,1%. Значения фракции выброса также при достижении нормальных показателей основного обмена увеличилось на 10,1%. В дальнейшем отмечалось существенное снижение насосной функции сердца на 14,2% от первоначальных значений.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о выраженных нарушениях внутрисердечной гемодинамики у больных с постинфарктным кардиосклерозом на фоне развития амиодарон-ассоциированного тиреотоксикоза, что необходимо учитывать при назначении лечения.

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

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

Цель. Изучить особенности психологического статуса пациентов с ожирением.

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

Результаты и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков депрессии, ситуативной и личностной тревожности различной степени выраженности у пациентов с ожирением и нарушением пищевого поведения (соответственно у 77,6%, 97,2% и 73,7%). Признаки депрессии отсутствовали у 22,3% обследованных. Доля маскированной депрессии составила 27,9%, легкой – 36,9%. У 12,8% больных зарегистрированы признаки, характерные для выраженной депрессии. Средний и высокий уровень тревожности по шкале Спилбергера-Ханина имели соответственно 69,8% и 27,4% пациентов. Анализ данных ситуативной реакции индивида или личностного состояния психологического статуса показал, что удельный вес лиц со средним уровнем тревожности составил 62%, с высоким – 11,7%. Низкий уровень показателей по шкалам тревожности имели соответственно лишь 2,8% и 26,3% больных. Состояние алекситимии наблюдалось у 8,2%, у 10,1% выявлена тенденция к данному состоянию, коррелирующая с длительностью заболевания и степенью ожирения (P=0,045). Обращает на себя внимание низкий уровень гармоничного объективного восприятия болезни – 33,0%, коррелировавший со степенью ожирения (P=0,004). Однако,

ни у одного из больных не выявлено анозогностического, эргопатического или паранойяльного типа. Кроме вышеперечисленных для оценки благополучия в супружеских отношениях больным предлагался тест-опросник удовлетворенности браком. По тест-опроснику удовлетворенности браком у 46,8% отмечены признаки неудовлетворенности браком, среди которых у 9,2% выявлена абсолютно неблагополучная ситуация. Для 28,4% и 9,2% больных были характерны соответственно неблагополучные и скорее неблагополучные семейные отношения. В группы пациентов, имеющих абсолютно благополучные, благополучные и скорее благополучные отношения отнесли соответственно 43,1% опрошенных.

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

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дробышева Е.С., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Резова Н.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель. Провести сравнительную оценку качества жизни пациентов страдающих бронхиальной астмой (БА)в сочетании с метаболическим синдромом и не имеющих метаболических факторов риска.

Материалы и методы. В исследование включено 95 человек с диагнозом персистирующая бронхиальная астма, средней степени тяжести, смешанного генеза, частично контролируемая. Из 95 человек, 26 мужчин (27,4%) и 69 женщин (72,6%), средний возраст составил 49,13±0,63 лет. Диагноз БА был выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективного статуса, данных спирометрии в соответствии с GINA, пересмотр 2020. Все пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – больные БА без метаболического синдрома (МС) – 35 человек, из них 11 мужчин (31,4%) и 24 женщины (68,6%), средний возраст – 49,81±0,77 лет, вторая группа – больные БА с МС – 60 человек, из них 15 мужчин (25,0%) и 45 женщин (75,0%), средний возраст – 49,82±0,77 лет. Диагностика метаболического синдрома проводилась в соответствии с критериями диагностики, Международной ассоциации по изучению ожирения 2009 год. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника The Short Form-36 (SF-36) с количественной оценкой 8 параметров: физическая активность – ФА, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности – РФ, боль – Б, общее восприятие здоровья – ОЗ, жизнеспособность – ЖС, социальная активность – СА, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – РЭ, психическое здоровье – ПЗ.

Статистический анализ полученных данных выполнен на персональном компьютере с использованием программы Statgraphics Plus 5.1.

Результаты и их обсуждение. У больных БА с МС достоверно ниже были показатели как физического, так и психологического компонентов качества жизни по сравнению с больными БА без МС: физическая активность (ФА) – 59,67±1,61 и 75,74±1,77 баллов соответственно (F=41,08; p=0,0000), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ) – 43,50±1,59 и 56,54±1,98 баллов соответственно (F=25,70; p=0,0000), боль (Б) – 47,97±1,53 и 63,66±1,86 баллов соответственно (F=40,98; p=0,0000), общее восприятие здоровья (ОЗ) – 45,35±1,41 и 58,28±1,99 баллов соответственно (F=29,45; p=0,0000), жизнеспособность (ЖС) – 51,80±1,64 и 67,48±2,05 баллов соответственно (F=34,78; p=0,0000), социальная активность (СА) – 50,08±1,28 и 65,69±2,21 баллов соответственно (F=43,22; p=0,0000), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ) – 53,02±1,35 и 60,80±2,17 баллов соответственно (F=10,38; p=0,0018), психическое здоровье (ПЗ) – 63,70±1,47 и 73,29±2,01 баллов соответственно (F=15,23; p=0,0002).

Выводы. Исследование показателей качества жизни больных БА с МС с использованием опросника SF-36 показало достоверное отрицательное влияние компонентов МС у данной категории пациентов. Выявлено существенное ограничение физического функционирования больных БА с МС, что выражается в снижении физической активности (ФА – 59,67±1,61 баллов) и усилении роли физических проблем (РФ – 43,50±1,59 баллов). Повышенная роль эмоциональ-

ных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ – 53,02±1,35 баллов), выявленная у пациентов, предполагает наличие хронического стресса.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Оценить распространенность и клинико-функциональные характеристики хронического болевого синдрома у пациентов молодого возраста.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 95 студентов 1-го курса лечебного факультета медицинского университета в возрасте от 18 до 30 лет. Для определения наличия хронической боли (ХБ) всем участникам с помощью анкетирования был задан вопрос: «Отмечаете ли Вы боль, беспокоющую Вас 3 месяца и более?», что соответствует определению ХБ экспертами Международной ассоциации по изучению боли (IASP). В случае утвердительного ответа участники исследования заполняли валидизированный краткий опросник боли (BPI-SF), влияние боли на повседневную деятельность и работу оценивалось по опроснику качества жизни SF-36, психоэмоциональное состояние – с помощью валидизированного опросника DASS21. Опрос проводился не позднее чем за 2 недели до начала экзаменов или не ранее чем через 2 недели после успешного окончания сессии.

Результаты и обсуждение. По литературным данным (Mallen C. et al., 2005, Kennedy J. et al., 2014) ХБ встречается у 7-14% молодых лиц, чаще у женщин, и ассоциирована с повышенным уровнем тревожных и депрессивных расстройств. Нами было обработано 95 анкет. Среди опрошенных преобладали женщины – 68 (72%). Средний возраст 18,4±1,7 года. Наличие ХБ было определено у 10 (11%) опрошенных, из них женщин – 9 (13%), мужчин – 1 (4%). При этом у 7 (70%) ХБ препятствовала их обычной активности – учебе и выполнению работы вне дома и по дому. Также 3 (3%) участников отметили наличие ХБ в прошлом. По частоте локализации ХБ распределилась следующим образом: голова – 3 (30%) человека, грудной отдел спины – 3 (30%), нижняя часть спины – 6 (60%), колени – 2 (20%), голень – 1 (10%), стопа – 1 (10%). Количество болевых участков у одного человека варьировало от 1 до 3. Самыми частыми причинами ХБ были неспецифическая боль в нижней части спины, торакалгия, головная боль напряжения. Также обследуемым установлены такие диагнозы как болезнь Шейермана-Мау, болезнь Гоффа, остеоартрит коленных суставов, склерозирующий остеомиелит Гарре после оперативного лечения. Все студенты обращались за врачебной помощью по поводу ХБ. Длительность ХБ варьировала от 3 месяцев до 8 лет, средняя длительность составила 3±2,4 года. Максимальная интенсивность ХБ за последний месяц варьировала от 3 до 8 баллов по визуальной аналоговой шкале боли. Средняя интенсивность боли составила: 3 балла у 4 (40%) человек, 4 балла у 3 (30%), 5 баллов у 3 (30%). Нейропатического компонента боли у участников исследования выявлено не было. Повышенный уровень как минимум одного из трех определяемых по опроснику DASS21 факторов – тревоги, депрессии и стресса – выявлен у 51% опрошенных. Большинство учащихся отличались повышенным уровнем тревожности (42%), который достоверно чаще встречался при наличии ХБ, чем при ее отсутствии (у 90% и у 35% соответственно).

Выводы. ХБ выявлена у 11% молодых пациентов, ее средняя длительность составила 3±2,4 года. У 30% лиц ХБ имела среднюю интенсивность 5 баллов по ВАШ. Хронический болевой синдром у обследуемых сопровождался повышенной тревожностью. Полученные в результате исследования данные могут служить основой оптимизации условий учебной деятельности и сохранения здоровья студентов.

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Дуданова О.П.[1], Родина А.С.[1], Шубина М.Э.[1], Курбатова И.В.[2]
[1]Петрозаводский государственный университет, [2]Институт биологии – обособленное подразделение Федерального исследовательского центра «Карельский научный центр Российской академии наук», г. Петрозаводск

Цель. Определить роль бактериальной инфекции в развитии острой декомпенсации алкогольного цирроза печени (АЦП).

Материалы и методы. Обследовано 77 больных с острой декомпенсацией АЦП: 36 с бактериальной инфекцией (БИ) (I группа) – мужчин 17 (47,2%),

женщин – 19 (52,8%), возраст 53,4±9,8 года и 41 – без бактериальной инфекции (II группа сравнения) – мужчин 22 (55,5%), женщин – 19 (46,3%), возраст – 52,1±11,6 года. Оценивали печеночные тесты, маркеры воспаления: С-реактивный протеин (СРП), лейкограмму, СОЭ, провоспалительные цитокины: ТНФ-а, ИЛ-1в, ИЛ-6, ИЛ-8 (тест-системы «Вектор-Бест» Новосибирск, Россия), маркер апоптоза гепатоцитов – фрагменты цитокератина-18 (ФЦК-18) («Biotech», Sweden). Определяли степень и индекс острой на фоне хронической печеночной недостаточности (ОХПН), используя on-line калькулятор www.efclif.com/scientific-activity/score-calculators/clif-c-aclf. Контрольную группу составили 39 здоровых лиц в возрасте 48,5±8,3 года, мужчин – 20 (51,2%), женщин – 19 (48,7%). Уровень ФЦК-18 у них составил 69,9±18,3 Ед/л, ТНФ-α – 4,2±1,4 пг/мл, ИЛ-1β – 3,2±1,2 пг/мл, ИЛ-4 – 7,7±0,9 пг/мл, ИЛ-6 – 1,6±1,4 пг/мл, ИЛ-8 – 5,8±3,4 пг/мл. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программного обеспечения «StatGraphics 2.1» с использованием теста Манна-Уитни. Значения $p<0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение. Структура БИ у пациентов I группы была следующей: у 11 (30,6%) диагностирована пневмония, у 8 (22,2%) – мочевая инфекция, у 6 (16,7%) – асцит-перитонит, у 5 (13,9%) – инфекция кожи и мягких тканей, у 1 (2,8%) – мезотимпанит, у 1 (2,8%) – острый холецистит и у 4 (11,1%) пациентов – сочетание инфекций различной локализации (кожи и мягких тканей, мочевыводящего тракта и/или верхних дыхательных путей) (рис. 1). У пациентов I группы достоверно хуже, чем во II группе были следующие показатели: АСАТ – 170,31±125,61 Ед/л против 101,33±82,86 Ед/л, ФЦК – 1467,69±735,70 Ед/л против 1001,34±690,78 Ед/л, альбумин – 26,65±6,05 г/л против 29,72±4,90 г/л, щелочная фосфатаза – 209,37±106,85 Ед/л против 146,10±66,24 Ед/л, гамма-глютамилтранспептидаза – 328,43±311,40 Ед/л против 191,93±114,37 Ед/л, СРП – 44,78±17,42 мг/л против 30,33±21,28 мг/л, креатинин – 161,66±139,49 мкмоль/л против 89,42±66,43 мкмоль/л, количество лейкоцитов – $10,92±4,75x10^9$/л против $8,54±4,20x10^9$/л, уровень ИЛ-1β – 10,96±6,96 пг/мл против 4,55±2,88 пг/мл, ТНФ-α –13,39±4,52 пг/мл против 9,21±6,50 пг/мл и ИЛ-6 – 52,77±46,2 пг/мл против 32,08±23,9 пг/мл, степень ОХПН – 1,25±1,22 против 0,41±0,68 и индекс ОХПН – 9,1±2,18 против 8,1±1,69, а также ближайшая смертность – 20,0±15,3% против 11,52±13,47 (везде $p<0,05$).

Выводы. Бактериальная инфекция вызывала более тяжелое течение острой декомпенсации алкогольного цирроза печени с достоверно более высокими показателями степени и индекса ОХПН и высоким уровнем ближайшего летального исхода.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ ПО КОНТРАКТУ С ОЖИРЕНИЕМ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ

Дыбин А.С.
Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Цель исследования. Оценить эффективность современной системы диспансерно-динамического наблюдения за военнослужащими с первой степенью алиментарно-конституционального ожирения в Арктической зоне.

Материалы и методы. В ходе изучения состояния здоровья военнослужащих, проходящих службу по контракту в Арктической зоне были проанкетированы и обследованы 433 человека. В результате были отобраны для дальнейшего наблюдения 87 пациентов, имеющих индекс массы тела в диапазоне 28-31 балл. Через год было проведено повторное медицинское обследование выборочной совокупности, рассчитан индекс массы тела. Данные были представлены в виде качественных и количественных переменных. Для количественных данных производился расчет простой средней арифметической, 95% доверительного интервала (95% ДИ), моды. Поиск корреляций осуществлялся с использованием критерия Спирмена. Сравнение полученных результатов производилось с использованием t-критерия Стьюдента. Результаты считались достоверными при вероятности ошибки первого типа менее 5% ($p<0,05$). Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ IBM SPSS ver.25.

Результаты и обсуждение. Распределение военнослужащих, имеющих ожирение первой степени в зависимости от воинского звания составило: 29,9% – рядовой состав, 41,4% – мичманы, 16,1% – младшие офицеры, 12,6% – старшие офицеры. Средний возраст составил 34,43 года (95% ДИ: 33,13-35,72). Анализируемый ряд оказался бимодальным, моды составили 29 и 39 лет.

Средний показатель индекса массы тела на начало наблюдения составил 29,19 (95% ДИ: 28,97-29,4), через год его значение было равно 29,5 (95% ДИ: 29,29-29,72). Сравнение показателей с использованием t-критерия Стьюдента показало наличие статистически значимых различий ($t=-5,97$, $p<0,001$).

Поиск корреляций показал наличие статистически значимой связи индекса массы тела с воинским званием ($r_{xy}=0,144$, $p<0,05$) и возрастом ($r_{xy}=0,284$, $p<0,01$).

В соответствии с требованиями Наставления по физической подготовке в ВС РФ 2009 года и Временной инструкции по организации проведения диспансеризации, профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, диспансерного наблюдения военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации 2018 года военнослужащие, находящиеся под диспансерным наблюдением (в том числе и по поводу ожирения без уточнения степени) к проверке физической подготовленности не допускаются, что значительно снижает мотивацию военнослужащих к поддержанию физической формы и нормализации массы тела. Данная правовая коллизия является наиболее вероятной причиной отсутствия положительного эффекта от диспансерно-динамического наблюдения за пациентами с алиментарно-конституциональным ожирением первой стадии.

Выводы. 1. Включение военнослужащих с первой стадией ожирения алиментарно-конституционального генеза в группу динамического наблюдения оказывает отрицательный эффект на течение заболевания. 2. Обнаружена статистически значимая корреляция индекса массы тела с категорией воинского звания военнослужащих и их возрастом. 3. Для решения данной проблемы необходимо отделение понятия «диспансерно-динамическое наблюдение» от критериев допуска к сдаче нормативов по физической подготовке в основных руководящих документах по физической подготовке и охране здоровья военнослужащих.

СОВРЕМЕННАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КАЧЕСТВА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ

Дыдышко Ю.В.[1], Шепелькевич А.П.[1], Водянова О.В.[2], Карлович Н.В.[3], Васильева Н.А.[3]
[1]Белорусский государственный медицинский университет,
[2]Белорусская медицинская академия последипломного образования,
[3]Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Медико-социальная значимость проблемы неинфекционных заболеваний определяется увеличением числа пациентов и развитием хронических осложнений, ассоциированных с потерей трудоспособности, ростом инвалидности и смертности, в том числе у пациентов молодого возраста. В настоящее время пристальное внимание уделяется вторичной остеопатии, для адекватной верификации которой недостаточно традиционно используемых методов диагностики.

Цель исследования. Оценка параметров трабекулярного костного индекса (ТКИ) у пациентов с различными эндокринопатиями – сахарный диабет 1-го типа (СД1), вторичным гиперпаратиреозт (ВГПТ), и их взаимосвязь с наличием остеопоротических деформаций позвонков. Материал и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование на базе ГУ «Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения». С учетом критериев включения и исключения отобраны 127 пациентов с СД1 и 98 практически здоровых лиц контрольной группы, 449 пациентов с ВГПТ и 38 контроля без ХБП и заболеваний, которые могут послужить ее причиной. Состояние МПК и ТКИ поясничного отдела позвоночника, оценку грудного и поясничного отдела позвоночника в боковой проекции с определением остеопоротических деформаций тел позвонков (ОДП) выполняли на денситометре «PRODIGY LUNAR».

Результаты и их обсуждение. Обследованные пациенты и лица контрольной группы были сопоставимы по полу (p=0,783), возрасту (p=0,619), антропометрическим данным (ИМТ, p=0,536). В группе пациентов с СД 1-го типа достоверно чаще встречались низкоэнергетические переломы в анамнезе (n=19 vs. n=5; χ^2=5,64; p=0,018). Отмечены низкие значения МПК поясничного отдела позвоночника у пациентов с СД1 по сравнению с контрольной группой (Z-критерий –0,4 (–1,6–0,3) vs. 0,4 (–0,7–1,0); U=3875, p<0,001). Остеопоротические деформации позвонков (ОДП) 1–3 степени возникают статистически значимо чаще у пациентов с СД1 по сравнению с группой контроля (n=24 vs. n=2, p<0,001). Установлены низкие значения ТКИ (L1−L4) поясничного отдела позвоночника у пациентов с СД 1 в сравнении со значениями ТКИ в контрольной группе (1,376 (1,277–1,408) vs. 1,421 (1,368–1,462); U=3180; p<0,001). При ОДП 1-3 степени выявлены низкие значения ТКИ в сравнении с подгруппой без остеопоротических деформаций тел позвонков (1,273 (1,119-1,311) vs.1,379 (1,304-1,421); U=514; p<0,001). Определено пороговое значение ТКИ, равное 1,279 (AUC=0,873±0,091, p<0,001; чувствительность 91%, специфичность 78%), которое позволяет выделить лиц с высоким риском переломов позвонков (ТКИ≤1,279). Определено пороговое значение Z-критерий ≤–1,0 (AUC=0,733±0,066, p=0,005; чувствительность 71%, специфичность 69%).

Среди пациентов с ВГПТ старше 50 лет у 22,5% (23 женщины) имели место частичные нарушения микроархитектоники, а у 41,2% (42 женщины) выявлены выраженные нарушения качества костной ткани. Установлены достоверные различия по гендерному признаку у лиц старше 50 лет: отмечены более низкие значения у женщин при оценке как абсолютного значения ТКИ (U=2477; p=0,009), так и относительного параметра (U=2545; p=0,045). Установлена прямая умеренная статистически значимая связь показателей ТКИ и характеристик МПК у пациентов с ВГПТ (ρ=0,40; p<0,001).

Выводы. У пациентов с СД 1 целесообразно начинать профилактику диабетической остеопатии при снижении Z-критерия менее ≤–1,0. Достоверно низкие значения ТКИ у пациентов с ВГПТ по мере снижения МПК ($\chi^2$2=8,5; p=0,014) могут указывать на специфичность дегенеративных изменений костной ткани при ВГПТ.

КРИТЕРИИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ЛЮДЕЙ С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Евгеньева А.В., Носков С.М., Красивина И.Г., Лаврухина А.А., Широкова Л.Ю.
Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Цель. Повысить эффективность объективного контроля выполнения физических тренировок у пациентов с нарушенной функцией нижних конечностей.

Материалы методы. Исследование включало 30 пациентов с остеоартрозом коленных суставов (ОАКС) в возрасте 54,5±8,5 лет со стажем заболевания более 3 лет. Контрольную группу составили 30 человек в возрасте 51,6±9,8 лет, не страдающих остеоартрозом. Выраженность боли и степень функциональной недостаточности суставов оценивалась с помощью индекса Лекена и опросника WOMAC, динамической гравиметрической пробе (ДГП). Функция эндотелия оценивалась по эндотелий зависимой вазодилятации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией. Для оценки объема мышечной массы использовали биоимпедансный анализатор, определяя процент активной клеточной массы (%АКМ). Все пациенты выполняли комплекс лечебной гимнастики, включающий в себя помимо ежедневного комплекса утренней гимнастики в течение 20 минут, аэробные тренировки умеренной интенсивности (30 минут 5 дней в неделю) и силовые упражнения (8-10 упражнений с отягощением по 8-12 повторений для каждого упражнения дважды в неделю). Контрольный осмотр проводился через 6 месяцев.

Результаты. Исходно суммарный индекс WOMAC у пациентов с ОАКС составил 68±3,4 баллов, альгофункциональный индекс Лекена был равен 16±2,1 баллам. По данным ДГП работоспособность четырехглавой мышцы бедра для симптомного сустава в группе ОАКС была равна 20,1±2,7 ДЖ. Показатель ЭЗВД в группе пациентов с ОАКС составил 11,5±4,3%, при этом дисфункция эндотелия была выявлена у 14 человек (ЭЗВД 5,7±2,3%). В группе сравнения показатель ЭЗВД был равен 12,7±6,3%, дисфункция эндотелия выявлена у 12 человек (ЭЗВД 6,8±1,7). По данным биоимпедансного анализа % АКМ был ниже нормы у всех наблюдаемых лиц и составил 36,5±4,3% в группе пациентов ОАКС и 36,8±5,2% – в группе сравнения.

Спустя 6 месяцев физических тренировок в группе пациентов с ОАКС индекс WOMAC уменьшился на 28%, индекс Лекена – на 25,7%, показатели ДГП возросли на 66,1% (p<0,05). Прирост ЭЗВД в исследуемой группе составил 43,5% (p<0,05). В контрольной группе на фоне физических нагрузок происходило аналогичное увеличение % АКМ (+17,2%) и возрастал показатель ЭЗВД (+46,2%) в сравнении с исходными данными (p<0.05). Также в группе пациентов с ОАКС и в группе контроля была выявлена корреляция ЭЗВД и % АКМ (r=0,43, r=0,39, p<0,05), соответственно.

Выводы. Критерием эффективности физической реабилитации является восстановление начально сниженной вазомоторной функции сосудистого эндотелия после курса тренировок на фоне прироста мышечной массы по данным биоимпедансного анализа.

SPECKLE TRACKING ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Цель исследования. Оценить фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), глобальную тканевую продольную (ГПД) и циркулярную деформацию (ГЦД) ЛЖ при помощи стандартной ЭХОКГ и методики Speckle-tracking эхокардиографии (STE) и сопо-

ставить эти данные с результатами оценки качества жизни и выраженности симптомов сердечной недостаточности (СН) у больных с синдромом такоцубо (СТ) в раннем и отдаленном периоде заболевания.

Материал и методы. В исследование включено 29 пациентов (средний возраст 65±12,1 лет) с СТ, диагностированным на основании критериев InterTAK. Оценивалось качество жизни на догоспитальном этапе, в острый период заболевания (на 7-10 сутки), через год после острого эпизода с использованием следующих опросников: Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН (MLHFQ), опросник качества жизни больных ИБС (HeartQoL), шкала оценки клинического состояния больного с СН (ШОКС). Также, в острый период заболевания (7-10 сутки) и через 1 год всем пациентам выполнялась ЭХОКГ на аппарате Vivid-4 (GeneralElectric) с функцией STE, на котором оценивали ФВ ЛЖ, зоны нарушения локальной сократимости, значения ГПД и ГЦД ЛЖ.

Результаты. При сравнении данных опросника MLHFQ на догоспитальном этапе, на 7-10 сутки и через год выявлено достоверное снижение качества жизни (16,3±12,3 балла, 27,1±12,0 балла, 20,6±12,6 балла, соответственно ($p<0,01$)). Опросник HeartQoL также показал ухудшение качества жизни ($p<0,01$): до госпитализации – 32,4±6,4 балла, на 7-10 сутки – 27,1±5,0 балла, через год – 30±5,3 баллов. При сравнении результатов оценки клинического состояния до госпитализации, в момент госпитализации и через год после выписки отмечалось сохранение признаков СН в отдаленном периоде (0,96±0,86 балла; 6,3±1,5 балла; 3,5±1,1 балла, соответственно ($p<0,01$)). Согласно данным ЭХОКГ ФВ в острый период составила 50,6%±11,1, через год - 61,5%±7,5, ($p<0,05$). Показатели ГПД и ГЦД ЛЖ в острый период составили – 11,8%±1,9 и 12,3%±2,3, соответственно и достоверно увеличились через год – 15,8±1,8 и 16,8%±2,6, соответственно ($p<0,05$). Однако в 82,8% случаев показатели ГПД и в 72,4% – ГЦД оставались на низком уровне через год (не превышали порогового уровня 18% и более). Низкие значения ГПД и ГЦД напрямую были связаны с качеством жизни и выраженностью симптомов СН (ГПД – MLHFQ ($r=-0,69$, $p<0,05$), HeartQoL ($r=0,57$, $p<0,05$), ШОКС ($r=-0,54$, $p<0,05$), соответственно; ГЦД – MLHFQ ($r=-0,95$, $p<0,05$), HeartQoL ($r=0,81$, $p<0,05$), ШОКС ($r=-0,61$, $p<0,05$), соответственно).

Выводы. Через год после острого эпизода СТ наблюдается восстановление ФВ ЛЖ по данным стандартного ЭХОКГ исследования, однако методика Speckle-tracking показывает, что более чем у 2/3 пациентов сохраняется нарушение тканевой деформации ЛЖ, что, вероятно, объясняет сохраняющиеся явления СН и обуславливает снижение качества жизни в отдаленном периоде, согласно данным опросников.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Емельянова О.И.[1], Трофименко А.С.[1], Русанова О.А.[1], Емельянов Н.И.[2]
[1]Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,
[2]Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучение иммунологических показателей глутатионредуктазы в патогенезе и диагностике системной склеродермии.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 30 доноров и 45 больных ССД, с достоверным диагнозом ССД. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Международной медицинской ассоциации 1996 г., пересмотренным в 2013 г. (ACR/EULAR). Антитела к глутатионредуктазе (ГР) определяли иммуноферментным методом в модификации И.П. Гонтаря с использованием магнитоуправляемого сорбента. В качестве антигена использовали коммерческий препарат ГР производства НПК «Спутник» с активностью 340 Ед/мг, активность ГР определяли по методу Hosoda и Nakamura, описанному М.А. Шифриным (1977 г.).

Результаты и обсуждение. При изучении динамики антител к ГР у больных ССД в зависимости от активности склеродермического процесса было выявлено, что по мере нарастания активности заболевания происходит уменьшение активности исследуемого фермента и увеличение уровня антител к нему. У пациентов с низкой активностью процесса снижение активности ГР было незначительным ($p=0,074$), а при умеренной и высокой активности заболевания различия между исследуемой и контрольной группами были статистически достоверными ($p=0,024$). Концентрация антител к ГР у больных с различной степенью активности ССД была достоверна выше уровня данного показателя у доноров ($p=0,042$). Наблюдалась отчетливая тенденция к росту содержания аутоантител и снижения активности энзима в крови больных с повышением активности склеродермического процесса. Исследование ГР и антител к ней у больных с различным характером течения ССД позволило выявить достоверные различия у больных с хроническим и подострым вариантами течения заболевания в уровне антител. Статистически значи-

мых различий при определении ферментативной активности ГР у больных с различным течением ССД выявлено не было, несмотря на то, что уровень ее был значительно снижен и в том и в другом случае и достоверно отличался от показателей доноров. При анализе содержания антител к ГР у больных ССД с поражением различных органов и систем было выявлено достоверное повышение их концентрации во всех клинических группах (p=0,032), но наиболее высокий уровень исследуемых антител наблюдался у пациентов с поражением сердца и легких (p<0,001). Доказано, что снижение активности ГР сопряжено с повышенным риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, очевидно, это связано с тем, что антитела к глутатионредуктазе, подавляя их антиоксидантную активность, являются еще одним фактором в цепи развития атеросклеротического процесса. Отсюда следует вывод, что среди известных сегодня механизмов участия ГР в патогенезе ишемии не последнюю роль играют иммунные. Повышение уровня антител к ГР и снижение ее ферментативной активности у больных с поражением легких, позволяет предположить о возможном их участии в развитии указанной патологии. Как известно, патогенез фиброзирующего альвеолита и интерстициального фиброза (основных составляющих легочной патологии при системной склеродермии) – связан с иммунными нарушениями, усилением свободнорадикальных реакций и процессов фиброгенеза.

Выводы. Изучение антителообразования к ГР, а также ее активности расширяет имеющиеся представления о патогенезе склеродермического процесса и может быть использовано в ее диагностике, что в свою очередь отражает заинтересованность антиоксидантной системы при иммунологических заболеваниях.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АММИАКА В КРОВИ И НАРУШЕНИЕ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

Ермолова Т.В., Беляева Е.Л., Тиунова К.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель и актуальность исследования. В некоторых экспериментальных исследованиях была показано влияние гипераммониемии на активацию звездчатых клеток печени, ухудшение печеночного кровотока и портальной гипертензии. Есть мнение, что при неалкогольной болезни печени подавляется цикл мочевины и нейтрализация аммиака, что может провоцировать развитие гипераммониемии у пациентов даже на доцирротической стадии. Цель нашего исследования: оценить уровень аммиака и характер нарушений внутрипеченочной гемодинамики при неалкогольном стеатогепатите (НАСГ), эффективность гипоаммониемического препарата орнитин (Гепа-мерц) для коррекции данных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 46 пациентов с НАСГ с начальной стадией фиброза (0-2 стадии), которую определяли методом эластографии печени (аппарат «Фиброскан»). Уровень аммиака оценивали биохимическим методом (PocketChem BA, Arcray, Japan) в капиллярной крови пациентов и у 39 здоровых людей, метод позволяет получить результат через 3 минуты. Нормальный уровень аммиака в крови 11-32 мкмоль/л. Внутрипеченочная гемодинамика оценивалась неинвазивно методом полигепатографии (ПГГ), которая интегрально регистрирует кровоток в проекции правой, левой доли печени, селезенки. Метод имеет высокую степень чувствительности (99%) и специфичности (89%) в определении локализации гемодинамических расстройств (пресинусоидальный, синусоидальный). Результаты регистрируются и анализируется на программном комплексе «Валента». Орнитин (Гепа-Мерц) применялся в дозе 6 г в день в течение 4х недель. Контрольная ПГГ и анализ на аммиак в крови проводили через 2 и 4 недели лечения.

Результаты. Анализ полигепатограмм показал, что у всех пациентов выявлены нарушения внутрипеченочной микроциркуляции – увеличение базового сопротивления, изменение формы и амплитуды кривых на синусоидальном уровне (нарушение оттока). Уровень аммиака оказался повышенным – 122.2 мкмоль/л по сравнению с контрольной группой – 45.3 мкмоль/л (p<0.001). Эффективность Гепа-Мерц проявлялась в виде снижения уровня аммиака (p<0.001) и улучшения амплитуды кривых (через 2 недели) и формы кривых (через 4 недели) у большинства пациентов.

Выводы. НАСГ даже на начальных стадиях фиброза печени характеризуется гипераммониемией и нарушением внутрипеченочной микроциркуляции. Применение Гепа-Мерц позволяет уменьшить уровень аммиака и улучшить печеночный кровоток при НАСГ в целях оптимизации патогенетической терапии в плане замедления фиброгенеза и замедления прогрессирования хронического гепатита.

ДЕПРЕССИЯ И ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Есина Е.Ю., Добрынина И.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Изучить взаимосвязь депрессии и артериального давления, измеренного в медицинском учреждении у больных, гипертонической болезнью.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 30 пациентов страдающих гипертонической болезнью, средний возраст 56,93±4,45 года. Диагноз гипертонической болезни ставили в соответствии с клиническими рекомендациями по артериальной гипертензии у взрослых, от 2020 года. Во время амбулаторного приема проводили клинический осмотр больных, изучали анамнез заболевания, проводили анализ лекарственной терапии. Для определения тревоги и депрессии использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), для диагностики тяжести депрессии, вопросник состояния здоровья-9 (PHQ-9). Количество баллов по шкале HADS от 0 до 7, соответствовало отсутствию тревоги/депрессии, 8-10- субклинически выраженной тревоге/депрессии, ≥ 11 - клинически выраженной тревоге/депрессии. Результаты по вопроснику состояния здоровья-9 (PHQ-9) трактовались следующим образом: 1-4 (минимальная депрессия), 5-9 (легкая депрессия), 10-14 (умеренная депрессия), 15-19 (тяжелая депрессия), 20-27 (крайне тяжелая депрессия). Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA TrialVersion фирмы StatSoftInc. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Выраженность тревоги (HADS) у больных гипертонической болезнью достигла 8,20±2,57, депрессии (HADS) – 6,0±2,30, что соответствовало субклинически выраженным проявлениям тревоги и отсутствию депрессии, соответственно. Выраженность депрессии по шкале PHQ-9 у больных исследуемой группы составила 4,30±3,0, что трактовалось, как минимальная депрессия. Цифры систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), измеренных в медицинском учреждении, на приеме у врача – терапевта участкового, у обследуемых больных гипертонической болезнью достигли 147,16±11,34 мм рт.ст. и 88,50±5,27 мм рт.ст., соответственно. При изучении корреляционных взаимосвязей, была выявлена умеренная прямая связь между тревогой (HADS) и САД ($r=0,685$, $p<0,05$,), между депрессией (HADS) и САД ($r=0,486$, $p<0,05$), между депрессией (PHQ-9) и САД ($r=0,489$, $p<0,05$).

Выводы. Полученные нами результаты демонстрируют отсутствие достижения целевого уровня артериального давления, как для систолического, так и для диастолического у больных гипертонической болезнью с субклинически выраженной тревогой по шкале HADS и минимальной депрессий по шкале PHQ-9.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕННОГО В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Есина Е.Ю., Добрынина И.С., Котова Ю.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Изучить взаимосвязь тревоги, депрессии и артериального давления, измеренного в медицинском учреждении у больных, гипертонической болезнью и стабильной ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 30 пациентов страдающих гипертонической болезнью и стабильной ишемической болезнью сердца, средний возраст 58,93±6,35 года. Диагноз гипертонической болезни ставили в соответствии с клиническими рекомендациями по артериальной гипертензии у взрослых, от 2020 года. Диагноз стабильной ишемической болезни сердца ставили в соответствии с клиническими рекомендациями по стабильной ишемической болезни сердца, от 2020 года. Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA TrialVersion фирмы StatSoftInc. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. У обследованных больных, страдающих гипертонической болезнью и стабильной ишемической болезнью сердца, проявления тревоги и депрессии по шкале HADS соответствовали субклинической тревоге (10,16±3,6) и отсутствию депрессии (6,96±3,14), однако, значения этих показателей приближались к верхней границе референтного интервала для субклинически выраженной тревоги и отсутствия депрессии. У больных

исследуемой группы уровень депрессии по шкале PHQ-9 достиг 6,23±2,80, что расценивалось, как легкая депрессия. Цифры систолического артериального давления и диастолического артериального давления, измеренных в медицинском учреждении, у данных больных составили 154,16±12,5 мм рт.ст. и 87,83±4,85 мм рт.ст., соответственно. Исследование продемонстрировало, что обследуемые больные не достигли целевого уровня как систолического, так и диастолического артериального давления, которое для пациентов данной возрастной категории составляет <130-120/<80-70 мм рт.ст.

Выводы. В не медикаментозном и медикаментозном лечении коморбидных больных, страдающих гипертонической болезнью и стабильной ишемической болезнью сердца, необходимо учитывать эмоциональное состояние.

ПАЦИЕНТЫ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Зуйкова А.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Около 50% взрослого населения хотя бы раз в жизни перенесли внезапную кратковременную потерю сознания. Разнообразие механизмов и причин возникновения внезапной кратковременной потери сознания часто вызывает у врачей амбулаторного звена диагностические трудности, а также необходимость в консультации узких специалистов.

Цель исследования. Выяснить частоту встречаемости различных типов обмороков у амбулаторных больных.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 13 пациенток поликлиники в возрасте от 18 до 75 лет с обмороками в анамнезе. Средний возраст 51,0±4,9 лет. Пациентки были разделены на 3 группы согласно возрастной периодизации по ВОЗ: 18-44 года (6 пациенток, средний возраст 35,1±3,0 лет), 45-60 лет (2 пациентки, средний возраст 51,5±1,5 лет), 61-75 лет (5 пациенток, средний возраст 70,8±3,7 лет). Был проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и жизни, общий клинический осмотр, анализ амбулаторных карт пациентов с изучением данных лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты исследования. У женщин, участвовавших в исследовании, кардиогенный обморок встречался в 30% случаев. У пациенток I группы преобладали нейрогенные обмороки, реже встречались ортостатические, у 3 (50%) и 2 (33%) больных, соответственно. Среди II группы в равной мере были диагностированы кардиогенный и нейрогенный обмороки. У пациенток III группы были выявлены кардиогенные и ортостатические обмороки, у 3 (60%) и 2 (40%) больных, соответственно. У трех женщин I группы диагностированы нейрогенный вазовагальный, ситуационный (вследствие стимуляции рецепторов желудочно-кишечного тракта) и ортостатический обмороки. У одной пациентки III группы выявили нейрогенный, ситуационный обморок в результате нагрузки, а у второй – кардиогенный, причиной которого была пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. В III группе было 5 пациенток: 3 – с кардиогенным обмороком в анамнезе: AV-блокада III степени и наджелудочковая тахикардия; 2 – с ортостатическим, вследствие потери жидкости – 1 и у больной сахарным диабетом 2 типа и вторичной вегетативной недостаточностью – 1.

Выводы. У женщин пожилого возраста преобладали обмороки кардиогенного и ортостатического типа. У пожилых женщин причиной кардиогенного обморока были брадиаритмии и тахиаритмии.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Зуйкова А.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Введение. Несмотря на развитие медицинской науки и в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, количество пациентов с хронической сердечной недостаточностью неуклонно растет. ХСН является исходом различных кардиологических заболеваний и оказывает влияние на качество жизни пациентов. Увеличение продолжительности жизни населения определяет увеличение продолжительности ХСН у пациентов. Современное состояние системы здравоохранения требует не просто увеличения количества лет жизни, но и повышения их качества. Изучение вопроса зависимости качества жизни от течения ХСН, а именно фракции выброса и стадии, является актуальной проблемой терапевтов и гериатров.

Цель исследования. Определить зависимость качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью от фракции выброса и стадии ХСН.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России и БУЗ ВО Воронежской городской поликлиники №3. В исследовании приняли участие 23 пациента (7 женщин и 16 мужчин) с ХСН, в возрасте от 43 до 86 лет. Все обследуемые подписали информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании использовались стратифицированные опросники SF-36 (оценивался физический и психологический компонент здоровья) и миннесотский. Ретроспективно анализировались медицинские карты амбулаторных больных.

Результаты. При интерпретации результатов опросника SF-36 не было выявлено статистически значимой разницы в уровне качества жизни у пациентов с разной фракцией выброса. Однако баллы миннесотского опросника отличались статистически значимо. У пациентов с низкой фракцией выброса был самый низкий средний показатель, что свидетельствует о более низком качестве жизни.

Полученные результаты показывают большую чувствительность миннесотского опросника при определении качества жизни у пациентов с ХСН по сравнению с универсальным опросником SF-36.

Снижение показателей качества жизни у пациентов с низкой фракцией выброса свидетельствует о необходимости внимания врачей к таким пациентам. ХСН с низкой фракцией выброса – наиболее изученная категория пациентов. Тактика ведения таких пациентов описана в клинических рекомендациях и имеет большую доказательную базу, что делает возможным повысить качество жизни, купируя симптомы ХСН.

Выводы. Качество жизни пациентов с ХСН снижается с уменьшением показателя фракции выброса.

Миннесотский опросник более чувствителен и рекомендуем к применению у пациентов с ХСН.

КОМОРБИДНОСТЬ БОЛЬНЫХ МЕЛКОТОЧЕЧНЫМ КЕРАТОЛИЗОМ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА

Ефанова Е.Н.
Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение сопутствующие заболеваний внутренних органов и систем у взрослых больных мелкоточечным кератолизом, проживающих в условиях северного региона.

Материалы и методы. В соответствии с целью исследования была сформирована клиническая группа, включавшая 153 пациента в верифицированным диагнозом мелкоточечного кератолиза. В группу вошли больные в возрастном диапазоне от 18 до 60 лет, постоянно проживающий на территории г. Сургута. При анализе наличия у пациентов сопутствующих соматических заболеваний во внимание принимались лишь документально подтвержденные случаи.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что 25,5% больных мелкоточечным кератолизом имели сопутствующую патологию со стороны внутренних органов и систем. В структуре коморбидности пациентов с мелкоточечным кератолизом первые ранговые места заняли заболевания позвоночника и суставов (7,8%) и сердечно-сосудистые заболевания (5,8%). Одинаково часто регистрировались дисметаболические нарушения, заболевания желудочно-кишечного тракта (по 4,6% в каждой подгруппе) и мочеполовой системы (2,7%).

У 25 пациентов (16,3%) с мелкоточечным кератолизом имелись прочие дерматологические заболевания. При формировании клинической группы обязательным условием являлось отсутствие проявлений сопутствующего дерматологического заболевания на коже стоп. В дерматологической структуре весомо преобладали пациенты с псориазом (5,2%). Второе ранговое место заняли пациенты с экземами (2,7%). Другие заболевания (многоформная экссудативная эритема, опоясывающий герпес, контактный дерматит, атопический дерматит, чесотка, пиодермии, почесуха) регистрировались реже.

Выводы. Учитывая высокий процент коморбидности по заболеваниям внутренних органов и систем, больным мелкоточечным кератолизом целесообразно включение в план обследования консультации смежных специалистов, таких как, терапевт, эндокринолог и невролог.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ И ВЫСОКИЙ РИСК НОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПО FRAX® – ПОКАЗАНИЕ К АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить потребность в антиостеопоротической терапии, включая анабо-

лическую, у пациентов с системной склеродермией (ССД) с учетом произошедших переломов и риска новых основных переломов по алгоритму FRAX®.

Материалы и методы. В исследование были включены 136 пациентов с ССД, удовлетворявших критериям ACR/EULAR 2013: 110 (80,9%) женщин в постменопаузе и 26 (19,1%) мужчин старше 50 лет, средний возраст 59,3+7,5 года. Длительность заболевания составила 10,0 [6,0; 15,0] лет у женщин и 6,0 [3,5; 9,0] лет у мужчин. Был проведен опрос и рассчитан риск основных остеопоротических переломов по FRAX®, в результате чего пациенты были разделены на группы низкого, умеренного или высокого риска. Лицам с умеренным риском проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) проксимального отдела бедренной кости с последующим пересчетом 10-летней вероятности переломов с включением Т-критерия шейки бедренной кости. В соответствии с полученным значением FRAX® пациенты были отнесены к группе низкого, высокого или очень высокого риска.

Результаты и обсуждение. Низкоэнергетические переломы различной локализации выявлены у 50 (37%) человек: у 41 (37%) женщины и у 9 (35%) мужчин. Переломы позвонков и периферических костей встречались у 23(17%) и 23(17%) человек, соответственно. Только 1 (4%) мужчина имел в анамнезе перелом проксимального отдела бедренной кости. Переломы как позвонка, так и периферической кости произошли у 4 (3%) человек: у 3 (3%) женщин и у 1 (4%) мужчины. Множественные переломы позвонков были диагностированы у 7 (5%) человек.

Среди 86 пациентов, не имевших в анамнезе низкоэнергетических переломов (69 женщин и 17 мужчин), 8 (12%) женщин и 16 (94%) мужчин имели низкий риск основных остеопоротических переломов, а 57 (83%) и 1 (6%), соответственно, - умеренный риск. Только 4 (6%) женщины попали в группу высокого риска. После пересчета FRAX® с включением Т-критерия шейки бедренной кости у лиц с умеренным риском без низкоэнергетических переломов в анамнезе 9 (13%) женщин и 1 (6%) мужчина оказались в группе высокого риска, 14 (20%) женщин – в группе очень высокого риска и 34 (49%) женщины – в группе низкого риска.

Выводы. В исследуемой когорте пациентов с ССД в назначении антиостеопоротической терапии нуждались 78 (57%) лиц: 68 (62%) женщин и 10 (38%) мужчин, имевших низкоэнергетические переломы в анамнезе или высокий риск основных остеопоротических переломов по FRAX®. Среди них у 28 (21%) человек были переломы позвонков или бедра, или двух и более костей, таким образом эти лица являлись кандидатами на назначение анаболической терапии.

САРКОПЕНИЯ И САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В., Торопцова Н.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Выявить частоту саркопении (СП) и саркопенического ожирения у больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. В исследование были включены 44 женщины с ССД: 26 (59,1%) – с лимитированной и 18 (40,9%) – с диффузной формой заболевания. Средний возраст составил 53,2+8,8 года. Медиана длительности заболевания – 7,0 [4,0; 12,0] года. Всем пациентам проведена оценка состава тела с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA). Индекс аппендикулярной мышечной массы (АМИ) рассчитывали как отношение аппендикулярной мышечной массы (АММ) к росту в квадрате (кг/м^2). Для оценки мышечной силы использовался тест подъема со стула (5 раз) и кистевая динамометрия, а для функционального состояния мышц – скорость ходьбы и краткий комплекс тестов оценки физической формы (ККТ ОФФ или SPPB). Диагноз СП ставился в соответствии с обновленными критериями EWGSOP2. Тяжелая СП диагностировалась при выявлении низкой работоспособности: скорость ходьбы ≤0,8 м/с или ККТ ОФФ ≤8 баллов. Ожирение диагностировалось денситометрически при обнаружении общей жировой массы >35% состава тела.

Результаты и обсуждение. Медиана содержания костного минерала составила 2,0 [1,8; 2,2] кг, общей мышечной массы – 39,5 [35,7; 45,5] кг, АММ – 16,3 [14,5; 19,4] кг, АМИ – 6,5 [5,7; 7,2] кг/м^2, жировой массы туловища – 13,5 [9,1; 16,7] кг и общей жировой массы – 26,6 [20,1; 34,5] кг. Медиана содержания жира в организме составила 38,8% [34,2; 42,7].

Нормальный состав тела определялся у 6 (13,6%) женщин. 9 (20,5%) женщин имели низкие АММ и АМИ, 6 (13,6%) – только низкую АММ. Ожирение – 23 (52,3%), а низкую АММ+ожирение – 9 (18,2%) пациентов.

Низкая мышечная сила была обнаружена у 21 (47,7%) женщины, в то время как подтвержденная СП (низкая мышечная сила и мышечная масса) диагностирована лишь у 10 (22,7%) человек: у 3 (6,8%) женщин с лимитированной и 7 (15,9%) с диффузной формой заболевания (p=0,03). Тяжелая СП выявлена у 4 (9,1%)

человек, лишь у 1 (25%) пациентки была лимитированная форма заболевания. Среди пациенток с СП у 7 (15,9%) человек было диагностировано ожирение (т.н. саркопеническое ожирение), из них у 3 (6,8%) человек с диффузной формой ССД была его тяжелая форма.

Выводы. Исследование, проведенное у больных с ССД, показало, что СП встречалась у 22,7% человек, из них у 70% она выявлялась в сочетании с ожирением. Тяжелая СП диагностирована у 9,1% пациентов. Пациенты с диффузной ССД значимо чаще имели СП по сравнению с лицами с лимитированной формой заболевания.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ COVID-19 СРЕДИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Жидкова Е.А., Рогова И.В., Гуревич К.Г.
Московский государственный
медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова,
Москва

Цель исследования. Изучение факторов риска развития COVID-19 среди работающего населения на примере железнодорожной отрасли.

Материалы и методы исследования. На основании архивной документации медицинских учреждений ОАО «РЖД» проведен анализ заболеваемости работников холдинга (более 750 тыс. чел. на начало 2020 г.) в «первую волну» COVID-19, с 1.03.2020 по 31.08.2020. Всего заболело 2452 человек. Выписывали тип лечения: амбулаторный или стационарный, тяжесть стационарного течения заболевания – легкая, средняя или тяжелая. В группу сравнения случайным образом были включены 2911 работников, не заболевших COVID-19, сравнимых по полу, возрасту и территории проживания. Все лица, включенные в исследование, имели актуализированную в 2020 г. медицинскую документацию, из которой выписывали следующие сведения: возраст, пол; рост, вес; наличие или отсутствие курения; наличие профилактической прививки от гриппа во второй половине 2019 г., а также информацию об использованной вакцине; наличие хронических неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, сахарного диабета 2 типа. На основании данных роста и веса рассчитывали индекс массы тела (ИМТ).

Результаты исследования и обсуждение. Однофакторный анализ показал, что значимыми факторами различий между группа заболевших и незаболевших были: пол ($F=47,66$; $p<0,00001$), наличие вакцинации против гриппа ($F=267,59$; $p<0,00001$), курение ($F=110,47$; $p<0,00001$) и установленный сахарный диабет ($F=32,36$; $p<0,00001$). Была тенденция к ассоциации заболеваемости COVID-19 и наличием сердечно-сосудистых заболеваний ($F=3,28$; $p=0,07$). ИМТ не был достоверно ассоциирован с заболеваемостью COVID-19 ($F=1,83$; $p=0,17$); тоже самое наблюдалось для возраста ($F=0,14$; $p=0,7$). Частотный анализ показал, что в группе сравнения, в отличие от группы заболевших COVID-19, на 23% больше лиц, которые прививались от гриппа. Наиболее популярными прививками являются: совигрипп и гриппол; значимых отличий между группами по использованию прививки не выявлено. Вакцинация не была ассоциирована с тяжестью течения COVID-19. В группе заболевших сахарный диабет встречался 3 раза чаще, чем в группе не заболевших. Интересно отметить, что среди не заболевших курение на 12% чаще встречалось, чем среди заболевших. Была тенденция к снижению частоты встречаемости курения по мере увеличения тяжести заболевания. По мере увеличения степени тяжести заболевания была тенденция к увеличению частоты встречаемости ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний. Заметим, что в литературе обсуждается роль возраста, курения, полиморбидного фона и вакцинации против гриппа как факторов, способствующих или препятствующих развитию COVID-19. Данные нашего исследования уникальны тем, что на всех лиц имеется актуальная медицинская информация, в т.ч. с указанием вида использованной противогриппозной вакцины. Настоящее исследование ограничено временными рамками его проведения, а также лимитировано числом исследованных факторов риска.

Выводы. Для работающего населения значимым фактором риска развития COVID-19 может являться мужской пол и сахарный диабет. Как фактор протекции против COVID-19 следует рассматривать вакцинацию в отношении гриппа.

ОБ УРОВНЕ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА О COVID-19

Жильчук Д.И., Столярова А.О., Башкирцев Я.А.
Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Коронавирусная инфекция COVID-19 – острое респираторное заболевание, вызванное новым коронавирусом (SARS-CoV-2), ассоциированное с повы-

шенной смертностью среди лиц в возрасте старше 60-ти лет, а также лиц с сопутствующими патологическими состояниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания, диабет и рак.

На фоне пандемии COVID-19 сформировалось множество мифов, касающихся мутации и репликации вируса, механизмах и путях его передачи. Данная работа позволит оценить – насколько верно сформировано представление респондентов о COVID-19 в соответствии с актуальной информацией.

Цель. Выявить уровень знаний студентов медицинских вузов и сотрудников медицинских организаций определенных регионов Российской Федерации.

Материалы и методы. В опросе приняли участия 211 человек из центральных и южных городов России (Санкт-Петербург, Воронеж, Ростов-на-Дону, Краснодар и Севастополь). Использовался один из методов социологического анализа – опрос, а именно анкетирование. Нами был разработан шаблон анкеты, состоящий из 16 вопросов, затрагивающие все аспекты COVID-19.

Результаты и обсуждение. Респондентам предлагалось ответить на ряд вопросов:

– Какие методы профилактики COVID-19 Вы знаете? (более 90% ответили: «сохранение социальной дистанции», «ношение маски», «соблюдение мер личной гигиены», «избегать скопления людей»; более 80% – «дезинфекция помещений» и «проветривание», 50% предпочли ответ «вакцинация»; 4,8% – «прием антибиотиков»; 3,3% – «не разработано»; 0,5% – «самоизоляция»; 0,5% – «прием иммуностимулирующих напитков и препаратов»);

– Можно ли использовать антибиотики против COVID-19? (73,2% – «только в случае осложнений», 20,6% – «да», 6,2% – «нет»);

– Возможно ли бессимптомное течение заболевания? (99,0% – «да», 1,0% – «нет»);

– Существует ли вакцина против COVID-19? (70,0% – «да», 30,05 – «нет»).

– Какие осложнения могут быть после перенесенной коронавирусной инфекции? (93,3% – «пневмония», 53,0% – «осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы», 30,8% – «синусит», 27,4% – «отит», 16,3% – «сепсис», 0,5% – «гастроэнтероколит», 0,5% – «осложнения со стороны нервной системы»);

– Сколько длится период изоляции при положительном результате теста и течении болезни в легкой форме или бессимптомно? (91,4% – «2 недели», 7,2% – «1 месяц», 1,4% – «не знаю»);

– Вырабатываются ли антитела у человека, переболевшего COVID-19? (результаты опроса: (98,6% – «да», 1,4% – «нет»);

– Как долго сохраняется иммунитет к COVID-19? (результаты опроса: 72,8% – «несколько месяцев», 16,0% – «несколько недель», 5,8% – «до конца жизни», 5,3% – «около года»);

Возможно ли заразиться COVID-19 повторно? (97,6% – «да», 2,4% – «нет»).

В ходе проведения опроса были получены общие результаты: более 50% респондентов владеют достоверной информацией о COVID-19. Достоверных различий в ответах студентов и медицинских работников не отмечено. К сожалению, около 7% опрошенных не в полной мере владеют информацией о COVID-19.

Выводы. На основании данных можно прийти к выводу, что необходимо развивать дальнейшую работу по изучению этой инфекции, привлекая опытных специалистов по информированию медицинских работников и дальнейшему изучению актуальной ситуации, путей распространения COVID-19, способов профилактики и лечения.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ИНГИБИТОРА СЕРИНОВЫХ ПРОТЕАЗ

Жуков А.С., Жарун Е.Р., Чайкина М.А., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В.
Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Псориаз является хроническим воспалительным иммуноопосредованным заболеванием, характеризующимся повышенной скоростью деления и нарушением дифференцировки кератиноцитов.

Наружная терапия – важное направление лечения таких больных. Эффективность и безопасность топических глюкокортикостероидов хорошо известна, однако возникающие при длительном применении нежелательные явления ограничивают длительность их применения.

Нами создан новый топический препарат на основе ингибирования сериновых протеаз (крем VMA20). Сериновые протеазы являются активаторами ряда провоспалительных цитокинов и могут быть ключевыми ферментами в развитии псориаза. Перед исследованием данного препарата на человеке нами проводилось доклиническое изучение безопасности и переносимости на различных лабораторных животных.

Цель исследования. Оценка безопасности и переносимости топического ингибитора сериновых протеаз (5% крем VMA20) на лабораторной модели псориаза.

Материалы и методы. Для изучения безопасности и переносимости препарата проводили исследование острой токсичности и местно-раздражающего действия по общепринятым методикам на 30 инбредных мышах линии BALB/c, 30 аутбредных мышах, а также 12 аутбредных крысах.

Все животные были разделены на две группы: контрольная и опытная. На выбритую кожу спины животных опытных групп однократно наносили крем (вода, ланолин и подсолнечное масло – в равных пропорциях), содержащий 40 мг изучаемого ингибитора сериновых протеаз (5% крем VMA20). Контрольные группы животных были без нанесения препарата. Возможное проявление интоксикации оценивали в течение двух недель, учитывая при этом следующие показатели: внешний вид, поведение, изменение массы тела, потребление воды, пищи, общий анализ крови биохимический анализ крови.

Местно-раздражающее действие препарата оценивали сразу же после однократного нанесения препарата в дозе 40 мг, далее через 30 минут, 1, 2, 24, 48 часов. О болезненности судили по поведению животных и реакции животных при пальпации места нанесения. Обращали внимание на появление эритемы, шелушения, корок, трещин, пигментации. Реакцию кожи учитывали ежедневно по шкале оценки кожных проб С.В. Суворова.

Результаты. При наружном нанесении 5% крема VMA20 признаков интоксикации, гибели животных, изменений в поведении, массе тела, приеме пищи, воды по сравнению с животными контрольной группы отмечено не было. Не обнаружено признаков местно-раздражающего действия.

Выводы. По результатам исследования на лабораторных животных установлен благоприятный профиль безопасности и переносимости изучаемого препарата.

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРА СЕРИНОВЫХ ПРОТЕАЗ НА МОДЕЛИ ПСОРИАЗА

Жуков А.С., Жарун Е.Р., Чайкина М.А., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Псориаз является хроническим воспалительным иммуноопосредованным заболеванием, характеризующимся повышенной скоростью деления и нарушением дифференцировки кератиноцитов.

Установлено, что цитокины семейства IL-36 занимают значимое место в инициации и регуляции воспалительного процесса при псориазе. IL-36 в коже находится в неактивной форме. Для его активации необходим протеолитический процессинг, который возможен при участии нейтрофильных сериновых протеаз. Нами найден ингибитор сериновых протеаз и на его основе создан препарат в топической форме (крем VMA20). Доклиническое исследование проводилось на общепризнанной имиквимод-индуцированной модели, сформированной на лабораторных животных.

Цель исследования. Оценка терапевтической эффективности 1% крема VMA20 на лабораторной модели имиквимод-индуцированного псориаза.

Материалы и методы. Работа проводилась на 40 инбредных мышах линии BALB/c, рандомизированных на 4 группы по 10 животных. С 1 по 5 день на лабораторных животных формировали модель псориаза ежедневным нанесением 62,5 мг имиквимода на побритую кожу спины. Начиная с 6 дня исследования, через 1 час после нанесения имиквимода, мышам группы №I (контрольная) наносили крем (ланолин+масло оливковое+вода в равных долях) 1р/д – 5 дней, мышам группы №II наносили крем (ланолин + масло оливковое + вода в равных долях), содержащий 1% VMA20 1р/д – 5 дней, мышам группы №III наносили крем пиритион цинка 0,2% (Скин-кап) 1р/д – 5 дней, мышам группы №IV наносили крем бетаметазона дипропионат 0,05% (Акридерм) 1р/д – 5 дней. Терапевтическую эффективность сивелестата в сравнении с другими противовоспалительными препаратами определяли по результатам оценки клинических и гистологических характеристик.

Результаты. В ходе индукции модели псориаза на 5 день у лабораторных животных сформировался псориазиформный фенотип: эритема, шелушение, утолщение кожи. На 10 день исследования в группе без терапии (I) клинические изменения были ярко выражены, а в группах, получающих различную терапию (II, III, IV), наблюдалось значительное разрешение элементов кожной сыпи. К 10 дню исследования наиболее сильное снижение индекса mPASI наблюдалось в группе Акридерма по сравнению с группой контроля, VMA20 и Скин-капа ($p<0,05$). Индекс mPASI в группах крема VMA20 и крема Скин-кап значительно ниже, чем в группе контроля ($p<0,05$), но между собой различий не достигнуто ($p>0,05$). Индекс mPASI в группе крема VMA20 ниже на 52%, крема Скин-кап – на 62%, крема Акридерм

– на 87% по сравнению с контрольной группой. При оценке гистологических изменений к 10 дню исследования в группе №I (контроль) выявлены характерные для псориаза гистопатологические признаки, в группе №II, №III отмечались не выраженные гистопатологические изменения кожи, в группе №IV изменения практически отсутствовали. Установлено, что толщина эпидермиса группы животных №I была в 2,8-5,7 раза больше, чем в группах, где применяли терапию (II, III, IV) ($p<0,05$). Наименьшее значение толщины эпидермиса в группе Акридерм крема, а при сравнении групп, получающих VMA20 крем и Скин-кап крем, значимых различий толщины эпидермиса не выявлено.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что 1% крем VMA20 обладает выраженной терапевтической эффективностью на лабораторной модели имиквимод-индуцированного псориаза по сравнению с контрольной группой. Терапевтическая эффективность сходна с кремом Скин-кап и сравнима с кремом Акридерм. Отсутствие атрофогенного действия выгодно отличает сивелестат по сравнению с гормональными препаратами при необходимости длительной терапии.

ТАРГЕТНАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Жуков А.С.[1], Пашкин А.Ю.[2], Хайрутдинов В.Р.[1], Самцов А.В.[1]

[1]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
[2]3 военный госпиталь войск национальной гвардии,
Санкт-Петербург

Псориаз является хроническим воспалительным иммуноопосредованным заболеванием, характеризующимся повышенной скоростью деления и нарушением дифференцировки кератиноцитов.

Наиболее эффективными направлениями терапии больных псориазом являются базисные противовоспалительные и генно-инженерные биологические препараты. Вместе с тем, высокая стоимость таких препаратов, возможность развития серьезных нежелательных явлений и необходимость длительного применения обуславливают актуальность создания топических таргетных лекарств. В настоящее время ведутся активные разработки новых классов веществ, подавляющих воспалительную реакцию в коже на разных этапах ее развития. Наиболее перспективными направлениями являются:

Топические формы метотрексата: гель с метотрексатом, обладающий более высокой проникающей способностью за счет вещества лаурокапрам; нанокапсулы с метотрексатом (AuNPs-3MPS); топическая липосомальная форма метотрексата.

Топический препарат, блокирующий резидентные клетки памяти (2% мазь PAP-1), который позволит влиять на течение и рецидивы заболевания, а возможно даже привести к излечению больного от псориаза. Показано, что клинический эффект сопоставим с лечением сильным топическим стероидом – клобетазола пропионатом и системным цитостатиком – циклоспорином.

Топический ингибитор сериновых протеаз: ER143 и AAN-16. Результатом действия данной группы препаратов является торможение IL-36-опосредованного воспаления, играющего важнейшую роль не только при пустулезном, но и при бляшечном псориазе. Это позволяет контролировать воспалительный процесс при псориазе на ранних этапах его развития.

Топический ингибиторы янус киназ (тофацитиниб) приводит к блокированию сигнальных путей различных воспалительных цитокинов, участвующих в иммунных реакциях, что сопровождается подавлением воспаления в коже.

Топический ингибитор транскрипционного фактора Stat3 (rS3-PA) вызывает ингибирование передачи сигнала от рецепторов активированных цитокинов и факторов роста на клеточной поверхности к ядру клетки.

Топический ингибитор вторичного месенджера сигналов (SIS3) тормозит активность трансформирующего фактора роста (TGF)-b1 и таким образом дифференцировку Th17 клеток.

Топический ингибитор фосфодиэстеразы 7 (ASB16165) и 4 (AN-2728/кризаборол), подавляет активацию Т-клеток, в том числе цитотоксических Т-лимфоцитов, вызывая разрешение высыпаний.

Топический ингибитор транскрипционного фактора ROR (PF-06763809) снижает синтез провоспалительных цитокинов Т-клетками 17 типа (Th17).

Топический ингибитор фосфолипазы А2 (AVX001) подавляет активацию NF-κB-опосредованного сигнального пути, индуцирующего образование TNFα.

Топический ингибитор гидролаз (DZ2002) приводит к ингибированию активности метилтрансферазы и подавлению иммунного ответа.

Разработка новых топических препаратов с избирательным механизмом действия на ключевые звенья воспалительного процесса позволит добиться выраженного клинического эффекта и снизит частоту развития нежелательных явлений.

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА

Жураева М.А., Алейник В.А., Ахмедова Д.К., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Нами представляло интерес изучить факторы, оказывающие влияние на изменение утилизации печенью короткоцепочных пептидов. Одним из предполагаемых нами факторов, влияющих на утилизационную способность печени, являлся трипсин.

Представлены результаты 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние на секреторную функцию желудочных желез короткоцепочного пептида пентагастрина (Г-5) совместно с трипсином путем введения в портальную и периферическую вены.

Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого желудочного сока под влиянием трипсина введенного в периферическую вену (в/в), был недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора, соответственно 0,6±0,05 мл и 0,5±0,03 мл (P>0,5). А под влиянием трипсина, введенного в портальную вену (в/п), был достоверно выше, чем после введения физиологического раствора соответственно 0,9±0,05 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001).

Объем выделяемого желудочного сока под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 1,7±0,15 мл, так и портальную вену 1,1±0,09 мл, был достоверно выше, таковых показателей после введения физиологического раствора соответственно 0,5±0,03 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001). При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,1±0,09 мл (P<0,001). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось по отношению к Г-5 недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,9±0,17 мл (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 1,1±0,09 мл и 1,35±0,11 мл (P<0,001).

Показатели ОПА желудочного сока после введения трипсина, как в периферическую вену 34,6±2,9 Ед/20 мин, так и в портальную вену 36,8±3,1 Ед/20 мин, были недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора соответственно 29,9±2,3 Ед/20 мин и 31,4±2,7 Ед/20 мин (P>0,5), но незначительно выше, чем при введении в периферическую вену. Показатели ОПА под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин, так и в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 29,9±2,3 Ед/20 мин (P<0,001) и 31,4±2,7 Ед/20 мин (P<0,001). При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, были недостоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин (P>0,5). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин мин и 59,2±5,1 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин и 54,1±4,3 Ед/20 мин (P<0,05).

Показатели общей кислотности желудочного сока имели закономерности, отмеченные по выделению объема желудочного сока и ОПА. После введения трипсина в периферическую вену (в/в), эти показатели были недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора 7,1±0,5 Ед/20 мин и 5,6±0,4 Ед/20 мин (P>0,5). А под влиянием трипсина в портальную вену (в/п), были достоверно выше, чем после введения физиологического раствора 6,8±0,6 Ед/20 мин и 5,1±0,3 Ед/20 мин (P<0,001).

Показатели общей кислотности желудочного сока под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 16,7±1,3 Ед/20 мин, так и портальную вену 8,6±0,7 Ед/20 мин, были достоверно выше, показателей после введения физиологического раствора соответственно 5,6±0,4 Ед/20 мин (P<0, 001) и 5,1±0,3 Ед/20 мин (P<0, 001). При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену 8,6±0,7 Ед/20 мин, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 16,7±1,3 Ед/20 мин (P<0,001). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось недостоверное увеличение относительно Г-5 показателей при введении в периферическую вену 18,4±1,5 Ед/20 мин и 16,7±1,3 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 11,3±0,9 Ед/20 мин и 8,6±0,7 Ед/20 мин (P<0,05).

По результатам этих исследований можно заключить, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид пентагастрин. Трипсин незначительно увеличивает секреторную активность желудка при введении в периферическую вену и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность трипсина снижать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид пентагастрин,

Таким образом, трипсин инкретирумый поджелудочной железой может способствовать снижению утилизации печенью короткоцепочных пепти-

дов и тем самым участвовать в физиологических механизмах регуляции деятельности пищеварительных желез желудка.

ИЗУЧИТЬ УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ И ДЛИННОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ ПО ИЗМЕНЕНИЮ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

Жураева М.А., Алейник В.А., Ахмедова Д.К., Холикова Д.С., Ашуралиева Н.Д., Усманов С.С.
Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Холецистокинин (ХЦК) и гастрин вместе составляют семейство гомологичных пептидных гормонов, которые являются физиологическими лигандами для рецептора гастрин/ХЦК-В, тогда как рецептор ХЦК-А связывает только сульфатированные ХЦК-пептиды. Пептиды ХЦК в основном продуцируются в тонких кишечных эндокринных I-клетках и в нейронах головного мозга. Пептиды ХЦК регулируют секрецию и рост панкреатических ферментов, сокращение желчного пузыря, подвижность кишечника, сытость и подавляют секрецию желудочной кислоты. Кроме того, они являются мощными нейротрансмиттерами в мозге и на периферии.

Цель исследования. Изучить в экспериментах на крысах степень утилизации печенью короткоцепочных (пентагастрина, ХЦК-8) и длинноцепочных (гастрина-17, ХЦК-33) пептидов по изменению секреторной функции пищеварительных желез желудка и поджелудочно.

Материал и методы. Исследования проводились на базе НИЛ АГМИ в 2017-2020 гг. на 274 белых беспородных крысах-самцах массой 180-220 г, которых содержали в стандартных условиях вивария. Эксперименты проводили в соответствии с «Европейской конвенцией о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментов и других научных целей» (Страсбург,1985). Всего по результатам проведенных 42 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида пентагастрина (Г-5) и длинноцепочного пептида гастрина-17 (Г-17) на секреторную функцию желудочных желез.

Результаты исследоваиия. Установлено, что введение в периферическую вену (в/в) Г-5 приводит к достоверному увеличению объема выделяемого желудочного сока, в сравнении с введением физиологического раствора,соответственно 1,7±0,08 мл и 0,5±0,03 мл (P<0,001) (рис. А). При этом под влиянием Г-17, введенного в периферическую вену (в/в), также объем выделяемого желудочного сока был достоверно выше, чем после введения физиологического раствора 1,8±0,09 мл и 0,5±0,03 мл (P<0,001) и незначительно выше, чем после введения Г-5 (рис. 3.1.А).

При введении Г-5 внутрипортально отмечалось достоверное увеличение выделяемого объема желудочного сока, по сравнению с этим показателем при внутрипортальном введении физиологического раствора, соответственно 1,1±0,08 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001). В тоже время показатели объема сока при внутрипортальном введении Г-5 были достоверно ниже, чем таковые значения при введении в периферическую вену 1,1±0,08 мл и 1,7±0,08 мл (P<0,001). Внутрипортальное же введение Г-17 вызывало достоверное увеличение объема желудочного сока, по сравнению с внутрипортальным введением, как физиологического раствора – 1,65±0,12 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001), так и Г-5 – 1,65±0,12 мл и 1,1±0,08 мл (P<0,001). При этом показатели при внутрипортальном введении Г-17 были несущественно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену 1,8±0,09 мл и 1,65±0,12 мл проведено 5 серий экспериментов.

Показатели общей кислотности желудочного сока имели закономерности, отмеченные по выделению объема желудочного сока и ОПА. После введения в периферическую вену, эффекты Г-5 были достоверно выше эффектов физиологического раствора соответственно 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин и 5,6±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001). Также и после введения в периферическую вену, эффекты Г-17 были достоверно выше эффектов физиологического раствора, соответственно 14,5±1,1 Мкмоль/20 мин и 5,6±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), но незначительно ниже таковых после введения Г-5, соответственно 14,5±1,1 Мкмоль/20 мин и 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин. При внутрипортальном введении эффекты Г-5 были выше, чем физраствора, соответственно 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин и 5,1±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), однако эти показатели были достоверно ниже, чем после введения его в периферическую вену, соответственно 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин и 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин (P<0,001). В тоже время внутрипортальное введение Г-17 вызывало достоверное увеличение общей кислотности желудочного сока, по сравнению с внутрипортальным введением физиологического раствора, соответственно 13,2±1,1 Мкмоль/20 мин и 5,1±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), а также Г-5, соответственно 13,2±1,1 Мкмоль/20 мин и 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин (P<0,001).При этом пока-

затели при внутрипортальном введении Г-17 были незначительно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену соответственно 13,2±1,1 Мкмоль/20 мин и 14,5±1,1 Мкмоль/20 мин.

Представленные данные свидетельствуют, что при прохождении через печень короткоцепочного гастрина Г-5 происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверно низких показателях объема желудочного сока и общей кислотности. Однако отмечается выраженное, но недостоверное снижение показателей ферменто-выделительной деятельности желудка. При этом при прохождении через печень длинноцепочного гастрина Г-17 происходит уменьшение секреторных эффектов, что выражается в незначительном снижении показателей объема желудочного сока и общей кислотности. Эти данные подтверждают предположение об участии печени в утилизации короткоцепочных пептидов, но не длинноцепочных у крыс. Таким образом, печень участвует в пептидергических механизмах регуляции деятельности желудка.

ВЛИЯНИЕ ХЦК-8 И ХЦК-33 НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жураева М.А., Алейник В.А., Халикова Д.С., Ашуралиева Н.А., Усманов С.С.
Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Помимо влияния изменения утилизации короткоцепочных и длинноцепочных пептидов на пищеварительные железы желудка представляло интерес изучить влияние этого механизма на показатели функциональной активности поджелудочной железы. Нами представлены результаты экспериментов влияния изменения утилизации короткоцепочных и длинноцепочных пептидов на секреторную функцию поджелудочной железы.

Проведены 42 острых эксперимента на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида ХЦК-8 и длинноцепочного пептида ХЦК-33 на секреторную функцию поджелудочной железы.

Было установлено, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и в портальную вену, был достоверно выше по отношению к таковым показателям после введения физиологического раствора, соответственно 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05 мл ($P<0,05$), и 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл ($P<0,05$). Объем сока под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, был недостоверно ниже показателей с введением ХЦК-8 в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл ($P>0,5$).

Введение ХЦК-33 вызывало недостоверное увеличение объема сока в сравнении с таковыми показателями после введения физиологического раствора, как в периферическую вену 0,71±0,06 мл и 0,59±0,05 мл ($P>0,5$), так и в портальную вену 0,65±0,05 мл и 0,48±0,03 мл ($P>0,5$) (рис. А). В тоже время, под влиянием ХЦК-33, введенного в портальную вену, выделение поджелудочного сока было недостоверно ниже в сравнении с введением ХЦК-33 в периферическую вену, соответственно 0,65±0,05 мл и 0,71±0,06 мл ($P>0,5$), но эти эффекты снижения были значительно менее выражены по сравнению с таковыми эффектами с ХЦК-8, соответственно 0,48±0,03 мл и 0,59±0,05 мл($P<0,05$).

Необходимо отметить, что под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, выделение амилазы – 1001,1±93,1 Ед/20 мин было достоверно ниже показателей с введением ХЦК-8 в периферическую вену – 1362,0±121,4 Ед/20 мин ($P<0,05$). Выделение амилазы при введении ХЦК-33 как в периферическую вену – 1294,1±106,8 Ед/20 мин, так и в портальную вену – 1212,5±98,7 Ед/20 мин, вызывало также достоверное увеличение, по сравнению с введением физиологического раствора, соответственно 639,7±53,7 Ед/20 мин ($P<0,001$) и 601,8±43,2 Ед/20 ($P<0,001$). При этом под влиянием ХЦК-33, введенного в портальную вену, выделение амилазы было незначительно ниже этих показателей при введении ХЦК-33 в периферическую вену: 1212,5±98,7 Ед/20 мин и 1294,1±106,8 Ед/20 мин.

Установлено, что при прохождении через печень короткоцепочного пептида ХЦК-8происходит значительное снижение ферментовыделительной деятельности поджелудочной железы, что выражается в достоверном снижении общей протеолитической активности и амилазы. При этом при прохождении через печень длинноцепочного пептида ХЦК-33 происходит незначительное снижение ферментовыделительной деятельности поджелудочной железы, что выражается в несущественном снижении показателей объема поджелудочного сока, общей протеолитической активности и амилазы.

Таким образом,у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид ХЦК-8 и несущественно ХЦК-33 при введении в портальную вену.

Полученные результаты, являются дополнительным подтверждением участия печени в утилизации короткоцепочных пептидов, что является одним из механизмов в регуляции деятельности поджелудочной железы. Данное утверждение является новым доказательством существования физиологи-

ческого механизма взаимосвязи желудка, поджелудочной железы и печени.

ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ИШЕМИЮ МИОКАРДА ПРИ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Захарова О.В., Болдуева С.А., Леонова И.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Микроваскулярная стенокардия (МВС) – это одна из форм ишемической болезни сердца (ИБС), которая диагностируется у больных с ангинозными болями в грудной клетке, положительными нагрузочными тестами и ангиографически неизмененными коронарными артериями (КА) при отсутствии спазма последних. В основе МВС, по мнению большинства исследователей, лежит патология преартериол и артериол, заключающаяся в снижении их вазодилататорной способности, что приводит к ишемии миокарда. Согласно европейским рекомендациям (ESC, 2013) лечение таких пациентов, включает препараты, традиционно используемые при ишемической болезни сердца (ИБС), однако эта терапия мало эффективна.

Цель исследования. оценить показатели нагрузочного теста у больных с МВС на фоне терапии триметазидином.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов, которым была диагностирована МВС на основании клинической картины, данных коронарографии и позитронно-эмиссионной томографии миокарда с функциональными пробами (холодовая проба, проба с дипиридамолом), положительного нагрузочного теста. Нагрузочный тест выполнялся на тредмиле (аппарат Max Personal Marquette Electronics 8200 West Tower Avenue Milwaukee WI 53223 USA) с контролем ЭКГ. Критериями прекращения теста были: регистрация на ЭКГ в двух смежных отведениях и более горизонтальной или косонисходящей депрессии сегмента ST 2,0 мм и более; появление ангинозного приступа, усиливающегося во время проведения теста и проходящего после прекращения физической нагрузки (ФН); повышение АД более 220/120 мм. рт. ст. или снижение более чем на 20% от исходного уровня. Выполненную нагрузку оценивали в метаболических единицах (METS). Пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа пациентов (контрольная, 30 человек) получала стандартную медикаментозную терапию, включающую бета-блокаторы, статины, дезагреганты, при необходимости пролонгированные нитраты. 2-я группа (лекарственного воздействия, 30 человек) получала стандартную терапию и триметазидин 35 мг 2 раза в день. Через 3 месяца терапии пациентам повторно выполнен нагрузочный тест на тредмиле.

Результаты. У 25 (83,3%) больных первой группы через 3 месяца на фоне стандартной терапии нагрузочный тест был расценен как положительный. Однако, наблюдалось увеличение общего времени проведения нагрузочного теста с 5,41±1,35 мин до 8,44±1,79 мин ($p<0,001$), а также времени до появления депрессии сегмента ST с 3,70±1,17 мин до 6,71±1,93 мин ($p<0,001$). Выполненная нагрузка, выраженная в METS, у пациентов контрольной группы также возросла с 4,5±0,8 до 6,1±1,4 METS ($p<0,001$). В группе триметазидина тест с ФН, 3 месяца лечения был таковым только у 8 (26,7%) больных. Основные показатели нагрузочного теста достоверно улучшились: в 2 раза произошло увеличение общего времени теста (с 5,15±1,41 до 12,03±1,80 мин) ($p<0,001$), а также времени до появления депрессии сегмента ST с 3,54±1,21 до 9,67±1,17 мин ($p<0,001$). Выполненная нагрузка также возросла в 2 раза (с 4,4±0,9 до 8,2±0,6 METS) ($p<0,001$).

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что добавление триметазидина к базисной терапии у больных с МВС значительно улучшает показатели нагрузочной пробы, уменьшая тем самым ишемию миокарда.

ВОЛОСАТОКЛЕТОЧНЫЙ ЛЕЙКОЗ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ

Зверева О.Н.
Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск

Волосатоклеточный лейкоз (ВКЛ) – хроническое лимфопролиферативное заболевание с инфильтрацией костного мозга лимфоцитами со специфическими выростами цитоплазмы («волосатыми» клетками). Применение для лечения ВКЛ аналога пуриновых оснований кладрибина значительно повысило частоту полных ремиссий и 5-летнюю выживаемость больных.

Цель исследования. Оценить эффективность современной терапии пациентов с ВКЛ, проводимой на базе Архангельской областной клинической больницы за 20-летний период.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 45 случаев впервые диагностированного ВКЛ за период с 2001 по 2020

гг. по данным формы №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных в дебюте заболевания составил 55 лет (от 42 до 85 лет). Преобладали пациенты в возрасте старше 40 лет – 37 чел. (82,2%), в возрасте до 40 лет было 8 больных (17,8%). Большинство больных проживали в городах Архангельске, Северодвинске и Новодвинске – 28 чел. (62,2%). Всем больным диагноз был установлен на основании: абсолютного лимфоцитоза в периферической крови с наличием в мазке крови и костного мозга не менее 10% «волосатых» лимфоцитов, часто в сочетании со спленомегалией и лимфоаденопатией. У подавляющего большинства пациентов – 32 чел. (71,1%) на момент постановки диагноза выявлена типичная форма ВКЛ, вариантная форма (без выраженной цитопении) наблюдалась у 13 больных (28,9%). При осмотре гематологом у больных выявлялись следующие объективные признаки: лимфоаденопатия, спленомегалия (у 92,0% больных при типичной форме и у всех больных при вариантной форме), наличие которой подтверждалось УЗ-исследованием, при этом площадь селезенки составляла от 45 до 102 см^2. Анемия имела место у всех больных с медианой 89 г/л при типичной форме и 112 г/л при вариантной форме. У большинства больных – 33 чел. (73,3%) отмечалась тромбоцитопения с медианой 82х109/л при типичной форме и 122х109/л при вариантной форме. Лейкопения менее 4,0х109/л отмечалась у всех больных с типичной формой (медиана 2,2х109/л), у больных же с вариантной формой в 63% случаев выявлялся лейкоцитоз (медиана 22,7х109/л) и в 37% случаев нормальный уровень лейкоцитов (медиана 6,9х109/л). У 18 больных с типичной формой и у 8 больных с вариантной формой при диагностике ВКЛ назначалась монотерапия интерфероном α 3 млн ЕД п/к каждый день или 3 раза в неделю (в зависимости от переносимости). У 4 больных с типичной формой и 5 больных с вариантной формой назначалась комбинированная схема лечения последовательного назначения интерферона α, затем кладрибина 6,8 мг/сут в/в 1 раз в день в течение 7 дней. Проанализированы результаты проведенного лечения: при монотерапии интерфероном α только у 10 больных из 24 достигнуто клинико-гематологическое улучшение (41,7%), а при комбинации интерферона α с кладрибином у 7 больных из 9 (77,8%).

Выводы. На Европейском Севере у больных ВКЛ вариантная форма диагностировалась чаще, чем по литературным данным, и отличалась по ряду признаков от известных описаний: характеризовалась преобладанием больных мужского пола, большей выраженностью спленомегалии.

Комбинированная схема лечения последовательного назначения интерферона α, затем кладрибина оказалась значительно более эффективной, чем монотерапия интерфероном α.

ЧАСТОТА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ

Зверева О.Н.
Северный государственный
медицинский университет,
г. Архангельск

Истинная полицитемия (ИП) – хроническое неопластическое заболевание с повышенной пролиферацией эритроцитов и в меньшей степени лейкоцитов и тромбоцитов. Увеличение вязкости крови вследствие панцитоза является основным фактором патогенеза сосудистых осложнений, приводящих к неблагоприятному прогнозу. Проведено ретроспективное исследование 186 случаев ИП, впервые диагностированной в 2000-2019 гг. в Архангельской областной клинической больнице. Заболевание выявлялось в основном в развернутой стадии уже при наличии сосудистых осложнений вследствие позднего направления больных к гематологу.

Цель исследования. Проследить частоту сосудистых осложнений у впервые выявленных за последние 20 лет больных ИП (2000-2019 гг.).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 186 случаев впервые диагностированной ИП за период с 2000 по 2019 гг. по данным формы №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» путем изучения данных о перенесенных сосудистых осложнениях (инсульт, инфаркт миокарда, тромбофлебит сосудов нижних конечностей, тромбозы висцеральных сосудов).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных в дебюте заболевания составил 58,6 лет (от 42 до 80 лет). Преобладали пациенты в возрасте старше 50 лет – 143 чел. (76,9%), в возрасте до 50 лет было 43 больных (23,1%). Большинство больных проживали в крупных городах области Архангельске, Северодвинске и Новодвинске – 125 чел. (67,2%). Всем больным диагноз был установлен на основании: эритроцитоза/панцитоза в периферической крови (ПК), часто в сочетании со спленомегалией; исключения вторичных эритроцитозов. У подавляющего большинства пациентов – 174 чел. (93,5%) на момент постановки диагноза выявлена 2 стадия ИП. При осмотре гематологом у больных выявлялись следующие объективные признаки плеторического синдрома: симптоматическая артериальная гипертония (АГ) – у 135 чел. (72,6%), эритроцианоз – у 54 чел.(29,0%), спленомегалия– у 124 чел. (66,7%), что подтверждалось УЗ-исследованием, при этом площадь селезенки составляла от 44 до 108 см^2. Эритроцитоз в ПК имел место у всех больных выше уровня 6,0х1012/л, достигая в ряде случаев очень высо-

ких цифр – 8,9-9,1х1012/л. Гемоглобин повышался более 170 г/л максимально до 203-209 г/л. У большинства больных – 123 чел. (66,1%) отмечался тромбоцитоз более 400х109/л. Лейкоцитоз выше 12х109/л отмечался у 38 чел. (20,4%). Панцитоз, характерный для ИП, выявлен в 22,6% случаев (42 чел.), сочетание эритроцитоза и тромбоцитоза- в 45,2% (84 чел.), эритроцитоза и лейкоцитоза – в 9,7% (18 чел). СОЭ была снижена от 2 до 0 мм/час. Сосудистые осложнения к моменту диагностики выявлены в 73,7% случаев (137 чел). Первое место по частоте занимала АГ – 67,2% (125 чел.) У 27 чел. (14,5%) произошел инсульт в интервале от 1 до 3 лет до диагностики ИП. Острый инфаркт миокарда развился у 12 чел (6,5%). У 13 пациентов (6,9%) выявлялся тромбофлебит сосудов нижних конечностей, у 5 больных (2,7%) – тромбоз воротной вены, у 4 больных (2,2%) – илеофеморальный тромбоз. В 34,9% случаев (65 чел) АГ сочеталась с другими сосудистыми осложнениями (инсульт, различные формы ИБС).

Выводы. Выявлена высокая частота сосудистых осложнений уже в дебюте ИП, что может быть связано с поздней диагностикой (во 2 стадии) вследствие недооценки практическими врачами симптома эритроцитоза. Своевременное назначение антиагрегантов, гипотензивной и сосудистой терапии, а по показаниям – гемоэксфузий/эритроцитофереза и химиотерапии способствует профилактике тяжелых осложнений и улучшению прогноза заболевания.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОДВИНСКА

Зверева О.Н.[1], Брусенцова М.А.[2]
[1]Северный государственный медицинский университет,
[2]Новодвинская центральная городская больница,
г. Архангельск

Цель исследования. Проанализировать данные о первичной заболеваемости лейкозами взрослого населения города Новодвинска- крупного монопромышленного центра химико-лесной промышленности Архангельской области. Злокачественные новообразования кроветворной системы занимают в Архангельской области 7-е место в структуре онкологической заболеваемости.

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

Результаты и их обсуждение. В структуре первичной заболеваемости больные острыми лейкозами (ОЛ) составили 32,5%. Больные с множественной миеломой (ММ) составили 30,1%, с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) – 26,0%, с хроническим миелолейкозом (ХМЛ) – 9,5%, другими редкими формами лейкозов – 1,9%. Уровни первичной заболеваемости различными нозологическими формами лейкозов в Новодвинске превышали аналогичные среднерегиональные показатели. Средний показатель инцидентности ОЛ в Новодвинске составил 3,61 на 100 тыс. взрослого населения при показателе 1,92 на 100 тыс. по всей области, ХМЛ-1,55 на 100 тыс. населения (1,19 на 100 тыс. по области), ХЛЛ- 3,61 на 100 тыс. населения, что незначительно превышало аналогичный показатель по области (3,32 на 100 тыс.) и ММ – соответственно 2,58 на 100 тыс. населения (2,41 на 100 тыс. по области). При сравнении заболеваемости лейкозами по трем крупным городам области обращает на себя внимание более высокий уровень инцидентности ОЛ в Новодвинске (3,61), чем в Архангельске (2,35) и Северодвинске (1,32), а также ХМЛ (1,55) против 1,37 и 1,32 соответственно, ММ (2,58) против 2,29 и 2,30 соответственно.

Выводы. Таким образом, среднегодовой уровень первичной заболеваемости ОЛ и ХМЛ взрослого населения Новодвинска более значительно превышал средний показатель как по области, так и по Архангельску и Северодвинску, чем при других формах лейкозов, что требует тщательного анализа и сравнения с другими регионами. Обращает на себя внимание прогрессивный рост уровня первичной заболеваемости лейкозами в динамике по всей области за исследуемый период.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАДЫ ИЛ-6 В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И COVID-19: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Звоноренко М.С., Бабаева А.Р.
Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Цель работы. Описать клинический случай системной красной волчанки с COVID-19 и опыт применения олокизумаба.

Материалы и методы. Пациентка А., 47 лет, страдает системной красной волчанкой (СКВ) с 2000 года, когда впервые появились боли в лучезапястных и коленных суставах, миалгии, через 2 месяца появилась эритематозная сыпьна лице, плечах и груди, повышение температуры до 38 градусов. Ревматологом был поставлен диагноз СКВ после обнаружения антинуклеарного фактора. Получала метилпреднизолон 12 мг в сутки, от базисной терапии гидроксихлорохином отказывалась Два-три раза в год отмечала обострения СКВ, проходила лечение в ревматологических отделениях. С 13.12.21 г ухудшение самочувствия: появление болей в межфаланговых суставах, эритемы на лице в виде бабочки, лихорадка. После получения отрицательных результатов мазка на COVID19 и рентгенографии легких (без патологии) была госпитализирована в ревматологическое отделение, где проходила лечение до 30.12.20 г. с диагнозом «Системная красная волчанка, подострое течение, активность высокая (SLEDAI 8), с поражением кожи (полиморфные высыпания), суставов (полиартрит), мышц (миалгии), лихорадочным синдромом». В связи с сохраняющейся субфебрильной лихорадкой 28.12.20 г. проведена КТ, обнаружены признаки двусторонней полисегментарной пневмонии, вовлечение паренхимы правого легкого – 10%, левого – 5%. Повторное исследование мазка методом ПЦР на COVID-19 – положительный результат. В связи с небольшим объемом поражения легких, сохраненной сатурацией была выписана на амбулаторное лечение. Принимала апиксабан 5 мг 2 раза в день, левофлоксацин 500 мг 2 раза в день. Состояние не улучшалось: с 03.01.21 г температура тела стала повышаться до 39градусов. 05.01.21 г. обратилась в стационар по месту жительства, где при повторном КТ легких – картина полисегментарной пневмонии с объемом поражения – 20%. Пациентка госпитализирована в инфекционное отделение. Состояние было оценено как средней тяжести. ЧДД 20 в мин. При аускультации легких хрипы не определялись. Сатурация 96%. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 96 в минуту, АД 125/70 мм рт.ст. Температура тела 38˚С. В анализах крови при поступлении нормохромная анемия (гемоглобин – 118 г/л, цветовой показатель – 0,85) Лейкоциты – 3,2х10^9. С-реактивный белок – 24,48 мг/л Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – диффузные изменения почек.

Результаты и обсуждение. На основании жалоб, анамнеза, клинической картины, результатов обследования пациентки установлен диагноз: Новая коронавирусная инфекция COVID-19, подтвержденная обнаружением РНК SARS-COV2. Внебольничная двусторонняя полисегментарная интерстициальная пневмония средней степени тяжести КТ-1. Интоксикационный синдром. Системная красная волчанка, подострое течение, активность высокая (SLEDAI 8) (по анамнезу). Проводилось лечение с применением противовирусных средств (фавипиравир), глюкокортикоидов (дексаметазон 16 мг/сут)), антикоагулянтов (эноксапарин натрия в лечебной дозе в соответствии с действующим рекомендациями МЗ РФ. Однако в динамике отмечалось повышение уровня С-реактивного белка (от 24,48 до 42,74 мг/л), лихорадка до 38, одышка при физической нагрузке. Ввиду отрицательной динамики, было принято решение о введении ингибитора интерлейкина-6 олокизумаба (артлегиа) 160 мг п/к. Через день после его введения отметила улучшение самочувствия: снизилась температура тела до 37,2, уменьшилась одышка, С-реактивный белок снизился до 1,22мг/л, увеличилось количество лейкоцитов до 8,4х10^9. 16.01.21 г пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями приема: метилпреднизолона 12 мг/сут в сутки, гидроксихлорохина 400 мг в сутки.

Выводы. При СКВ и пневмонии, вызванной COVID-19, протекающей с клиническими признаками цитокинового шторма, показано применение биологической терапии моноклональными антителами к ИЛ-6. Введение олокизумаба позволяет быстро купировать системное воспаление, стабилизировать состояние пациента, предупредить развитие тяжелых осложнений и улучшить исход острой коронавирусной инфекции, без прогрессирования активности и органных поражений СКВ.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОГОНАДИЗМ

Зигинов Е.А.[1], Чернавский С.В.[2]
[1]Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка,
[2]Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко,
Москва

В настоящее время метаболический синдром (МС) является одной из актуальных проблем современной медицины, что в первую очередь обусловлено его большой распространенностью среди лиц трудоспособного населения. Метаболические нарушения тесно взаимосвязаны с развитием гипогонадизма (ГГ), субклинические формы которого развиваются уже на ранних этапах формирования МС.

Цель исследования. Оценить распространенность субклинического гипогонадизма (СГГ) у пациентов мужского пола с МС.

Материалы и методы. Обследовано 37 мужчин: средний возраст которых составил 49,2±5,8 лет, длительность МС – 4,5±1,2 года. Диагностика МС осуществлялась на основании «Рекомендаций по ведению больных с метаболическим синдромом». Всем обследованным производилось определение уровня общего тестостерона, секс-стероид связывающего глобулина, расчет уровня свободного тестостерона, определение уровня лютеинизирующего гормона.

Результаты и обсуждение. У 27 обследованных (72,9%) был выявлен ГГ. В 70,4% (19 больных) диагностировалась его манифестная форма, в 29,6% (8 обследованных) – СГГ. Наиболее часто начальные проявления ГГ встречались у больных МС, при котором отмечалось сочетание абдоминального ожирения (АО) с артериальной гипертензией (АГ), дислипидемией (ДЛП) и нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) – 75% (6 обследованных). В 25% случаев (2 пациентов) СГГ диагностировался у больных с АО в сочетании с АГ, НТГ.

Выводы. Обследование и лечение больных с метаболическими нарушениями должно проводится с учетом возможного раннего формирования субклинического гипогонадизма.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Зырина Г.В.
Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь

Истинная полицитемия (ИП) – миелопролиферативное заболевание, при котором увеличение массы циркулирующих эритроцитов, гематокрита приводит к повышению вязкости крови, нарушению микроциркуляции, что способствет развитию хронической ишемии головного мозга (ХИМ). Артериальная гипертензия (АГ) является одним из частых осложнений ИП.

Цель. Изучить клинические особенности ХИМ при ИП с сопутствующей АГ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 64 больных ИП с сопутствующей ХИМ (42 мужчины, 22 женщины, средний возраст 61±3,1 года). Длительность заболевания – от 1 года до 8,5 лет. У всех пациентов 2А стадия заболевания. У 26 (40,6%) больных диагностирована I стадия ХИМ, у 34 (53,1%) – II стадия, у 4 (6,3%) – III стадия. Все больные ИП с ХИМ были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 36 пациентов с сопутствующей АГ (24 мужчин, 12 женщин), 2-я группу – 28 больных ИП без сопутствующей АГ (18 мужчины, 10 женщин).

Для выявления когнитивных расстройств использовали краткий тест оценки психического статуса MMSE. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «Statistica 6.0». Использовались непараметрические методы: критерий Манна-Уитни, χ2,критерий Фишера (F), коэффициент корреляции Спирмена. Результаты считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Чаще всего больные ИП с ХИМ 1-й и 2-й групп жаловались на головные боли, головокружение, пошатывание при ходьбе, расстройства сна. Больные 1-й группы достоверно чаще предъявляли жалобы на головную боль (27;75%), чем пациенты 2-й группы (10;45%), ($p<0,05$).

При неврологическом обследовании у больных ИП с ХИМ выявлены следующие симптомы: атаксия, проявляющаяся неустойчивостью и пошатыванием при пробе Ромберга и во время ходьбы, интенцией и дисметрией при координационных пробах – у 40 (62,5%), глазодвигательные расстройства – у 36 (56,3%), сглаженность носогубной складки – у 29 (45,3%), рефлексы орального автоматизма – у 24 (37,5%), анизорефлексия – у 20 (31,3%).

Жалобы на снижение памяти и внимания, затруднение усвоения новой информации предъявляли 47 (73,4%) больных ИП с ХИМ. В 1-й группе достоверно чаще выявлены когнитивные нарушения, чем во 2-й группе, соответственно 31 (86,1%) и 16 (57,1%), ($\chi^2=6.7755$; $p<0,001$). У больных ИП с АГ средний балл MMSE был ниже 24,7±3,8, чем у больных без АГ– 26,1±3,1, ($p<0,05$).

Артериальное давление у больных ИП в среднем составило 148/95 мм рт.ст. и колебалось у отдельных пациентов от 120/85 до 180/110 мм рт.ст. В 1-й группе больных ИП с АГ средние цифры были 147/95 мм рт. ст. и выше. Выявлена корреляционная зависимость цифр систолического АД от уровня гематокрита ($r=0,55$; $p<0,05$) и от уровня эритроцитов ($r=0,42$; $p<0,05$) у больных ИП с ХИМ. Установлено, что ХИМ II стадии выявлена у больных с АГ достоверно чаще ($\chi^2=4,855$, $p<0,05$), больные ХИМ Ш стадии встретились только у больных ИП с АГ. I стадия ХИМ в два раза чаще диагностирована у больных ИП без сопутствующей АГ ($F=0,0119$, $p<0,05$).

Выводы. Наличие АГ у больных ИП с ХИМ приводит к прогрессированию недостаточности мозгового кровообращения у больных ИП, что оказывает существенное влияние на состояние когнитивных функций пациентов. Больным ИП с ХИМ необходима своевременная диагностика АГ, назна-

чение эффективной гипотензивной терапии, наблюдение невролога для профилактики возникновения и прогрессирования неврологических нарушений и когнитивного дефицита.

ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ ГИПОГЛИКЕМИЙ КАК КЛАССИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМЫ

Иванова С.Н.[1,2], Евсюгина Т.В.[1], Лапыгина С.И.[1], Рогалева А.К.[2]
[1]Северный государственный медицинский университет,
[2]Архангельская областная клиническая больница,
г. Архангельск

Цель. Провести дифференциальный диагноз гипогликемий для диагностики и выявления инсулиномы.

Материалы и методы. Пациент Д., 37 лет, 06.08.20. поступил в эндокринологическое отделение АОКБ с жалобами на периодическую общую слабость, спутанность сознания, головокружение, потливость. Из анамнеза заболевания было известно, что эти жалобы появились 1 год назад, пациент связывал появление приступов с употреблением алкоголя. В последнее время приступы участились, возникали после малейшей физической нагрузки, купировались приемом пищи. Неоднократно во время приступа бригадой СМП были зафиксированы гипогликемические состояния (глюкоза крови 1,2-2,5-3,0 ммоль/л) с потерей сознания, которые купировались внутривенным введением 40% глюкозы. Со слов пациента, он вынужден был часто дробно питаться, за 1,5 года прибавил в весе на 10 кг. При поступлении было назначено дообследование и консервативное лечение: диетотерапия, инфузорная терапия, анальгетики, спазмолитики, блокаторы протонной помпы. В биохимическом анализе крови: инсулин 18,7мкМЕ/мл (повышен), уровень гликемии колебался от 2,2 до 8,9ммоль/л, проба с голоданием: с 19:00-6,7-4,7-3,3-2,7-2,8-2,6-2,7-1,4 ммоль/л, на фоне которой появились жалобы на головокружение, выраженную слабость, спутанность сознания, проба была прекращена (введено 40% глюкоза с положительным эффектом). В качестве инструментальной диагностики были проведены: обзорная рентгенография органов грудной клетки и видеоколоноскопия - патологии не было выявлено; РКТ брюшной полости, забрюшинного пространства с болюсным контрастным усилением: очаговых изменений в железе не было выявлено. В связи с тем, что по СКТ опухоль не была выявлена, было решено провести МРТ с контрастированием, в ходе которого было обнаружено очаговое образование тела поджелудочной железы размерами 11х6 мм. 28.08.20 была проведена лапароскопическая оментобурсоскопия, визуализирован уплотненный участок 15 мм на 3 см дистальнее перешейка поджелудочной железы, без четких границ и капсулы, после которой проведена дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки. Гистологический ответ – инсулинома. После оперативного лечения была отмечена положительная динамика: гипогликемий не было, болевой синдром купирован, инсулин натощак в норме. В ОАРИТ проводилось лечение: диета, инфузионная терапия – коррекция ВЭБ КЩР, респираторная терапия, аналгезия, ферменты, профилактика ТЭО, АБТ, мероприятия по уходу. На фоне этого лечения состояние больного с положительной динамикой, сахар крови нормализовался 5,98ммоль/л. Пациент был выписан 7.09.20 с дренажами на амбулаторное лечение по месту жительства.

Результаты и обсуждение. Фундаментом диагностики инсулиномы является триада Уиппла: развитие приступов спонтанной гипогликемии натощак или после физической нагрузки вплоть до потери сознания; снижение во время приступа содержания глюкозы крови (ниже 2,2 ммоль/л); быстрое купирование приступа внутривенным введением глюкозы или ее пероральным приемом. Хотя тест с 48-72-часовым голоданием является классическим «золотым стандартом» диагностики инсулиномы, но топическую диагностику можно провести только при проведении СКТ или МРТ с контрастированием поджелудочной железы в сосудистом режиме.

Выводы. В данной работе мы рассмотрели один из вариантов развития инсулиномы с типичной симптоматикой гипогликемий у мужчины 37 лет. Несмотря на затруднительную диагностику данной опухоли, выявленной только при МРТ с контрастированием, была успешно проведена дистальная резекция поджелудочной железы с 15мм опухолью. Ожидаемый прогноз для жизни и трудоспособности у нашего пациента – благоприятный.

ОТДАЛЕННЫЙ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД БАРИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Иванова С.Н.[1,2], Жилина Е.С.[1], Шуман Н.Ш.[1]
[1]Северный государственный медицинский университет,
[2]Архангельская областная клиническая больница,
г. Архангельск

Цель. Проанализировать течение морбидного ожирения после проведенного бариатрического лечения, выявить отдаленные осложнения и исход.

Материалы и методы. Пациентка К., 35 лет, поступила в хирургическое отделение АОКБ в марте 2004 г. с жалобами на повышенный вес для проведения бариатрического лечения морбидного ожирения. ИМТ=45. Из анамнеза было известно, что избыточный вес с детства, отмечала прогрессирование после каждой из 3-х беременностей (+50 кг), режим питания был смещен ближе к вечеру, образ жизни малоподвижный. В анамнезе: сахарный диабет с 2003 г.; ГБ I стадия. Консервативная терапия ожирения была не эффективна. В 2001 году было проведено удаление жирового фартука (-12 кг), но в последующем отметилось вновь повышение веса и формирование послеоперационной вентральной грыжи. В связи с сопутствующей патологией от грыжесечения решено воздержаться, а выполнить операцию по поводу ожирения – операция Скопинаро (резекция 3/4 желудка по РУ, еюноилеоанастомоз), которая была проведена после подготовки и дообследования 26.03.2004 г. Пациентка была выписана на 18-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии, и было рекомендовано частое и дробное питание, кальций Д3 никомед форте, комплекс поливитаминов и микроэлементов, препараты железа курсами, контроль веса, АД, гликемии, микроэлементов, электролитов, регулярное наблюдение эндокринолога. К ноябрю 2006 года вес снизился до 86 кг (-37кг), ИМТ составил 31,5. В последующие годы пациентка регулярно лечилась у ангиохирурга с рецидивирующими острыми тромбофлебитами правого бедра, проводилась минифлебэктомия левой НК. За весь период наблюдения проводилось трижды грыжесечение послеоперационных вентральных грыж, пластика грыжевых ворот. В 2008 года перенесла тяжелое обострение МКБ, осложненная почечной коликой слева, острым пиелонефритом, уросепсисом, ДВС-синдромом. Пациентка в связи с наличием сахарного диабета постоянно обращалась к эндокринологу, обучалась в школе коррекции веса, вес начала прибавлять спустя три года на 4 кг, в последующем до 12 кг. С 2013 года стала отмечаться хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести, синдром ускоренного СОЭ=47-56 мм/час. С 2010 по 2015 г. госпитализировалась неоднократно в х/о с диагнозами: острый гнойный подкожный парапроктит, хронический парапроктит, свищевая форма, иссечение параректального свища, вскрытие абсцесса, расположенного в параректальной клетчатке. В 2015 году пациентка вновь поступила в х/о отделение с обострениями хронических гнойных заболеваний на фоне СД, анемии, ГБ и МКБ, на фоне прогрессирующего сепсиса развилась полиорганная недостаточность и летальный исход.

Результаты и обсуждения. После проведения бариатрических операций пациенты могут испытывать определенные физиологические трудности при адаптации к новому пищевому поведению, возможен повторный набор массы тела. Дефицит минералов и витаминов – наиболее частая проблема после бариатрических операций, предупреждение, выявление и лечение которых является краеугольным камнем в периоде последующего наблюдения за больными, перенесшими бариатрические вмешательства.

Выводы. Нами представлен клинический случай бариатрического лечения морбидного ожирения у пациентки с сопутствующим сахарным диабетом, гипертонической болезнью и рецидивирующими гнойными заболеваниями. Оперативное лечение привело к значимому снижению веса до -37кг. Исключение тонкого кишечника из пищеварения привело к нарушению всасывания микроэлементов, анемии, ослаблению иммунитета, декомпенсации сахарного диабета и присоединению гнойных осложнений, что привело к неблагоприятному исходу заболевания.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ОСЛОЖНЕННОЙ СОЛЬТЕРЯЮЩИМ КРИЗОМ, ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

Иванова С.Н.[1,2], Лобанова А.С.[1], Шкерская Н.Ю.[2]
[1]Северный государственный
медицинский университет,
[2]Архангельская областная клиническая больница,
г. Архангельск

Цель. Выявить сложности диагностики и лечения осложненного течения врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) в виде острого почечного повреждения, сольтеряющего криза и острой надпочечниковой недостаточности.

Материалы и методы. Пациентка З., 30 лет, 03.02.2020 поступила в стационар ГБ по м/ж с подозрением на ОПП на фоне острого тонзиллита. Почувствовала ухудшение самочувствия с 01.01.2020 года в связи с резким повышением температуры до 39°, болью в горле, многократной рвотой, ноющими болями в поясничной области и с 02.01. отсутствием мочи. При поступлении признаки интоксикации, анурии, в крови креатинин 344 мкмоль/л, гипотония. На фоне лечения ОПП (цефепим, солукортеф, инфузионная терапия, гепарин, квамател, преднизолон, дексаметазон, кортинефф, аторвастатин) снизилась

температура тела, нормализовался диурез и азотемия. Для дальнейшего лечения ХНН и подбора терапии рейсом САС 07.01.2020 направлена в АОКБ. Из анамнеза известно, что у пациентки ХНН, врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы, сольтеряющая форма. Диагноз был установлен в двух месячном возрасте на основании клинических данных (неправильное строение наружных гениталий) и данных гормонального обследования (17ОН=50 ммоль/л). С того же времени получала заместительную терапию преднизолоном, дексаметазоном, кортинеффом. Наблюдалась у эндокринолога с 9 месяцев жизни в ФГУ Эндокринологический научный центр г. Москвы, была проведена пластика половых губ в 9 месяцев и в 15 лет. За последний год прибавила в весе 10 кг, появилось НМЦ. Пациентка в отделении была обследована: в ОАК тромбоцитоз 352.0x10^9, лейкоцитоз 12.10 10^9, СОЭ 49 мм/ч. Биохимические показатели без патологии, фибриноген 5.59 г/л. Гормоны щитовидной железы: АТ к ТПО и ТТГ в норме, ДГЭА-12.54 мкг/дл (95.80-511.70), тестостерон 1.75 нмоль/л (0.48-1.85), эстрадиол 12.00 пг/мл (0.00-649.00), 17-ОН прогестерон> 60.00 (0.30-6.91). Установлен диагноз: Врожденная дисфункция коры надпочечников (дефицит 21-гидроксилазы), сольтеряющая форма. Хроническая надпочечниковая недостаточность. ОНН от 03.01.2020. ОПП от 03.01.2020. на фоне сольтеряющего криза, в стадии разрешения. НМЦ по типу полименорреи. Была проведена консервативная терапия с подбором дозы преднизолона, дексаметазона, кортинеффа, омепразола с положительной динамикой. При выписке пациентки 17.01.2020 было рекомендовано: кортеф 10 мг утром, с возможным увеличением дозы в последующем до 15мг, кортинефф 25 мкг утром с возможным увеличением дозы до 50 мкг и 25 мкг вечером.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина ВДКН складывается из двух основных компонентов: надпочечниковой недостаточности, возникающей вследствие дефицита синтеза кортизола и альдостерона, и гиперандрогении, возникающей из-за избыточной продукции незаблокированных половых стероидов. При сольтеряющей форме наиболее опасным проявлением является дефицит минералокортикоидов, который может привести к гипотонии. У данной пациентки с диагнозом ВДКН на фоне инфекционного заболевания возросла потребность в ГКС гормонах, что не было сделано. В результате развились осложнения в виде острой надпочечниковой недостаточности и сольтеряющего криза, на фоне которых произошло острое повреждение почек с клиникой азотемии и анурии. Выведение из этих острых осложнений потребовало транспортировки пациентки в областную больницу.

Выводы. Своевременная диагностика, знание анамнеза и клиники привело к правильному лечению молодой пациентки квалифицированными специалистами и благоприятному исходу осложненного тяжелого заболевания.

ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Иванова Ю.Ю., Бугрова О.В.
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Цель. Оценить денситометрические показатели у пациенток с системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследованы 29 женщин с ССД в среднем возрасте 51 [39; 58] год, 19 из них находились в постменопаузальном периоде. Средний индекс активности EScSG (2001) без учета уровня комплемента составил 5,7 [4,0; 6,5]. У 19 (66%) пациенток имелся хронический вариант течения болезни, у 10 (34%) – подострый. Большинство 25 (86%) женщин принимали в анамнезе глюкокортикостероиды, средняя доза которых составила 7,7 [5,6; 8,0] мг/сут, а длительность приема – 5 [3; 9] лет.

Контрольную группу, сопоставимую с пациентами ССД по полу и возрасту, индексу массы тела (ИМТ) и уровню физической активности, составили 29 относительно здоровых женщин.

Для оценки минеральной плотности кости (МПК) с целью исключения остеопороза всем обследованным выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) на аппарате OsteoSyS DEXXUM T в поясничном отделе позвоночника (L1-L4), шейке (ШБ) и проксимальном отделе бедра (ПОБ).

Результаты и обсуждение. При сравнении денситометрических показателей у обследованных пациенток с ССД с аналогичными параметрами контрольной группы наблюдались достоверные различия. Так, медиана МПК L1-L4 в основной группе составила 0,872 [0,716; 0,980], тогда как в контрольной группе – 0,962 [0,898; 1,032] (p=0,03). Наибольшие отличия наблюдались между МПК шейки бедра, где средний показатель равен 0,643 [0,596; 0,699], в контрольной группе – 0,733 [0,653; 0,815] (p=0,01). В проксимальном отделе бедра МПК исследуемых пациенток с ССД показалась достоверно ниже, чем у относительно здоровых женщин: 0,673 [0,628; 0,759] и 0,757 [0,674; 0,830] соответственно (p=0,05).

По Т критерию в группе ССД по сравнению с контролем имелись достоверные отличия в поясничном отделе позвоночника: -2,6 [-3,9; -1,7] и -1,9 [-2,3; -1,2] соответственно, p=0,04, данный параметр был так же значимо ниже у исследуемых пациенток с ССД в шейке бедра: -2,9 [-3,2; -1,8] и -2,2 [-2,7; -1,4], p=0,05.

Подобные результаты получились и при анализе Z критерия. Достоверно значимые различия в основной и контрольной группах наблюдались в поясничном отделе позвоночника: - 2,4 [-3,2; -1,2] и -1,3 [-2,1; -0,6] и в шейке бедра: -2,1 [-2,4; -1,6] и -1,5 [-2,0; -1,8], p=0,01.

При сравнении денситометрических показателей, полученных при обследовании доменопаузальных и постменопаузальных женщин, отмечена сходная тенденция к снижению значения показателей, достоверно значимых отличий не было выявлено.

Выводы. У пациенток с ССД отмечается достоверное снижение минеральной плотности кости по сравнению с относительно здоровыми женщинами в аналогичном возрасте. При этом снижение денситометрических показателей отмечается как у пациенток в доменопаузальном, так и в постменопаузальном периодах, без достоверных отличий изучаемых параметров.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Иванова Ю.Ю.[1], Бугрова О.В.[1], Полищук И.С.[2], Нагорнова К.А.[1]
[1]Оренбургский государственный медицинский университет,
[2]Оренбургская областная клиническая больница,
г. Оренбург

Цель. Оценить частоту и факторы риска развития остеопороза (ОП) у больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследованы 33 пациента с ССД в среднем возрасте 51 [39; 58] год: 29 (88%) женщин и 4 (12%) мужчины. Средний индекс активности EScSG (2001) без учета уровня комплемента составил 5,7 [4,3; 6,5]. У 19 (58%) имелся хронический вариант течения болезни, у 13 (39%) – подострый и у 1 (3%) – острый. Отмечались свойственные ССД полиорганные поражения: кожи и синдром Рейно (в 100%), полиартрит – у 31 (94%), поражение легких – у 27 (82%), сердечно-сосудистой системы – у 24 (73%), пищевода и желудка – у 25 (76%), склеродермическая нефропатия – у 22 (67%). Кортикостероиды (КС) принимали 27 (82%), средняя доза КС составила 7,7 [5,6; 8,0] мг/сут, а длительность приема – 5 [3; 9] лет. Контрольную группу, сопоставимую с пациентами ССД по полу и возрасту, индексу массы тела (ИМТ) и уровню физической активности, составили 33 относительно здоровых лиц.

Всем обследованным выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) в поясничном отделе позвоночника, шейке и проксимальном отделе бедра для исключения остеопороза. Оценивали общепринятые модифицируемые и немодифицируемые факторы риска ОП. Определяли уровень витамина Д (25OHD3) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (коммерческие наборы DIA Source).

Результаты и обсуждение. ОП, согласно соответствующим критериям по данным DXA, имелся в основной группе у 25 (76%) пациентов, достоверно чаще, чем в контроле (11-33%), p=0,0005. Не было достоверной разницы в частоте ОП у женщин с ССД в зависимости от наличия менопаузы: так, среди доменопаузальных пациенток с ССД (n=10-35%) ОП отмечался у 7 (70%), среди постменопаузальных (n=19-65%) – у 16 (84%) женщин. В обоих случаях отмечена достоверная разница с контролем: среди 11 женщин в доменопаузе ОП отмечался у 1 (9%), среди 18 постменопаузальных женщин – у 8 (44%), p<0,05. Из 4 лиц мужского пола с ССД у двоих в среднем возрасте 53 [45; 61] года отмечался остеопороз. Еще у двоих в среднем возрасте 27,5 [25; 30] лет остеопороза не было.

Оценка ИМТ в основной группе не выявила разницы среди лиц с наличием и отсутствием ОП. Показатель был сопоставим: 24,1 [21; 25,8] и 26 [17,5; 31,3], p>0,05, соответственно и не отличался от контроля. Аналогичные данные были получены и в отношении уровня физической активности.

Содержание 25OHD3 в сыворотке крови было снижено у 19 (57,5%) обследованных пациентов с ССД и в среднем составило 22,05 нг/мл [14,3; 37,0], что значимо ниже уровня в параметра контроля (p<0,05). Среди больных с ССД, имевших ОП (n=25), среднее значение 25OHD3 составило 27,3 [16,5; 37] нг/мл и было снижено у 12 (48%). У женщин в доменопаузе с ОП средний уровень показателя был в норме – 34,6 [16,5; 37,6], снижение отмечено у 3 (43%) в этой подгруппе. У постменопаузальных пациенток с ОП средний уровень 25OHD3 оказался ниже контроля – 26,1 [14,4; 32,9] нг/мл и был снижен у 8 (50%). Среди 2 мужчин, имевших ОП, содержание 25OHD3 у 1 (50%) было снижено – 20 нг/мл.

Корреляционный анализ выявил достоверную взаимосвязь ОП и приема КС (дозы и длительности) (r=0,47, p<0,05), а также ОП и длительности менопаузы (r=0,45, p=0,05). Не было взаимосвязи с остальными оцениваемыми факторами риска развития остеопороза.

Выводы. У пациентов с ССД остеопороз встречается у большинства, достоверно чаще по сравнению с контролем, но одинаково часто у женщин в до- и постменопаузальном периоде. Имелась взаимосвязь развития остеопороза у больных ССД с дозой и длительностью приема кортикостероидов, длительностью менопаузы.

РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ОЗОНОТЕРАПИИ

Иволгин Н.Е.
Национальный исследовательский
ядерный институт МИФИ,
г. Обнинск

Цель выполнения проекта. Разработка методики эффективной профилактики патогенетических воспалительных заболеваний и аденомы предстательной железы. Научная новизна моей работы заключается в том, что для профилактики такого распространенного, социально значимого заболевания мужчин будет использован простой и удобный метод местного введения озонированного раствора, который в данной области не применялся, но при этом способен усилить обменные процессы в тканях, усилить действие лекарственных веществ и физиотерапевтических процедур для профилактики и лечения и воспалительных заболеваний и аденомы предстательной железы.

Материалы и методы. В данном исследовании будут применены (Урологический кабинет, медицинский озонатор, физиологический раствор).

Результаты. Профилактики воспалительных заболеваний методом озонотерапии происходит неинвазивно, при этом, за счет активного кислорода происходит дезинфицирование тканей и улучшается проникновение лекарственных средств и эффективность физиотерапевтических процедур, а также общее состояние мужчины в целом, комбинирование озонотерапии с другими схемами лечения приводит к взаимоусилению эффекта. Метод озонотерапии для профилактики воспалительных заболеваний и аденомы предстательной железы безвреден и не может негативно влиять на организм в комбинации с другими схемами заболеваний человека.На данный момент, активно используются массаж простаты, гирудотерапия и медикаментозная профилактика, являющиеся относительно эффективными и причиняющими дискомфорт методами,при этом также не выгодными с экономической точки зрения. Стоит учитывать, что все из приведенных выше метолов, используемых для профилактики воспалительных заболеваний и аденомы предстательной железы, имеют ряд противопоказаний,так если у мужчины присутствуют определенные клинические состояния, осложнения заболеваний со стороны мочеполовой системы, ему не рекомендуется осуществлять подобную процедуру из-за возможности появления новых осложнений. Гирудотерапию также не рекомендуют применять в ряде случаев: плохая свертываемость крови и малокровие; наличие гемолиза; низкое артериальное давление; туберкулез в любой форме, в том числе и туберкулезный простатит; онкологии разной локализации, включая рак простаты. Также гирудотерапия будет запрещена в случае, если организм мужчины ослаблен каким-либо заболеванием или хирургическим вмешательством. А, рассматривая медикаментозную профилактику, стоит учитывать противопоказания и побочные эффекты каждого препарата, а также их комбинирование друг с другом.

Выводы. Разработанный метод позволит получать высокий доход от его реализации за счет: небольшой стоимости самого лечения, маленькой себестоимости, доступности для пациентов, в следствие выбора данного метода среди аналоговых.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНО-КАРДИАЛЬНОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

Игнатенко Г.А., Сергиенко Н.В., Денисова Е.М.
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с коморбидных поражением легких путем коррекции состояния кардиореспираторной системы при использовании интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) в комплексном лечении.

Материалы и методы. В исследование включены 55 пациентов в возрасте от 52 до 71 года с ИБС (стенокардия напряжения II ст. СН I-IIА) и сопутствующей ХОБЛ с ДН I-II стадии, получавших сеансы ИНГТ на фоне традиционной терапии. Группу сравнения составили 30 пациентов, которые получали традиционной лечение. 57% пациентов в основной группе и 52% в группе сравнения имели артериальную гипертензию II-III степени.

В основной группе проводили 20-ти дневные сеансы ИНГТ ежеквартально с использованием гипокси-гипероксикатора «Тибет-4» («Newlife», Россия). Традиционное лечение включало ингибиторы АПФ, мочегонные препараты, антагонисты кальциевых каналов, кардиоселективные β-адреноблокаторы, антиагреганты, статины, ингаляционные противовоспалительные препараты и бронхолитики. В группах исследования изучали показатели сердечной гемодинамики, гемостаза, функцию внешнего дыхания, газовый состав крови, проводили суточное мониторирование ЭКГ и АД.

Результаты. Проведенное исследование показало, что в основной группе достоверно уменьшилась частота эпизодов ишемии миокарда, реже регистрировались наджелудочковые и желудочковые аритмии, также отмечено положительное влияние на показатели центральной гемодинамики и суточный профиль АД. Выявлено уменьшение проявлений респираторного синдрома, положительное влияние на показатели внешнего дыхания. Кроме того, применение ИНГТ позволило снизить дозы препаратов, применяемых для коррекции проявлений гипертензивного и ишемического синдромов, так и для нормализации бронхиальной проводимости.

Выводы. Включение ИНГТ в комплексное лечение больных ИБС с коморбидным поражением легких оказывает благоприятное влияние на течение сочетанной патологии посредством активации адаптационных возможностей функциональных систем. Результаты исследования позволяют внедрить данный метод как в амбулаторных, так и в стационарных клинических условиях для повышения эффективности стандартной терапии и улучшения качества жизни пациентов с сочетанной патологией.

АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ВОДЫ ВОДОЕМ В ЮЖНОМ ПРИАРАЛЬЕ

Йулдошев М.К., Жуманиязов К.Й., Жуманиязова Г.С.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Изменения минерального и химического составов, жесткости и органолептических показателей воды изменяют количественный и качественный состав микрофлоры воды [2]. Патогенные микроорганизмы, передающиеся водным путем, приспосабливаясь к этим условиям изменяют своибиологические свойства [1]. Вме эти приводит к ухудшению выявляемости представителей нормальной микрофлоры (мезофильных аэробов и факльтативных анаэробов) и патогенных микроорганизмов, находящихся в питьевой воде и воде водоемов.

Ухудшение выявляемости бактерий и санитарно-показательных микроорганизмов в питьевой воде и воде водоемов приводит к «ложным» результатам и неправильной интерпретации полученных данных, что, в свою очередь, приводит к нарушению ГОСТ.

Цель исследования. Установление уровня выявляемости постоянной флоры из проб водопроводной и колодезной воды Южнего Приаралья.

Материалы и методы. Для выполнения настоящей работы использовались стандартные, унифицированные бактериологические метлды культивирования, дифференциации и идентификации бактерий по Берги (1997). Применяли количяественные, качественные методы исследования и специальный набор дифференциально-диагностических питательных сред, используемых в санитарной микробиологии.

Подробный, сравнительный анализ санитарно-бактериологических исследований питьевой воде и воде водоемов за последние 10 лет проведенных ЦГСЭН Харезмского вилоята с учетом прогрессирования экологического неблагополучия региона. Изучены параметры выявляемости патогенной флоры, несоответствия ГОСТу питьевой воды, влияние БОЕ-фага. ГОСТ по питьевой воде идин по всей республике, нормируется и регламентируется учереждениями Санитарными правилами и нормами (СанПиН). Учитивая это, мы не сочли нужным привести вес норматив по бактериологическим параметрам. Приведенными нами показатели указывают на процент отклонения от ГОСТа.

Результаты и обсуждения. Анализ полученных результатов показывает, что больше всего обращатся внимание на исследование водопроводной и колодезной вод, как основные источникипитьевой воды в нашем регионе. Бактериологические исследования водопроводной воды проводились регулярно и за последние 10 лет составили 123745 исследований. Анализ по изученным годам показал, что водопроводной и колодезной воды наибольшие исследования поводились 2009 и 2019 гг соответственно 14636 (11,8%) и 13430 (10,8%) проб. Это объсняется тем, что в эти годы из-за засухи в нашем регионе резко уменьшилось количество питьевой воды и контроль за ней розко увеличился. А остальные годы объем исследования уменьшилось из-за нормализации обеспечения региона питьевой водой. Проведенные исследования по несоответствию питьевой воды к ГОСТу показали, что в среднем в 16,9% случаев питьевой воде не соответствовала ГОСТу. Этот показатель был высоким с 2013 по 2017 г (до 21,2%), но с высоким 2018 г этот процент неблагополучия постепенно снижается и в 2020 г. с случаев питьевой воде не соответствовала ГОСТу показали,оставляет

самый низкий уровень – 11,8%. Нужно подчеркнуть, что в водороводной воде за изучаемый период не разу не отмечалось свежие фекальные загрязнения.

Вывод. Процент несоответствия к ГОСТу у питьевой воды по бактериологическому показателям в этом регионе постепенно снижается.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

Иштерякова О.А., Усманова А.В., Хамитова Д.В.
Казанский государственный
медицинский университет,
г. Казань

Пневмокониоз – хроническое профессиональное заболевание (ПЗ) легких, вызванное промышленными аэрозолями фиброгенного действия и характеризующееся диффузным пневмофиброзом. По данным государственного доклада Роспотребнадзора, в Российской Федерации (РФ) в 2016-2019 гг. удельный вес пневмокониозов в структуре ПЗ органов дыхания составляет 18-23%. В Республике Татарстан (РТ) это тоже распространенные ПЗ респираторной системы (25-15% от общего числа ПЗ органов дыхания).

Цель исследования. Изучение критериев диагностики пневмокониозов, выявляемости этих ПЗ, функциональных нарушений.

Материалы и методы. Медицинские карты 33 пациентов центра профпатологии (ЦПП) Татарстана с пневмокониозами; статистический анализ.

Результаты. Изучение данных обследования пациентов ЦПП, которым в 2016-2020 гг. был установлен пневмокониоз, показало, что наиболее часто в РТ диагностируется силикоз (61% от общего числа пациентов с пневмокониозом), причиной которого служит кварцсодержащая пыль на предприятиях машино- и судостроения. В 9% случаев установлен пневмокониоз от воздействия электросварочного аэрозоля. У 30% пациентов был диагностирован пневмокониоз от смешанной пыли. Условиями развития пневмокониоза являются: наличие контакта с аэрозолями преимущественно фиброгенного действия (АПФД), превышающими предельно-допустимую концентрацию (ПДК), и длительный (более 10 лет) стаж работы.

Наиболее часто признаки пневмокониоза у работников выявляются в ходе обязательных медицинских осмотров – 45% случаев. При этом 24% работников обратились самостоятельно к терапевту по месту жительства, остальные пациенты поступили по рекомендации других врачей (пульмонолог, фтизиатр) или были выявлены при обследовании в ЦПП по поводу другого ПЗ. У 12% работников первые признаки патологии органов дыхания появились при работе с АПФД до 10 лет, в 21% случаев – через 11-20 лет работы, у 66% пациентов – при стаже 21 и более лет.

Обязательным методом обследования для диагностики пневмокониоза является рентгенография (компьютерная томография) легких, подтверждающая наличие характерных линейных или округлой формы затенений в результате формирования фиброза легочной ткани. При анализе рентгенограмм легких установлено преобладание интерстициальной формы пневмофиброза (67% пациентов), в 21% случаев была зафиксирована узелково-интерстициальная форма, узелковая форма – в 12% случаев.

При оценке функции внешнего дыхания у 55% лиц с пневмокониозами выявлены признаки дыхательной недостаточности (ДН) I степени, 3% – ДНII. Таким пациентам показано рациональное трудоустройство вне контакта с любыми промышленными аэрозолями. Лица с ДН были направлены на медико-социальную экспертизу для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в связи с пневмокониозом (были установлены 10-30% утраты трудоспособности). В случае интерстициальной формы фиброза без ДН можно продолжить работу с использованием средств индивидуальной защиты и динамическим наблюдением в ЦПП.

Выводы. Основные диагностические критерии пневмокониоза: длительный контакт (10-20 и более лет) с аэрозолями преимущественно фиброгенного действия, превышающими предельно-допустимую концентрацию, и характерные рентгенологические изменения в легких. Сохраняется достаточно высокий удельный вес лиц с пневмокониозом, выявленным при обращении за медицинской помощью. При первичном установлении диагноза пневмокониоза в 58% случаев дальнейшая работа с промышленными аэрозолями противопоказана в связи с наличием признаков дыхательной недостаточности.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ L- ГЛУТАМИНА И КОЛОСТРУМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Камилова А.Т.[1], Геллер С.И.[1], Умарназарова З.Е.[1], Абдуллаева Д.А.[1], Султанходжаева Ш.С.[2]
[1]Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр педиатрии,
[2]Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучить влияние нутрицевтиков L- глутамина и колострума (молозиво) при муковисцидозе

на основании изучения клинико-иммунологических особенностей течения заболевания и состояния кишечного барьера.

Материалы и методы исследований. Объектом исследования служили 56 детей с муковисцидозом, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП, в возрасте от 2 месяцев до 16 лет. Для постановки диагноза муковисцидоз использовались определение иммунореактивного трипсина, хлоридов пота (метод Гибсона-Кука- более 60 мэкв/л), генетические исследования. Специальные методы исследования включали в себя определение уровня фекального кальпротектина, β-дефензина 2, Il-1β и концентрации антител к белку, увеличивающему проницаемость клеток, а также неинвазивный способ определения проницаемости кишечной стенки (по методу Петрова В.И., Новочадова В.В., Смоленова И.В., Дегтевой Н.В., 2003). Дополнительно к базисной терапии были включены колострум, натуральный препарат, содержащий молозиво коров и имеющий в своем составе иммуноглобулины, противоспалительные цитокины, интерферон, лактоферрин, аминокислоты и пробиотики; а также глутамин, который увеличивает синтез белка в энтероцитах, регулирует иммунитет кишечника, кроме того в сочетании с плотными соединениями клеток кишечного эпителия, регулирует парацеллюлярную проницаемость и имеет решающее значение для целостности эпителиального барьера. Длительность применения колострума и глутамина составила 3 мес. Глутамин назначался в дозе 0,4 г/кг 2 раза в сутки. Колострум – согласно возрастным дозировкам: до 1 года – 0,25 мл*3 раза/сут, от 1 года до 3 лет – 0,5 мл*3 раза, 3-12 лет – 1 мл*3 раза, старше 12 лет – 2 мл*3 раза. Повторная оценка проводилась через 3 месяца.

Результаты. В группе пациентов с муковисцидозом 22 ребенка были на модифицированной терапии (базисная+глутамин и колострум), 18 пациентов были только на базисной терапии. Следует отметить, что обе группы были идентичны по возрасту, тяжести заболевания. У больных муковисцидозом после проведения базисной терапии, кашель с отделением вязкой мокроты сохранился у каждого четвертого пациента. На фоне модифицированной терапии зарегистрировано двукратное уменьшение этого симптома 5 (27,7%) и 3 (13,6%) соответственно. На фоне базисной терапии белково-энергетическая недостаточность (-4СО) ни в одном случае не встречалась, в тоже время (-3СО) сохранилась у 3 (16,7%). На фоне модифицированной терапии количество больных с белково-энергетической недостаточностью увеличилось за счет -2СО и -1СО, а -3СО и -4СО ни в одном случае не наблюдались. Результаты проведения теста с маннитом и лактулозой показали, что при муковисцидозе отмечалось повышение проницаемости кишечной стенки по сравнению с контрольной группой из здоровых детей (0,3+0,02 опт.ед., $p<0,05$). Показатель кишечного барьера у детей муковисцидозом на фоне базисной терапии составил 0,1±0,01 опт. ед., а у детей получавших модифицированное лечение отмечено выраженный достоверный ($P<0,001$) положительный сдвиг показателя проницаемости кишечного барьера 0,25±0,02 опт.ед. в сторону нормы.

На фоне проводимой терапии через 3 месяца отмечалось снижение уровня фекального кальпротектина, наиболее выраженное в группе с модифицированной терапией – 52,2±2,8 мкг/г, $p<0,002$. Однако показатели группы, как с базисной терапией (67,5±4,3 мкг/г), так и с модифицированной не достигли значений контроля, сохранялось трехкратное превышение нормы 19,9±1,1 мкг/г ($p<0,001$). Схожая картина наблюдалась и при оценке уровня β-дефензина. Наиболее выраженное снижение (в 1,5 раза) наблюдалось у пациентов на фоне модифицированной терапии – 72,1±3,6 нг/мл, $p<0,001$. Il-1β имел пятикратное превышение при поступлении по сравнению с контрольными значениями (10,4+3,9 пг/мл и 2,05+0,03 пг/мл соответственно). В динамике на фоне модицифированной терапии значение этого показателя пришло в норму – 2,9+0,8 пг/мл, в первой группе сохранялось двухкратное превышение ($p<0,10$). Уровень антител к бактерицидному белку, увеличивающему проницаемость клеток при повторной оценке через 3 месяца был достоверно снижен в обеих группах ($p<0,01$, $p<0,001$). Наиболее положительный результат зафиксирован среди пациентов на фоне модицифированной терапии – 8,9+2,3 Е/мл ($p<0,02$). В группе детей, получавших базисную терапию сохранялось четырехкратное увеличение данного показателя – 18,4±5,6 Е/мл по сравнению с контролем – 5,2+3,2 Е/мл, $p<0,10$. Сохранение высоких цифр антимикробных пептидов и антител к бактерицидному белку, увеличивающему проницаемость клеток на фоне терапии, возможно, связано с персистированием воспалительного процесса в кишечнике.

Выводы. Таким образом, применение глутамина и колострума в комплексной терапии муковисцидоза на фоне базисной терапии эффективно влияет на клиническое течение, уменьшает степень структурно-функциональных нарушений тонкого кишечника.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2018-2020 ГОДАХ

Кароль Е.В., Попова Н.В., Васюкова М.С., Канищева М.В., Якимова Е.А.
Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

В течение последних лет онкологические заболевания являются серьезной медицинской и социальной проблемой, с учетом роста показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге (СПб).

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) в СПб по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2018-2020 гг., исследование структуры инвалидности в зависимости от возраста по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней злокачественные новообразования в 2020 г. вышли на первое ранговое место, при этом их удельный вес в динамике за 3 года вырос с 30,4% до 37%. Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 2018-2020 гг. снизился с 14,0 до 13,2 на 10 тыс. взрослого населения. ИП первичной инвалидности вследствие ЗНО в трудоспособном возрасте в течение 3 лет стабильно находится на уровне 7,6 на 10 тыс. трудоспособного населения; в пенсионном возрасте за 3 года снизился снизился с 27,0 до 24,5. В структуре ПИ вследствие ЗНО по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие рака молочной железы в динамике за 3 года снизился с 20 до 18,3%; доля инвалидности вследствие колоректального рака снизилась с 16 до 14,8%; вследствие рака легких с 9 до 7,4%; вследствие рака желудка с 6,4 до 5,4%; Доля инвалидности вследствие рака предстательной железы на стабильном уровне: 7-7,2%; рака шейки матки: 4-4,1%.

В структуре ВПИ вследствие ЗНО в зависимости от групп инвалидности в динамике за 5 лет отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 31,9 до 32,5%, II группы с 47,5 до 50,1%, и снижение удельного веса инвалидов III группы с 20,6 до 17,4%. В трудоспособном возрасте вырос удельный вес инвалидов I группы с 28,7 до 29,3%, II группы – с 49,2 до 51,5%; среди инвалидов III группы снизился с 22,1 до 19,2%. В пенсионном возрасте также отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 33,7 до 34,4%, II группы с 46,6 до 49,2%, и снижение удельного веса инвалидов III группы с 19,7 до 16,4%.

Выводы. Удельный вес первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Санкт-Петербурге на протяжение последних лет имел тенденцию к росту и к 2020 г. вышел на первое место в структуре первичной инвалидности взрослого населения. Вместе с тем, в период 2018-2020 гг. интенсивные показатели первичной инвалидности вследствие ЗНО несколько снизились как в целом среди взрослого населения, так и в пенсионном возрасте, будучи стабильным в трудоспособном возрасте. В структуре ВПИ вследствие ЗНО ведущее место занимают первичная инвалидность вследствие рака молочной железы, колоректального рака, рака легких, при этом интенсивные показатели по этим нозологическим формам также имеют тенденцию к снижению в течение 3 лет. Среди ВПИ вследствие БСК в течение 5 лет преобладают инвалиды I и II групп, с тенденцией к росту их удельного веса.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2016-2020 ГОДАХ

Кароль Е.В., Попова Н.В., Мальцева М.А., Петрова Н.С., Миткеева В.О., Яблочко Д.В.
Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

В течение нескольких десятилетий болезни системы кровообращения (БСК) устойчиво занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности и взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге.

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие БСК в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2016-2020 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 со снижением их удельного веса за 5 лет с 40,4% до 35%.

Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие БСК среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 2016-2020 гг. снизился с 18,6 до 12,6 на 10 тыс. взрослого населения. ИП первичной инвалидности вследствие БСК в трудоспособном возрасте в динамике с 2016 по 2020 гг. снизился с 11,08 до 6,4 на 10 тыс. трудоспособного населения; в пенсионном возрасте за 5 лет был достаточно стабильным (35,2-35,7). В структуре БСК: ИП инвалидности вследствие ИБС снизился с 8,4 до 5,1; вследствие ЦВБ снизился с 7,3 до 5,3; вследствие гипертонической болезни возрос снизился с 0,9 до 0,3. В структуре ПИ вследствие БСК по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие ИБС в динамике за 5 лет снизился с 45,4 до 40,3%; доля инвалидности вследствие ЦВБ выросла с 39,2 до 42,2%; инвалидности вследствие гипертонической болезни (ГБ) снизилась с 4,7 до 2,5%.

В структуре ВПИ вследствие БСК в зависимости от групп инвалидности в динамике за 5 лет отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 8,0 до 13,5%, III группы с 53,9 до 55,8%; снижение удельного веса инвалидов II группы с 38,1 до 30,7%. В трудоспособном возрасте также возросли доля инвалидов I группы с 3,9 до 5,4%, III группы с 58,4 до 70,7%; и снижение доли инвалидов II группы с 37,7 до 23,9%. В пенсионном возрасте динамика следующая: рост удельного веса инвалидов I группы с 10,9 до 17,7%; уменьшение удельного веса инвалидов II группы с 38,3 до 34,1%, III группы с 50,8 до 48,2%.

Выводы. Впервые признанные инвалидами вследствие болезней системы кровообращения на протяжение многих лет занимают ведущее место в структуре первичной инвалидности в Санкт-Петербурге. В период 2016-2020 гг. отмечается снижение интенсивных показателей первичной инвалидности вследствие БСК среди взрослого населения города, в том числе в трудоспособном и пенсионном возрасте. В структуре интенсивных показателей первичной инвалидности вследствие БСК ведущее место занимает ПИ вследствие ИБС и ЦВБ, при этом интенсивные показатели по этим нозологическим формам также имеют тенденцию к снижению в течение 5 лет. Среди впервые признанных инвалидами вследствие БСК в течение 5 лет преобладают инвалиды II и III групп.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2020 ГОДУ

Кароль Е.В.[1], Белавина Е.А.[1,2], Ахтямова Ю.Р.[1], Власко В.В.[1], Смелкова А.Н.[1], Елканова А.Ю.[1]
[1]Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу,
[2]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) населения Санкт-Петербурга (СПб) по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2020 г., анализ структуры инвалидности по классам заболеваний и группам инвалидности.

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

Результаты и обсуждение. Инвалидность является одним из важнейших показателей здоровья населения, индикаторов качества и эффективности социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Абсолютное число впервые признанных инвалидами (ВПИ) граждан в возрасте 18 лет и старше в СПб в 2019 г. составило 15940 человек со снижением на 22% в течение последних 3 лет. Интенсивный показатель (ИП) ПИ взрослого населения в 2019 г. соста-

вил 35,8 на 10 тысяч взрослого населения и снизился на 22% за 3 года. В трудоспособном возрасте уровень ПИ составил 23,3 и снизился в динамике за 3 года на 13% Среди ВПИ женщины составили в 2020 г. 46%, мужчины – 54%. Анализ структуры ПИ по возрастным интервалам показал, что трудоспособный возраст составил 43,3%, в том числе: молодой возраст (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) – 16,1%; средняя возрастная группа (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) – 27,2%. Доля граждан пенсионного возраста составила 56,7%. В структуре ВПИ взрослого населения в 2020 г. преобладают инвалиды III группы – 40,9%; доля инвалидов II группы составила 39,2%, I группы – 19,9%. ИП I группы инвалидности составил 7,1; II группы – 14,0; III группы – 14,7 (на 10 тыс. взрослого населения).

Анализ структуры ПИ по классам болезней показал, что впервые за многие годы в Санкт-Петербурге первое ранговое место заняли злокачественные новообразования (ЗНО) – их удельный вес составил 37%; на втором месте болезни системы кровообращения (БСК) – 35%; а также: заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,3%; психические расстройства и расстройства поведения - 4,5%; болезни нервной системы – 4,4%; травмы всех локализаций – 2,2%. Структура ПИ вследствие БСК по нозологическим формам следующая: ЦВБ – 42,2%; ИБС – 40,3%; ГБ – 2,5%; прочие БСК составили 20%. Структура ПИ вследствие ЗНО в зависимости от локализации: рак молочной железы – 18,3%; колоректальный рак – 14,8%; рак легких – 7,4%; рак предстательной железы – 7,2%; рак желудка – 5,4%; рак шейки матки – 4,1%; рак поджелудочной железы – 2,3%.

Структура ПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций (СНФ) организма следующая: 40% составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 22,8% – функций сердечно-сосудистой системы; 20,1% – статодинамических функций; 6,8% – психических функций; 3,0% – сенсорных функций; 2,2% – функций пищеварительной системы; 1,3% – функций эндокринной системы и метаболизма; 4,5% – другие нарушения функций; нарушения, вызывающие необходимость использования кресла-коляски, составили 9,9%.

Выводы. Анализ показателей первичной инвалидности среди взрослых граждан СПб в 2020 г. выявил преобладание лиц мужского пола, пенсионного возраста. В структуре первичной инвалидности по классам болезней ведущее место занимают злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения; по стойким нарушениям функций организма – нарушения функций системы крови и иммунной системы, сердечно-сосудистой системы, статодинамических функций.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ЛИПОПРОТЕИНА (А)

Карпова И.С., Соловей С.П., Боровая Т.В.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Высокий уровень липопротеина (а) (ЛП(а)) подобно высокому уровню ЛПНП предопределяет риск развития раннего атеросклероза, обладая высоким сродством к внеклеточному матриксу и быстро накапливаясь в стенке сосудов. Целью работы явилось изучение клинических проявлений атеросклероза, уровней аполипопротеидов и высокочувствительного С-реактивного белка (hsCРБ) у лиц пожилого возраста с повышенным уровнем ЛП(а).

Материалы и методы. В исследование включено 77 человек пожилого возраста (33 мужчин и 44 женщины, средний возраст – 70,6 (66,0; 73,0) лет). Инфаркт миокарда (ИМ) ранее перенесли 9 (11,7%) пациентов, стенокардию напряжения I-II функционального класса имели 15 человек, хроническую сердечную недостаточность ФК I по классификации NYHA имели 8 (10,4%) включенных в исследование, ФК II – 69 (89,6%). Пациенты были разделены на 2 группы: I гр. – с референсными значениями ЛП(а) ≤30,0 мг/дл, (61чел.), II гр. – с уровнем ЛП(а) >30 мг/дл (16 человек). Биохимический анализ крови проводился с использованием анализатора «ARCHITECTPLUS: 4000», США. Определение концентрации общего холестерина (ОХЛ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), уровня АпоА-1 и АпоВ в сыворотке венозной крови, взятой утром после 12-ти часового голодания, проводили колориметрическим фотометрическим методом с помощью стандартных реактивов фирмы Abbot Анализ уровня ЛП(а)) в сыворотке крови проводился с помощью реагента Quantia. Концентрацию hsC-РБ в сыворотке крови определяли иммунотурбидиметрическим методом с помощью наборов реактивов С-РБ Vario фирмы Abbot. Компьютерная томография с определением индекса коронарного кальция (ИКК) осуществлялась по принципу бесконтрастной компьютерной томографии (КТ) сердца на аппарате Siemens Somatom Force с использованием шкалы Agatson. ИКК вычисляли полуавтоматически с использованием лицензированных программных пакетов «Multimodality Station» Siemens. УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА) на экстракраниальном

уровне проводилось на аппарате Vivid 9 (General Electric, USA) с использованием датчика с частотой 10 МГц. Статистическая обработка полученных данных осуществлялись с помощью пакета программ STATISTICA 7.0. Определялись процентные отношения встречаемости ряда признаков по отношению к общей группе. Для определения силы связи между изучаемыми признаками проводился корреляционный анализ с вычислением парных коэффициентов рангов Пирсона (r). Значимость коэффициента корреляции Пирсона проверялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. У пациентов с уровнем ЛП(а) выше 30,0 мг/дл был достоверно выше уровень ТГ (1,71 (0,94; 1,78 ммоль/л)) и коэффициент атерогенности (3,52 (2,50; 3,70 ммоль/л)) в сравнении с остальными лицами (p=0,0000 и p=0,014, соответственно). Достоверно более высокое соотношение АпоВ/АпоА-1 у лиц II группы в сравнении с лицами, имеющими нормальный уровень ЛП(а) (p=0,025), свидетельствовало о большей частоте встречаемости атерогенных изменений в крови, а достоверно более значимый уровень hsCРБ у лиц II группы (p=0,03) – об активации процесса атеросклероза. По результатами компьютерной томографии по определению ИКК пациенты обеих групп не различались между собой, во II группе не было лиц, перенесших ИМ. Напротив, по данным УЗИ БЦА в I группе стенозы были выявлены у 45,9% человек, а во II группе чаще – у 75% пациентов. Была выявлена выраженная положительная корреляция между степенью стенозирования БЦА и уровнем ЛП(а) (r=0,78, p<0,05).

Заключение. Таким образом, у пожилых пациентов с повышенным уровнем ЛП(а) наблюдались более выраженные проявления дислипидемии и активности атеросклеротического процесса с более частым вовлечением брахиоцефальных артерий по сравнению с остальными пациентами «третьего» возраста.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С SARS-COV-2

Карпович О.А.[1], Шишко В.И.[1], Ершова М.В.[2]
[1]Гродненский государственный медицинский университет,
[2]Гродненская университетская клиника,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить лабораторные параметры гемостаза у пациентов с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2.

Материал и методы. Оценку показателей гемостаза проводили у 58 пациентов с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2 (основная группа). Группа сравнения была сформирована из 25 пациентов с интерстициальной пневмонией, не инфицированных SARS-CoV-2. Средний возраст обследуемых составил 57,3±17,9 лет. Мужчин 39 (47,0%), женщин 46 (53,0%). Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту (p=0,99), гендерному составу (p=0,47) и степени тяжести пневмонии (p=0,21).

Забор крови для исследования показателей гемостаза производился в первые сутки поступления пациентов в стационар. Определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПТВ), активность антитромбина III, концентрацию фибриногена (ФБГ) и Д-димера, количество тромбоцитов.

Анализ полученных данных выполнялся с помощью статистического пакета Statistica 10.0. Числовые значения величин описывали при помощи медианы и интерквартильного размаха (Me (25; 75)). При анализе данных использовались методы непараметрической статистики. Для сравнения количественных показателей между двумя независимыми выборками использовали тест Манна-Уитни. Для выявления и оценки тесноты связи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Различия считали достоверными при значениях p<0,05.

Результаты. Сравнительный анализ показал, что у пациентов основной группы относительно пациентов группы сравнения концентрация ФБГ (5,41 (3,79; 7,19) против 3,66 (2,86; 4,55) г/л, p=0,0035), Д-димера (330,0 (173,0; 509,0) против 209,0 (116,0; 358,0) нг/мл, p=0,035), продолжительность АЧТВ (31,9 (29,2; 34,6) против 28,9 (27,0; 33,1) сек., p=0,042) были значимо выше, а количество тромбоцитов (222,6 (173,0; 272,0) против 312,0 (209,0; 342,0) x10^9/л, p=0,0070) – значимо ниже. ПТВ было немного повышено у пациентов основной группы, но достоверно не отличалось от такового у пациентов группы сравнения (16,2 (14,6; 17,1) против 15,0 (14,5; 15,3) сек., p=0,15). Активность антитромбина III была в пределах референтных значений нормы и значимо не различалась между исследуемыми группами (113,0 (105,0; 127,0) в основной группе против 119,0 (97,3; 126,5) % в группе сравнения, p=0,99).

Корреляционный анализ выявил наличие разнонаправленных связей между некоторыми параметрами гемостаза и объемом паренхимы легочной ткани, вовлеченной в патологический процесс: ФБГ (r=0,58; p=0,00013), Д-димер (r=0,33; p=0,037), количество тромбоцитов (r=-0,43; p=0,0042).

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что у пациентов с пневмонией, ин-

фицированных SARS-CoV-2, ПТВ и концентрация ФБГ были повышены. Однако, разница ПТВ с пациентами группы сравнения не была достоверной. Значения АЧТВ, концентрация Д-димера у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, колебались в пределах верхней границы нормы и были значимо выше, чем в группе сравнения. Количество тромбоцитов в группе пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, колебалось в пределах нижней границы нормы и было достоверно ниже, чем в группе сравнения. Полученные результаты согласуются с данными ранее опубликованных исследований некоторых китайских авторов, по результатам которых пациентам, инфицированным SARS-CoV-2, рекомендовано определение исходной концентрации Д-димера, ФБГ, а также ПТВ и количества тромбоцитов для принятия решения о необходимости госпитализации и оценки риска тяжелого течения COVID-19.

Исследование выполнено при финансовой поддержке БРФФИ (договор № М21КОВИД-037 от 01 февраля 2021 года.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА В РАЗНЫХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Касаткин Е.В.[1], Лялина Л.В.[2], Лысогорская И.В.[1], Тимофеева Н.А.[1]
[1]Кожно-венерологический диспансер №8,
[2]Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Современными научными исследованиями установлена значительная роль вирусов папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки (РШМ), рака вульвы, влагалища, полового члена, предстательной железы, яичка, анальной области, гортани и ротовой полости, кожи. Это послужило основой для разработки и внедрения в практику вакцин для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ). Некоторыми исследованиями РШМ рассматривается как проявление инфекции, передаваемой половым путем (ИППП).

Цель исследования. Изучение распространенности различных генотипов ВПЧ в разных возрастных и гендерных группах пациентов кожно-венерологического диспансера для обоснования и разработки мер профилактики ПВИ и ассоциированных с этой инфекцией других заболеваний.

В 2008-2020 гг. на наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) обследовано 7778 пациента при обращении в СПб ГБУЗ «КВД № 8». Использовали диагностические наборы, разрешенные к применению в России в установленном порядке (ООО «Генлаб», Москва) для идентификации ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 типы – 1 группа пациентов, и 55, 56, 58, 59, 68, 73, 83 типы ВПЧ – 2 группа пациентов). Материал для исследования – соскоб со слизистой уретры, цервикального канала выполняемый универсальным уретральным зондом или цитощеткой. Среди обследованных были больные венерическими заболеваниями и ИППП, воспалительными заболеваниями мочеполовых путей, а также обследованные с профилактической целью.

Среди обследованных 3754 (48,3%) мужчины и 4024 (51,7%) женщин в возрасте от 13 до 67 лет. Наибольшее количество обследованных – в возрастной группе 20-29 лет (42,7%). ВПЧ ВКР обнаружены у 1988 пациентов, из них 1029 мужчин (51,8%) и 959 женщин (48,2%). Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила 25,6±6,3%, причем у мужчин – 27,4±7,2%, у женщин – 23,8±7,1%. В группе 20-29 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ (32,5±10,8%), несколько реже в возрастных группах 30-39 лет и 40 лет и старше (24,3±8,5% и 22,0±5,5% на 100 обследованных соответственно). У детей в возрасте до 14 лет онкогенные ВПЧ обнаружены в 2,2±5,8% случаев (только у девочек 0-14 лет – в 3,2±6,7%). Пациенты 1 группы составили 71,7% (1477 человек), среди них 799 мужчин (54,1%) и 678 женщин (45,9%), пациенты 2 группы составили 28,3% (583 человека), среди них 276 мужчин (47,4%) и 306 женщин (52,6%).

Инфицированность онкогенными ВПЧ в равной степени мужчин и женщин свидетельствует о примерно одинаковой потенциальной роли лиц обоего пола как источников ПВИ. Вместе с тем, известно, что уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов у мужчин существенно ниже, чем у женщин. Значение ПВИ инфекции в канцерогенезе у мужчин нуждается в дальнейшем изучении. Тем не менее, высокая распространенность ПВИ среди лиц мужского пола явилась основанием для того, что на европейской конференции EuroGIN 2013 было предложено проводить профилактическую работу (просвещение, обследование, вакцинация) не только среди женского, но и среди мужского населения, а на EuroGIN 2018 обсуждалось обоснование вакцинации мальчиков.

Полученные результаты характеризуют высокую интенсивность эпидемического процесса ПВИ среди пациентов кожно-венерологического диспансера, которые представляют собой группу высокого риска заражения и распространения этого инфекционного заболевания. Особенно настораживает высокая распространенность ПВИ среди контингента репродуктивного возраста, что может иметь значительные социальные последствия. Все это свидетельствует о необходимости упорядочивания системы скрининга населения на наличие ВПЧ ВКР и регистрации этой инфекции, а также развития системы эпидемиологического надзора и первичной профилактики ПВИ, что в перспективе будет способствовать более раннему выявлению РШМ и, как следствие, снижению заболеваемости РШМ и другими вирус-ассоциированными заболеваниями.

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Касимова М.Б., Каххарова Ш.Б.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Системная склеродермия (ССД) относится к группе ревматических заболеваний, отличающихся не только собственными серьезными клиническими проявлениями, но и осложнениями, которые могут не уступать основной симптоматике как по влиянию на качество жизни, так и по тяжести органных поражений. Остеопороз (ОП) одна из важнейших проблем здравоохранения, поскольку частота его в последние десятилетия постоянно увеличивается. При ССД ОП может быть обусловлен поражением желудочно-кишечного тракта, а также ограничением физической активности. Кроме того, при ССД рассматривается влияние хронического воспалительного процесса и нарушений микроциркуляции на костный метаболизм.

Цель исследования. Оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных ССД.

Материал и методы. В исследование было включено 40 женщин, больных ССД. Возраст больных составил от 23 до 62 лет (в среднем 45,85±1,4 лет). Контрольную группу составили 40 практически здоровых женщин, сопоставимых по возрасту (45,7±1,3 лет). Критерии включения в исследование: наличие ССД, согласие больных на участие в исследовании, уровень гормонов в крови в пределах нормальных значений, отсутствие хронических заболеваний, влияющих на метаболизм кости. Длительность заболевания в среднем составила 8,31±0,81 лет. У 14 (35%) больных установлена I, у 23 (57,5%) II и у 3 (7,5%) больных III степень активности заболевания. У 9 (22,5%) больных выявлена начальная, у 26 (65%) больных установлена генерализованная, у 5 (12,5%) больных терминальная стадии заболевания. Исследование МПКТ проводили на пяточной кости на УЗ денситометре “Ostesys SONOST-300” (Южная Корея).

Результаты и обсуждение. Результат денситометрии учитывался по наименьшему значению Т-критерия. Т-критерий выражали в величинах стандартных отклонений (SD) от нормативных показателей пиковой костной массы здоровых людей. Выявлено статистически достоверное снижение МПКТ. У всех пациентов ССД, независимо от степени активности воспаления, имели место достоверно более низкие показатели Т-критерия, чем показатели контрольной группы. При сравнительном анализе установлено, что по мере нарастания степени активности денситометрические показатели снижаются. Так, средние значения Т-критерия у больных с III степенью активности были достоверно ниже, чем у больных с I и II степенями. Т-критерий у больных при всех стадиях достоверно ниже аналогичных показателей контрольной группы. В зависимости от стадии заболевания установлено достоверное снижение показателей по мере прогрессирования болезни. Так, у пациентов с начальной стадией ССД Т-критерий составил -2,16±0,11 SD, в то время как при терминальной стадии Т-критерий равнялся -2,69±0,13 SD (p=0,05). Полученные данные подтверждают результаты других авторов, свидетельствующие о том, что снижение костной массы позволяет судить о воспалительной активности ССД, ввиду чего предлагается рассматривать МПКТ в качестве маркера тяжести воспалительного процесса и прогрессирования болезни. Больные с сохраненной физической функцией имеют более высокую МПКТ. Результаты настоящей работы позволяют рассматривать функциональную недостаточность в качестве одного из решающих факторов риска развития ОП у больных ССД.

Заключение. ОП развивается в большинстве случаев ССД. Низкая МПКТ у больных ССД ассоциируется с длительностью, стадией, активностью болезни. Эти показатели целесообразно рассматривать как дополнительные факторы риска, ассоциированные с самим заболеванием. Всем пациентам ССД необходимо выполнять ультразвуковую денситометрию с момента выявления заболевания и регулярно, а также проводить профилактику и лечение ОП.

ЭФФЕКТВИНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РИФАКСИМИНА В КОРЕКЦИИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФЕКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Каспир Д.В.[2], Налетов А.В.[1,2], Гуз Н.П.[2], Налетова О.С.[1]
[1]Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
[2]Медицинский центр «Гастро-лайн»,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Изучить эффективность рифаксимина в коррекции синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки (СИБРТК) у пациентов с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи (СРК-Д), перенесших COVID-19.

Материалы и методы. На базе ООО «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецк» обследовано 60 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет с постинфекционным СРК-Д, перенесших COVID-19, которые были разделены на две клинические группы по 30 человек в каждой. Всем пациентам было назначено комплексное лечение, которое включало диету low-FODMAP на 1 месяц, энтеросорбент (смектит диоктаэдрический) на 2 недели, координатор кишечной моторики (тримебутина малеат) на 1 месяц, пробиотик, содержащий Saccharomyces boulardii, на 2 недели.

Пациентам основной группы в лечение был добавлен антибиотик – рифаксимин, курсом на 7 дней. Больные группы сравнения получали противомикробное средство – нифуроксазид, курсом 7 дней. Все препараты пациенты обеих групп получали в возрастных дозировках.

У всех больных исходно и через 1 месяц лечения была проведена диагностика СИБРТК при помощи водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой с использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «ЛактофаН2» (ООО «АМА», Россия).

Результаты и обсуждение. Установлено наличие СИБРТК исходно у большинства обследованных пациентов с постинфекционным СРК-Д, перенесших COVID-19, – 56 (93,3±3,2%) больных.

При наблюдении за динамикой основных клинических симптомов у пациентов с СРК-Д на фоне проводимого лечения, были выявлены более ранние сроки их купирования среди больных основной группы. Следует заметить, что регрессирование клинической симптоматики происходило на фоне нормализации кишечного микробного дисбаланса.

Через 1 месяц на фоне проводимой терапии в группе сравнения СИБРТК диагностирован у 14 (46,7±9,1%) пациентов. В свою очередь в основной группе микробиотический дисбаланс тонкой кишки сохранялся лишь у 4 (13,3±6,2%) пациентов, что было статистически значимо ($p<0,01$) меньше относительно группы сравнения.

Выводы. Таким образом, большинство пациентов с постинфекционным СРК-Д, перенесших COVID-19, имеют СИБРТК при проведении водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой. Включение антибиотика рифаксимин в комплексную терапию пациентов с постинфекционным СРК-Д, перенесших COVID-19, позволяет в более короткие сроки купировать основные симптомы расстройства на фоне более эффективной коррекции микробиотического дисбаланса тонкой кишки.

СЕРГЕЙ ПЕТРОВИЧ БОТКИН У ИСТОКОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Катюхин В.Н.
Университет «Реавиз»,
Санкт-Петербург

В 1855 году Сергей Боткин окончил Московский университет, получив звание доктора и диплом «Лекарь с отличием». Патриотический порыв привел его в действующую армию, после чего он сделал профессиональный выбор и стал терапевтом. Но знаний не хватало и четыре года он осваивал бесценный опыт светил европейской медицины. Обосновавшись в Европе, Сергей Петрович не только тщательно изучал сложные механизмы патогенеза заболеваний в рамках новой «клеточной» теории, но и набирал материал на свою докторскую диссертацию по физиологии и патологии пищеварения. Ликвидировав пробелы в знаниях современной медицинской науки, Сергей Петрович приступил к работе адъюнктом в академической клинике внутренних болезней медико-хирургической Академии. Спустя месяц (17 сентября 1860 года), он защитил докторскую диссертацию, а через год был избран профессором кафедры академической терапевтической клиники. Во время своей заграничной командировки молодой профессор уловил новое направление в теории и практике врачевания. Рождение доказательной медицины

можно отнести к 1830 году, когда французский врач П. Луи на основе клинических наблюдений установил, что кровопускание неэффективно для лечения острой пневмонии. Оценив такой подход к врачеванию, профессор С.П. Боткин начал с преобразований и реализации далеко идущих планов. Он создал при своей клинике экспериментальную лабораторию, где производил физические и химические анализы и исследования по физиологическому и фармакологическому действию лекарственных веществ. Сергей Петрович также впервые широко использовал лабораторные методы исследования (биохимические, микробиологические). На своих лекциях курсантам он обосновывал обязательную объективизацию физиологических и патологических показателей пациентов для точной и безошибочной диагностики: «… научная практическая медицина…не может допустить произвола, иногда тут и там проглядывающего под красивой мантией искусства, медицинского чутья, такта и так далее. Представляющийся больной есть предмет вашего научного исследования, обогащенного всеми современными методами; собравши сумму анатомических, физиологических и патологических фактов данного субъекта, группируя эти факты на основании ваших теоретических знаний, вы делаете заключение, представляющее уже не диагностику болезни, а диагностику больного,…». На таких фактологических принципах развилась в дальнейшем доказательная медицина.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кацура К.С., Дробышева Е.С., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. На основании ретроспективного анализа историй болезни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) оценить влияние сопутствующего сахарного диабета 2 типа (СД 2) на прогрессирование и выраженность проявлений хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. В качестве исходных материалов для исследования было взято 700 историй болезни пациентов терапевтического и кардиологического отделений БУЗ ВО ГКБ СМП №1 с диагнозом ИБС (острый инфаркт миокарда прогрессирующая стенокардия, фибрилляция предсердий) и ХСН: 320 мужчин (45,7%) и 380 женщин (54,3%). Средний возраст пациентов – 65,3±4,2 лет. Больные были разделены на две группы. Критериями распределения стали следующие показатели: гликемия натощак в плазме венозной крови выше 7,0 мМоль/л, постпрандиальная гликемия более 11мМоль/л, уровень гликированного гемоглобина выше 6,5%. В соответствие с выбранными критериями в первую группу было включено 212 человек с ИБС и ХСН в сочетании с СД 2 типа, во вторую (контрольную) – 488 человек с ИБС и ХСН без сопутствующих отклонений метаболизма углеводов. Для детального исследования использовались данные анамнеза, клинической картины ХСН, клинического и биохимического анализа крови, рентгенологического исследования органов грудной клетки, данные теста с 6 минутной ходьбой. Эхокардиография на аппарате «Siemens AG» (Германия) позволила провести полноценную оценку морфофункционального состояния сердечной мышцы. Путем ЭхоКГ установили конечный систолический (КСО, мл) и диастолический (КДО, мл) объемы ЛЖ с расчетом фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Уровень ФВ ЛЖ >50% использовался в качестве критерия высокой вероятность достаточной систолической функции. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы SPSS 10,0.

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученных в ходе исследования данных установлено, что наиболее частой причиной госпитализации обследуемых 1 группы являлась прогрессирующая клиническая картина ХСН, проявляющаяся застоем по обоим кругам кровообращения, вито время как у госпитализированных пациентов контрольной группы доминировали признаки нарастающей ИБС (боли за грудиной, субъективные ощущения сердцебиения, перебои в работе сердца) (p=0,003). Оценка тяжести ХСН (классификация Василенко-Стражеско) показала статистически значимые результаты: стадия IIа наблюдалась у 62 человек из 1 группы (29,2%) и у 405 человек из второй группы (83%); стадия IIб встречалась у 150 человек из 1 группы (70,8%) и у 83 человек из 2 группы (17%) (p=0,002). У пациентов контрольной группы на фоне СД установлено снижение ФВ ЛЖ 47,1±5,3% против 56,2±7,1% (p=0,002) в первой группе. Кроме того для 1 группы характерно отсутствие компенсации углеводного обмена – гликемия равна 8,2±1,6 мМоль/л, чего нельзя отметить в контрольной группе, где гликемия составила 5,4±0,7 мМоль/л (p=0,001). Корреляционный анализ взаимосвязи уровня клюковка и ФВ ЛЖ в 1 группе пациентов установил достоверную корреляционную связь (r=-0,6). Тест с 6-минутной ходьбой позволил выявить, что у пациентов 1 группы одышка появилась на дис-

танции менее 200м, что соответствует ФК III, а у пациентов 2 группы – на дистанции менее 400 м, что относится к ФК I-II(p=0,03).

Вывод. сопутствующий СД 2 типа ухудшает течение ХСН у больных с ИБС, ускоряя и усиливая ее возможные проявления.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кацура К.С., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

В соответствии с GOLD 2019 существует несколько направлений эффективного снижения частоты и выраженности обострений ХОБЛ, среди которых отдельно отмечается важность профилактики острых респираторных инфекций, каждый случай которых приводит к усилению симптомов ХОБЛ и, как следствие, возникновению обострений разной степени тяжести и прогрессированию заболевания. Для решения этой проблемы вакцинация против гриппа может послужить одним из самых эффективных и доступных способов, применяемых в условиях стационара, который сегодня используется недостаточно широко.

Цель. Оценить отсроченную эффективность применения противогриппозной вакцинации препаратом Инфлювак (SolvayPharma) в рамках лечебно-профилактических мероприятий у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 75 пациентов от 44 до 65 лет с диагнозом ХОБЛ 2 и 3 стадии. Продолжительность выполнения работы составила 1 год, с учетом оценки состояния больного в первые трое суток после проведения вакцинацией препаратом Инфлювак (однократно дозой 0,5 мл), а также ретроспективного анализа качества жизни пациента в течение года после применения вакцины (1 группа исследуемых) или отказа от нее (2 группа). Для систематизации и оценки использовалась программа контроля частоты обострений, связанных с ними госпитализаций, случаев ОРВИ и амбулаторных обращений – «Система мониторинга пациентов с хронической обструктивной болезнью легких».

Результаты. После применения вакцины Инфлювак годовое число госпитализаций снизилось в 2,53 раза, вызовов СМП по поводу обострений ХОБЛ – в 1,52 раза, амбулаторных визитов – в 2,03 раза. По выявленной динамике отдельных показателей, характеризующих течение ХОБЛ, можно сделать предварительный положительный вывод об эффективности используемой вакцины.

Выводы. Исследование отсроченной эффективности применения противогриппозной вакцинации препаратом Инфлювак (SolvayPharma) в рамках лечебно-профилактических мероприятий у больных хронической обструктивной болезнью легких показало ее положительное действие, заключающееся в снижении годового числа госпитализаций, вызовов СМП по поводу обострений ХОБЛ и амбулаторных визитов пациентов.

СИНОВИТ – ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО ПЯТИ ЛЕТ

Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва

Цель исследования. Изучить взаимосвязь синовита коленных суставов с риском прогрессирования остеоартрита (ОА) у пациентов с небольшой длительностью заболевания в пятилетнем проспективном наблюдении.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 52 пациентки (средний возраст 59,11±8,95 года) с длительностью заболевания до 5 лет, с первичным ОА коленных суставов в соответствии критериям Американской коллегии ревматологов (ACR), подписавшие информированное согласие, которые были обследованы дважды с интервалом в 5 лет. Всем пациентам проводили анкетирование, включающее в себя антропометрические, анамнестические и клинические данные, оценку боли в коленных суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), стандартную рентгенографию, УЗИ коленных суставов. Из 52 пациентов у 22 (42,3%) была 1 стадия заболевания, у 24 (46,2%) – 2 стадия, у 6 (11,5%) – 3 стадия. Прогрессирование ОА оценивалось по изменению рентгенологической стадии.

Результаты. За 5-летний период наблюдения прогрессирование ОА коленных суставов (увеличение рентгенологической стадии) было отмечено у 14 больных (1-я группа – с прогрессированием), у 38 –

стадия заболевания осталась прежняя (2-я группа – без прогрессирования). Пациенты 1-ой и 2-ой групп были сопоставимы по возрасту (58,29±7,68 против 56,05±8,74 лет, p>0,05) и длительности заболевания (3,43±1,34 против 3,47±1,33 лет, p>0,05). Однако у больных в группе с прогрессированием ОА отмечалась более интенсивная боль в коленных суставах при ходьбе (60,36±18,33 против 48,71±17,81 мм, p=0,043), более высокий ИМТ (34,45±4,60 против 28,92±4,92 кг/м^2, p=0,001), чаще выявлялся синовит коленного сустава при осмотре (42,9% против 10,5%, RR=4,07 (95%Cl 1,3-12,3), p=0,01 и по данным УЗИ (57,1% против 18,4%, RR=3,1, 95% ДИ 1,38-6,96, p=0,009). При повторном исследовании (через 5 лет) пациенты с прогрессированием ОА также имели статистически значимо более выраженную боль в коленных суставах (69,64±18,49 против 55,76±12,76, p=0,003), больший ИМТ (35,74±5,83 против 30,64±4,64, p=0,002), у них также чаще определялся синовит как при осмотре (57,1% против 10,5%, RR=5,4 (95%Cl 1,9-15,2), p=0,001), так и при УЗИ (50% против 13,2%, RR=3,8 (95%Cl 1,4-10,0), p=0,009).

При проведении корреляционного анализа (по Спирмену) между рентгенологической стадией и факторами, ассоциированными с прогрессированием ОА, были выделены следующие коэффициенты корреляции: боль в коленных суставах при ходьбе (r=0,34, p<0,05), ИМТ (r=0,46, p<0,01), синовит коленных суставов по данным УЗИ (r=0,41, p<0,01). С помощью многофакторного анализа было подтверждено, что синовит является значимым фактором прогрессирования (p<0,05).

Выводы. За пятилетний период наблюдения отмечено увеличение пациентов с синовитом коленных суставов как при клиническом, так и при инструментальном обследовании. Показано, что синовит является значимым предиктором прогрессирования ОА коленных суставов у пациентов с небольшой длительностью заболевания.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ПЕЧЕНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ НА ОСНОВАНИИ УЗИ

Кдырбаева Ф.Р.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени или НАЖБП уже стала одной из самых распространенных патологий органов пищеварения. Заболевание представляет опасность, так как развивается незаметно в течение нескольких лет и приводит к тяжелым последствиям.

Цель исследования. Изучить распространенность жирового гепатоза по данным УЗИ органов брюшной полости в различных возрастных группах населения с избыточным весом.

Материалы и методы. В состав исследования вошли 51 пациентов (32 женщин, 19 мужчин, в возрасте от 30 до 80 лет), с избыточным весом. Данные были получены в результате сбора анамнеза, физикального осмотра, базовых лабораторных (клинический и биохимический анализы крови) и дополнительного инструментального метода УЗИ органов брюшной полости. По данным УЗИ изучалось распространение жирового гепатоза печени среди различных возрастных групп населения с избыточным весом. Изучались пациенты следующих возрастных групп: в возрасте от 30 до 40 лет – 6 (11,7%), от 41 до 50 лет – 7 (13.7%), от 51 до 60 лет – 13 (25.4%), от 61-70 лет – 16 (31.3%), и старше 71 лет – 8 (15.6). При УЗИ выявляли также патологию со стороны желчевыводящих путей (ДЖВ), холецистит, желчнокаменную болезнь (ЖКБ) и поражение поджелудочной железы.

Результаты и обсуждение. Анализ исследования показал, что многочисленную группу респондентов представляют женщины. На основании данных УЗИ жировой гепатоз 1 степени выявлен у 43 обследуемых пациентов, наибольший удельный вес пациентов приходился на возрастную группу 51-70 лет – 29 (56,8%). Жировой гепатоз 2 степени диагностирован у 8 пациентов в данном случае пациенты в возрасте от 51-70 лет составили 75%. У 30 (60%) пациентов с жировым гепатозом на УЗИ выявлен хронический бескаменный холецистит, у 8 пациентов ЖКБ и у 1 пациента полип желчного пузыря. У 20 пациентов при УЗИ выявлен панкреатит, наибольший удельный вес составили пациенты в возрасте от 60 до 80 лет – 12 (60%).

Выводы. Таким образом, анализ, полученных результатов УЗИ обследования показали, что жировой гепатоз выявляется чаще в среднем или пожилом возрасте у пациентов с избыточной массой тела. Кроме печени в воспалительный процесс вовлекаются желчный пузырь и поджелудочная железа. С целью ранней диагностики жирового гепатоза печени у пациентов с избыточным весом, необходимо назначать инструментальный метод диагностики – УЗИ, который позволит своевременно поставить диагноз и своевременно лечить пациентов.

ОТНОШЕНИЕ МУЖЧИН К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Кдырбаева Ф.Р.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучить отношения к физической активности у мужчин трудоспособного возраста при разных уровнях образования.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди неорганизованного населения. Из избирательных списков граждан участка поликлиники была сформирована выборка среди лиц мужского пола в количестве 60 человек, по 15 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на скрининг составил 80% – 48 участников. Исследование отношения к физической активности проводили с использованием стандартной анкеты ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) «Знание и отношение к своему здоровью». Для сбора первичной научной информации использовали сплошной опросный метод путем самозаполнения анкеты. Вопросы анкеты сопровождались перечнем фиксированных ответов, из которого мужчины могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным. Уровень образования оценивался по трем градациям: начальное, среднее, высшее.

Результаты. В результате анкетирования в отношении физической активности на вопрос «Делаете ли Вы физзарядку (кроме производственной)?» – утвердительно ответило 19,0% мужчин, отрицательно – 22,1% мужчин; 56,7% мужчин не делали физзарядку, но были убеждены в ее необходимости. Отрицательное отношение к физзарядке (ответ «Мне это не нужно») достоверно чаще встречалось в группе мужчин со средним уровнем образования (18,3%) по сравнению с мужчинами с высшим уровнем образования (10,4%). Напротив, регулярно делали физзарядку достоверно чаще мужчины с высшим уровнем образования (21,3%) относительно лиц со средним образованием (16,3%). Такие категории ответов, как: «Я должен бы делать физзарядку, но не делаю», «Пытался, но безуспешно», «По мнению врачей, физзарядка мне противопоказана», не зависели от уровня образования. Существенно чаще активное проведение досуга имело место среди лиц с высшим уровнем образования (28,3%) по сравнению с лицами со средним образованием (20,0%). Динамика физической активности в течение последних 12 месяцев в мужской популяции в зависимости от уровня образования не различалась. Значительно активнее, чем другие, считали себя 33,3% лиц с начальным уровнем образования, показатель значимо различался с категорией таких ответов у лиц со средним (9,4%) и высшим уровнем образования (14,6%). Оценка своей физической активности «такой же, как другие» достоверно чаще встречалась в группе лиц со средним уровнем образования (47,5%), чем у лиц с высшим образованием (36,8%). Значительно более пассивными оценили себя 16,7% лиц с начальным образованием. Такая оценка оказалась значимо более частой, чем у лиц с высшим образованием (2,5%).

Выводы. Следовательно, по данным нашего исследования у мужчин трудоспособного возраста с ростом уровня образования формируются принципы здорового образа жизни, отмечается рост физической активности.

КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА BDNF С ЭПИЛЕПТИФОРМНОЙ АКТИВНОСТЬЮ И СОСТОЯНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кельн О.Л.[2], Левитина Е.В.[1], Рахманина О.А.[1]
[1]Тюменский государственный медицинский университет,
[2]Областной лечебно-реабилитационный центр,
г. Тюмень

Введение. Экспериментальными исследованиями показано, что эпилептические приступы усиливают нейрогенез, однако появившиеся в результате новые нейроны отличаются от нормы, а вновь образованные синаптические окончания увеличивают синхронизацию эпилептических потенциалов, тем самым способствуют эпилептогенезу. Немаловажную роль в данном процессе выполняет BDNF, поскольку его экспрессия повышена в областях мозга, вовлеченных в эпилептогенез. Изучение влияния эпилептических приступов на развивающийся головной мозг с оценкой уровня BDNF является одним из ключевых моментов для определения прогноза заболевания и формирования новых терапевтических механизмов.

Цель исследования. Сопоставить показатели BDNF с уровнем эпилептиформной активности и когнитивного статуса на фоне лечения эпилепсии у детей.

Материалы и методы. В исследование был включен 21 пациент (11+7 мес.) с эпилепсией в дебюте, 11 из них – с эпилептическими энцефалопатиями младенческого возраста, 7 пациентов со структурными фокальными эпилепсиями и 3 – с фокальной эпилепсией неизвестной этиологии. Всем пациентам была проведена рутинная ЭЭГ, МРТ головного мозга, комплексная оценка психического и двигательного развития по шкале KID и анализ крови на уровень нейротрофического фактора BDNF. Все дети получали противоэпилептическую терапию, пациенты с гипсаритмией – противоэпилептическую и гормональную терапию (метилпреднизолон внутривенно с переводом на таблетированный прием в течение 2 месяцев). Анализ данных проведен с использованием программы Micrisoft Office Excel 2010 с определением статистической значимости по критерию Уилкоксона. Для оценки тесноты связи между признаками использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У 47,6% детей по данным электроэнцефалографии регистрировалась региональная эпилептиформная активность, у остальных пациентов – различные варианты гипсаритмии. 52,4% детей до дебюта эпилептических приступов наблюдались неврологом в связи с задержкой моторного развития. Медиана показателя уровня BDNF в сыворотке крови на момент дебюта эпилептической энцефалопатии 7008 пг/мл [5795; 9093,5]. После курса гормональной терапии и купирования гипсаритмии уровень нейротрофического фактора достоверно снижался 5784 пг/мл [4921,2; 7494,5], (Тэмп<Ткр (0,05). Корреляционная связь между уровнем BDNF и степенью задержки психического и моторного развития является прямой и оценена как умеренная (0,3). Медиана показателя уровня BDNF в сыворотке крови на момент дебюта фокальной эпилепсии 6364,5 пг/мл [5462,0; 7800,0]. На фоне антиэпилептической терапии при отсутсвии клинических проявлений эпилепсии уровень нейротрофического фактора достоверно снижался 3899,8 пг/мл [3485,0; 4,800,0], (Тэмп<Ткр (0,05). Корреляционная связь между уровнем BDNF и степенью задержки психического и моторного развития является прямой и оценена как умеренная (0,4).

Заключение. При выявлении гипсаритмии уровень BDNF достоверно выше, чем после ее купирования. При выявлении фокальной эпилептиформной активности нейротрофический фактор был более низким. Существует прямая корреляция между показателем BDNF и оценкой психического развития. Наши данные могут являться основанием для использования BDNF как биохимического маркера нейропластичности у детей младенческого возраста с эпилептическими энцефалопатиями и фокальными эпилепсиями.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И БОЛЕЗНЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА БАЗЕ ОТКРЫТОГО ОНЛАЙН-СООБЩЕСТВА SMARTBACK

Киричук С.В.[1], Эрденко А.С.[2]
[1]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург,
[2]Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва

Актуальность. С развитием цифровых технологий снижается физическая активность граждан. Из-за нарушения нормальной деятельности опорно-двигательного аппарата возникают болезни сердечно-сосудистой системы и позвоночника, ухудшается зрение. Данная проблема стала особенно значимой в период пандемии. Работники, студенты и школьники на работе и дистанционном обучении проводят до 15 часов в день сидя, что в несколько раз превышает норму и снижает эффективность работы и обучения.

Цель. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы и позвоночника за счет развития открытого онлайн-сообщества по продвижению методических рекомендаций с привлечением медицинских специалистов.

Материалы и методы. Сообщество SmartBack (далее – Сообщество) создано в социальной сети «ВКонтакте». За основу взяты методические рекомендации Обнинского протезно-ортопедического предприятия по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и болезней опорно-двигательного аппарата.

Описания комплексов упражнений визуализированы. Есть чат с врачом для консультаций и составления индивидуального комплекса упражнений.

Результаты. Сообщество начало свою работу 03.07.2020. Подписчиками являются жители СНГ, стран Европы и Азии, среди них более 350 активных пользователей от 14 до 65 лет. К настоящему времени опубликовано около 300 записей, охвачено свыше 20 000 человек, получено более 10 000 отметок «нравится». Деятельность Сообщества одобрена XV Национальным конгрессом терапевтов.

Проект представляет собой страницу в социальной сети, основанную на методических рекомендациях по проведению профилактической гимнастики. Публикуются познавательные факты о строении и свойствах опорно-двигательного аппарата. На странице предоставлена возможность связаться с врачом для онлайн-консультации и составления ин-

дивидуального графика упражнений в зависимости от занятости пользователя в течение дня.

Особенностями проекта являются его доступность, возможность использования в любом месте и в любое время, отсутствие необходимости в дополнительном оборудовании. Среднее время выполнения одного комплекса составляет 3-5 минут. Анализ открытых источников показывает отсутствие аналогичных простых, интуитивно понятных и удобных программ, тренингов и иных продуктов в данной области, а также мобильных решений. Само направление профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и нарушений функций позвоночника не развито.

Онлайн-школа математики MindSet рекомендует методику своим ученикам, ортопедический центр Ортолис – пациентам. Каждый пациент Обнинского-протезно-ортопедического предприятия получает ссылку на страницу Сообщества или QR-код для прямого доступа к упражнениям.

Сообщество растет и развивается. В связи с этим планируются его перенос в Instagram и Facebook и разработка полноценного мобильного приложения с трансляцией упражнений с помощью компьютерной анимации.

Выводы. Активность пользователей свидетельствует о необходимости создания подобных интернет-площадок, вовлекающих в процесс профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата максимальное количество граждан.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И АНЕМИИ

Кислюк К.А.[1,2], Богданов А.Н.[1,2], Щербак С.Г.[1,2]
[1]Санкт-Петербургский государственный университет,
[2]Городская больница №40,
Санкт-Петербург

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее значимых проблем здравоохранения. Поражение печени у больных ХСН встречается практически в 100% случаев, что связано с развитием ишемической гепатопатии и последующим формированием кардиального фиброза, который ухудшает прогноз заболевания, увеличивает летальность и требует своевременной диагностики. Эластометрия печени в сочетании с исследованием серологических маркеров фиброза позволяет оценить выраженность структурных изменений печени при ХСН для коррекции лечения.

Цель. Оценить взаимосвязь УЗ-данных эластометрии печени с уровнем маркеров фиброза у больных ХСН в зависимости от наличия и выраженности хронической болезни почек (ХБП) и анемии.

Результаты. У 75 пациентов в возрасте от 40 до 84 лет, обследованных вГБУЗ «Городская больница № 40», проведена оценка жесткости печени методом двумерной эластографии сдвиговой волной и исследование уровня биомаркеров фиброза (панель FIB-4). Пациенты разделены на 4 группы: 1-я группа (контроль) – здоровые лица (20 человек), 2-я группа – пациенты с ХСН II-IV функционального класса (ФК) без ХБП и анемии – 26 человек, 3-я группа – пациенты с ХСН II-IV ФК в сочетании с анемией (уровень гемоглобина ниже 130 г/л у мужчин и ниже 120 г/л у женщин) и ХБП (снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин) – 19 человек, 4-я группа – пациенты с ХСН II-IV ФК в сочетании с анемией без ХБП (10 человек). Фиброз печени разной степени по данным эластометрии выявлен у 60% пациентов (45 человек), которые распределились следующим образом: в первой группе не было выявлено фиброза, во второй группе фиброз выявлен у 19 пациентов (73%), в третьей группе у 20 пациентов (100%), в четвертой у 6 пациентов (60%). Лабораторные маркеры фиброза включали определение маркеров I и II класса: матриксной протеиназы-9, тканевого ингибитора металопротеиназ-1, α-2 макроглобулина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, гаммаглюминтранспептидазы, протромбинового индекса, билирубина и гаптоглобина. Концентрация маркеров фиброза, особенно I класса, которые лучше коррелировали с данными эластометрии, во 2-й и 3-й группе значительно превышала уровень в контрольной группе и нарастала по мере увеличения степени фиброза. В остальных группах значимых различий не обнаружено.

Заключение. Диагностика и оценка степени фиброза печени у больных хронической сердечной недостаточностью должна проводиться комплексно, с использованием эластометрии и биомаркеров фиброза. Полученные результаты позволяют сделать заключение о взаимосвязи данных эластометрии печени и концентрации биологических маркеров фиброза. Частота и выраженность фиброза печени нарастает по мере увеличения функционального класса сердечной недостаточности, особенно при сочетании с хронической болезнью почек. Механизмы развития и прогрессирования сочетанной кар-

диальной и печеночной дисфункции требуют дальнейшего исследования для разработки алгоритмов диагностики с целью коррекции лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНЫМ ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА

Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А., Гусева С.Н., Нечаева О.С.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка клинической эффективности серосодержащих препаратов у пациентов с папуло-пустулезным подтипом розацеа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 67 пациентов с папуло-пустулезным подтипом розацеа, из них 22 (32,8%) мужчины и 45 (67,2%) женщин в возрасте от 30 до 65 лет (Me: 39,1±4,5 лет), продолжительность заболевания составила от 6 месяцев до 2 лет. У всех пациентов высыпания локализовались на коже лица, клинически отмечалась эритема, папулы и пустулы, зуд присутствовал у 25% пациентов, ощущение покалывания и чувства стягивания кожи у 20%. Все больные случайным образом были разделены на две группы. Пациентам основной группы (n=35) назначался наружно гель «Делекс-акне» 2 раза в день тонким слоем на всю поверхность лица и гель Форте локально на папулы и пустулы в течение 8 недель. Пациенты группы сравнения (n=32) получали наружную терапию гелем с метронидазолом 1% также в течение 8 недель. Оценку терапии проводили два раза: через 4 и 8 недель с момента начала лечения. Оценивалась эффективность и переносимость терапии, а также сроки наступления клинического выздоровления.

Результаты и обсуждение. У всех больных были изучены средние показатели количества воспалительных элементов, выраженность эритемы и субъективных ощущений. Среди пациентов основной группы (n=35), где наружно назначался гель «Делекс-акне» на всю поверхность кожи лица и гель Форте локально на высыпания, был выявлен значительный положительный эффект от проводимой терапии. Уже через 4 недели было отмечено снижение количества папул на 22,9%, а пустул на 40,7%, через 8 недель уменьшение количества папул на 80% и пустул на 91.4%. У пациентов группы сравнения (n=32), получавших наружную терапию гелем с метронидазолом 1%, также был отмечен положительный результат: через 4 недели наблюдалось уменьшение количества элементов – папул на 18%, что на 5% отличается от основной группы, пустул на 40,6%, что сопоставимо с 1-й группой. Через 8 недель результаты лечения также незначительно отличались: уменьшение папул произошло на 70%, пустул на 81,5%, что на 10% меньше, чем в основной группе. Таким образом, эффективность лечения была выше в первой группе пациентов. Переносимость терапии была отмечена как хорошая у всех больных. Пациенты из 1 группы отмечали значительное уменьшение выраженности эритемы, отсутствие зуда и ощущения чувства стягивания кожи. Среди пациентов группы сравнения субъективные ощущения сохранились у 10% пациентов. Таким образом, снижение проявлений субъективных ощущений было более значимо в первой группе пациентов.

Выводы. Проведенное нами исследование позволяет рекомендовать гели «Делекс-акне» как безопасное и эффективное средство, которое может использоваться в лечении пациентов с папуло-пустулезным подтипом розацеа. Применение препаратов, содержащих очищенную серу, является патогенетически обоснованным, так как реализуются кератолитические, антисептические и противовоспалительные свойства серы, обусловленные реакцией, возникающей при прямом взаимодействии между серой и кератиноцитами. Кроме того, преимуществом использования серы в наружных средствах является отсутствие развития резистентности микрофлоры, отсутствие побочных эффектов и хорошая переносимость терапии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А., Павлова А.Г., Федотова М.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить эпидемиологию новообразований кожи (НОК) по данным обращаемости на кафедру дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Материалы и методы. На базе кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова под нашим наблюдением находилось 1,5 тысячи первичных пациентов с НОК различного генеза в период с 2015 по 2020 год. Производилась оценка долевого распределения опухолей в общей структуре НОК в

зависимости от гистогенетических типов и определение частоты выявления различных нозологических форм новообразований внутри каждой группы.

Результаты и обсуждение. Долевое распределение новообразований, в зависимости от их гистогенетической природы, представлено следующим образом: первое место занимают опухоли эпителиального происхождения (57,6-67,8%), второе – сосудистые (19,8-25,5%), третье – пигментные (6,6-10,3%), четвертое – соединительнотканные новообразования (3,1-7,2%). Причиной наименьшего числа обращений являются метастатические опухоли (0-0,2%). Среди эпителиальных опухолей заболевания, объединенные в клиническую подгруппу «кератозы» оказались наиболее часто регистрируемыми – 36,8% от всего числа обращений. Удельный вес преканцерозов так же оказался большим (16,9%). При этом был зарегистрирован и самый высокий процент (10,2%) эпителиального рака кожи – БКРК. Система регистрации пигментных новообразований кожи, построенная по принципу вероятности бласттрансформации, показала следующее: в этой группе абсолютно превалировали доброкачественные немеланомоопасные невусы (70,4%). Число обращений с заболеваниями, представляющими угрозу трансформации в меланому, составляет от 0,3% до 1,8% случаев. Также отмечалась высокая частота обращений по поводу меланомоопасных невусов, достигающая 19,8% и часть из 95 (4,5%) первично выявленных нами меланом кожи представляла собой случаи трансформации предсуществующих невусов. Среди НОК сосудистого происхождения наиболее многочисленной оказалась подгруппа неопухолевых поражений кожи – сосудистых дисплазий (31,0%). Среди опухолевых сосудистых образований наиболее часто встречаются капиллярные гемангиомы (22,0%) и смешанные капиллярно-кавернозные гемангиомы (20,0%). Характерной особенностью всех вышеперечисленных новообразований является их практически абсолютная доброкачественность. Из группы соединительнотканных опухолей лидерство по частоте обращений принадлежит доброкачественным фибромам (42,1%) и ксантомам (34,3%). В 1,5-2 раза реже регистрируются доброкачественные дерматофибромы (22,6%). Случаи обращения по поводу других нозологических форм новообразований соединительной ткани единичны (1,0%).

Выводы. Оценивая общую структуру заболеваемости НОК по данным обращаемости за 5 лет мы пришли к следующим выводам: ведущее место по частоте встречаемости принадлежит НОК эпителиального происхождения – 67,8%. Среди прочих, основными структуро-формирующими гистогенетическими типами являются НОК сосудистого происхождения, пигментные и соединительнотканные новообразования. Новообразования кожи эпителиального происхождения наиболее разнообразны в нозологическом отношении. Среди них наиболее высок удельный вес преканцерозов. Этому же типу новообразований принадлежит самое высокое число злокачественных опухолей кожи.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Князева А.И., Шишкин А.Н.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить риск развития инфаркта миокарда (ИМ) у больных с метаболическим синдромом (МС) в связи с ростом распространенности острого коронарного синдрома у лиц с МС и высокими показателями летальности при данной патологии.

Задачи исследования. Оценить частоту развития острого ИМ среди мужчин и женщин с МС. Оценить гендерные особенности локализации острого ИМ у пациентов с МС. Определить параметры липидного, углеводного обменов, уровни маркеров повреждения миокарда, С-реактивного белка (СРБ) и установить взаимосвязи между биохимическими показателями у пациентов с острым ИМ на фоне МС.

Материалы и методы. Исследовали группу больных с МС, которые были госпитализированы экстренно в стационар с диагнозом «острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST». В исследовании приняли участие 51 человек, 25 мужчин (49%) и 26 женщин (51%). Проводили межгрупповое сравнение общефизикальных и анамнестических данных, оценивали количество лейкоцитов, уровни СРБ, общего белка, фибриногена, глюкозы, показатели функции почек и печени, кардиоспецифических маркеров, липидограммы. У всех больных осуществлялась оценка в динамике результатов электрокардиограмм (ЭКГ) в 12 отведениях. По результатам был выполнен статистический анализ с помощью программ GraphPadPrism 8 (GraphPadSoftware, США) и Microsoft Excel 14.0 (США).

Результаты и обсуждение. Средний возраст мужчин составил 57,6±7,5 лет, женщин 65,3±6,5 лет. Средний возраст в группе женщин был достоверно выше, чем в группе мужчин ($p<0,05$). Средний индекс массы тела у лиц мужского пола был равен 31,3±1,4 кг/м^2, у женщин – 32,2±1,5 кг/м^2. В группах мужчин и женщин достоверных различий встречаемости артериальной гипертензии выявлено не было ($p>0,05$). Среди лиц женского пола ИМ развивался чаще, чем

у мужчин (p<0,05). Повышенный уровень тропонина был выявлен у 48% (12 человек) мужчин и достоверно чаще встречался у женщин (p<0,05) – у 73% пациенток (19 человек). Увеличение показателей КФК-МВ обнаружено у 17 (65%) женщин и у 12 (48%) мужчин. Различий по частоте повышения КФК-МВ в группах выявлено не было (p>0,05). Развившийся передний ИМ чаще встречался в группе женщин, нижний ИМ – в группе мужчин (p<0,05). Уровень общего холестерина был в пределах целевых значений у 10 (38%) женщин и 9 (36%) мужчин. Повышение липопротеинов низкой плотности выявлено у 17 (68%) пациентов мужского пола и 19 (73%) женского. У 17 (65%) пациенток и у 18 (72%) пациентов в группе мужчин обнаружено увеличение триглицеридов. Гипергликемия встречалась у 19 (73%) женщин с МС и 17 (68%) мужчин. Среди женщин с МС чаще был выявлен сахарный диабет 2-го типа (p<0,05). Повышение СРБ наблюдалось у 64% пациентов мужского и 73% женского пола. Обнаружена положительная корреляционная связь между уровнем СРБ и значениями глюкозы плазмы крови (p<0,05).

Заключение. У женщин с МС обнаружено более частое развитие ИМ и повышение уровня тропонина. Для лиц женского пола с острым коронарным синдромом на фоне МС более характерна передняя локализация ИМ, у мужчин чаще встречались задние ИМ. Повышенный уровень СРБ был выявлен у 64% пациентов мужского пола и у 73% женщин и сопровождался увеличением значений глюкозы плазмы крови.

ЭКЗОСКЕЛЕТ ЭКЗОАТЛЕТ И БОТУЛОТОКСИНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ

Коваленко А.П., Родионов А.С., Кремлев Д.И.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность реабилитационных мероприятий при комбинированном применении экзоскелета и ботулинотерапии для восстановления ходьбы у пациентов с повреждениями головного мозга в медицинских организациях.

Материалы и методы. В исследование были включены шестьдесят два пациента со спастичностью и нарушениями ходьбы (длительность инсульта от 1,5 до 4 лет). Шкала Тардье (TS), Модифицированная шкала Эшворта (MAS), Шкала Совета медицинских исследований (MRCS), Тест 10-метровой ходьбы (10MWT), Индекс мобильности Ривермида (RMI), Шкала Баланса Берга (BBS), Модифицированная шкала Рэнкина, в оценках использовалась визуальная аналоговая шкала (VAS) (для оценки удовлетворенности пациента лечением). Пациенты были рандомизированы на 2 группы (n=31): первая группа получала тренировку ходьбы на экзоскелете с силовым мобильным экзоскелетом, а вторая группа получала сеансы физиотерапии, каждый по 1 часу ежедневно в течение 10 дней. Затем всем пациентам под ультразвуковым контролем вводили инкоботулинумтоксин 300-400 Ед в спастические мышцы нижних конечностей. Инъекции делали в спазмированные мышцы, определяемые индивидуально. Целевые мышцы определялись методами ручного тестирования. Были проведены клинические обследования пациентов в 3-х временных точках: исходная (1-й день) и 12-й и 33-й дни после инъекции.

Результаты. Сравнение обеих групп во второй момент времени показало достоверно лучшие результаты (P<0,05) в первой группе по сравнению со второй группой на 10 MWT (0,43 и 0,47 м/с), BBT (42 и 44,5) и TS хамстрингов (132º и 137,5º). Скорость ходьбы увеличилась за счет тренировки равновесия, коррекции нарушений осанки, спастического растяжения мышц и подавления рефлекса растяжки. Инъекции БоНТ проводили во второй момент времени (12-й день). В третий момент времени (33-й день) наилучшие результаты наблюдались в первой группе (P<0,05). 10 MWT (0,49 и 0,56 м/с), BBS (46 и 49) и TS (1440 и 1550). При сравнении разницы между двумя группами в первый и третий моменты времени абсолютный прирост тестовых баллов (P<0,01) составил: 10 MBT (0,07 и 0,12 м/с), BBS (3,5 и 8,5) и TS (14,5º и 22º). Интегральная выраженность превалирования эффекта достигает 65,5%.

Улучшение показателей ходьбы в третий момент времени демонстрирует кумулятивный эффект инъекций БоНТа и тренировки ходьбы в экзоскелете.

Выводы. Носимый силовой экзоскелет является перспективной технологией для улучшения ходьбы и в сочетании с инъекцией БоНТ дает выраженный потенцирующий эффект. Проведенное исследование позволило сформулировать следующие выводы:

1. Занятия в мобильном экзоскелете с использованием режима «дифференциации по усилию» позволяют улучшить динамику восстановления скорости и уверенности ходьбы у пациентов с последствиями повреждений головного мозга, сопровождающимися спастическим гемипарезом.

2. При применении мобильного экзоскелета улучшение ходьбы достигается через механизмы восстановления баланса, снижение выраженности мышечных контрактур и разрушение патологического стереотипа ходьбы в условиях реализации модели реального движения.

3. Комбинированное применение мобильного экзоскелета и ботулинотерапии приводит к взаимному потенцированию их действия и повышению эффективности восстановления ходьбы.

АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОЛЛИНОЗА

Коваленко А.Ю., Нуждина Я.С.
Фельдшерский колледж,
Санкт-Петербург

Актуальность. Поллиноз – часто встречающееся заболевание в современном мире, которое проявляется риноконъюктивальными симптомами. Эти симптомы не являются жизнеугрожающими, но серьезно снижают качество жизни пациента, например, приводят к проспуску занятий у учащихся, снижению успеваемости. А в условиях высокой распространенности пыльцевой аллергии (по данным разных авторов от 12,7 до 38%) эта проблема приобретает серьезные масштабы. Существует несколько видов симптоматической терапии поллинозов: прием антигистаминных и антилейкотриеновых препаратов, сосудосуживающих капель и топических глюкокортикостероидов. Все эти средства позволяют контролировать симптомы, но не решают проблему. Кроме того, пациенты часто бесконтрольно используют симптоматические средства, например, сосудосуживающие капли, что приводит к развитию медикаментозного ринита и утяжеляет течение поллиноза. Единственным этиопатогенетическим лечением является только аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ), так как этот метод позволяет не только купировать основные симптомы, но и выработать толерантность к дальнейшей экспозиции аллергена, прекратить появление признаков аллергического воспаления и уменьшить потребность в медикаментозном лечении. Метод состоит во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, к которому выявлена повышенная чувствительность. С помощью него формируется снижение тканевой сенсибилизации к аллергену и медиаторам аллергии. Метод имеет продолжительную эффективность и может предотвращать прогрессирование аллергических болезней. Данная терапия является проверенным методом лечения поллинозов, прошедшим множество клинических испытаний и показавшим свою эффективность, однако не все пациенты знакомы с данным методом. Доля пациентов, получающих АСИТ в Европе и в нашей стране по экспертной оценке составляет не более 5-6%.

Цель. Изучить распространенность поллиноза и уровень осведомленности пациентов о современных методах лечения, в частности АСИТ.

Материалы и методы. Опрос методом анкетирования различных групп населения с целью выяснения распространенности и осведомленности о возможности применения АСИТ.

Результаты. В опросе приняло участие 50 человек, возраст которых составлял от 2 до 46 лет, за детей до 18 лет отвечали родители. Из них 33 % людей ответили, что им ставили диагноз поллиноз, что коррелирует с литературными данными. У всех снижено качество жизни во время обострений. Однако о возможностях лечения данного заболевания методом АСИТ знало только 25% из этого числа. Назначали же данную терапию только 10 % опрошенных, страдающих поллинозом. Пациенты, прошедшие полный курс лечения, отметили эффективность АСИТ. Большинство пациентов использует симптоматическую терапию.

Выводы. Поллиноз широко распространен среди населения и значительно ухудшает качество жизни. Пациенты имеют низкий уровень знаний о возможностях АСИТ, поэтому чаще используют только симптоматическое лечение и не обращаются к аллергологу. Необходимо повышать уровень знаний о поллинозе и возможностях АСИТ медицинского персонала первичного звена: педиатров, терапевтов и фельдшеров ФАПов с целью раннего выявления пациентов и направления их к аллергологу.

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И АНТИТЕЛ К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ НА ДИНАМИКУ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ ДЕНОСУМАБА

Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Как известно, воспаление при ревматоидном артрите (РА) ведет к развитию локальной и генерализованной потере костной ткани. Применение такой новой антирезорбтивной терапии как деносумаб (моноклональные антитела к

RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand, лиганд рецептора активатора ядерного фактора каппа-В) снижает активность остеокластов, увеличивает минеральную плотность костной ткани (МПК), а также оказывает, потенциально, влияние на эрозивный процесс при РА. Целью данного исследования было оценить эффект терапии деносумабом на МПК, в зависимости от активности РА и позитивности по АЦЦП.

Материалы и методы. 66 постменопаузальных женщин (средний возраст 59,6±7,4 лет) с РА (средняя длительность РА 17,7±10,4 лет) и остеопорозом (ОП) (в соответствии с рекомендациями РАОП 2012г) получали подкожно деносумаб 60 мг каждые 6 месяцев в течение 12 месяцев. Позитивными по ревматоидному фактору (РФ) были 47 (72%) пациентов, по антителам к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) – 48 (74%) пациентов. 34 (49%) пациента продолжали прием глюкокортикоидов (ГК). Исходно и через 12 месяцев пациентам проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия для оценки МПК в проксимальном отделе бедренной кости (шейке бедра и бедре в целом), поясничном отделе позвоночника (L1-L4), дистальном отделе предплечья (ДОП). С такой же периодичностью (исходно и через 1 год) была проведена рентгенография кистей и стоп с последующей оценкой эрозивно-деструктивных изменений в суставах по методике Sharp/van der Heijde (SVH). В предыдущих исследованиях на этой выборке было продемонстрировано достоверное увеличение МПК в целом по группе (вне зависимости от приема ГК), а также вклад различных факторов на динамику МПК. Настоящее исследование анализирует изменение МПК в группах АЦЦП-позитивных и АЦЦП-негативных пациентов, а также в зависимости от степени активности РА. Средний показатель активности РА по DAS-28 составил исходно 4,01±1,02 и не изменился достоверно через 1 год терапии. Согласно определяемой по DAS-28 степени активности, 5 (7,6%) пациентов имели 0 степень активности РА, 7 (10,6%) – 1, 45 (68,1%) – 2 and 9 (13,6%) – 3, соответственно.

Результаты. После проведенной в течение 12 месяцев терапии в группе пациентов, имевших активность 0 по DAS-28, достоверных изменений МПК не было отмечено (вероятно, из-за небольшой численности группы). В группе пациентов с активностью 1 МПК в L1-L4 достоверно увеличилась ($p=0,02$). В группе с активностью 2 увеличение МПК ($p<0,05$) было отмечено в L1-L4, шейке бедра и в целом по бедру. В группе активности 3 достоверное увеличение МПК было отмечено в L1-L4 и в целом по бедру. При разделении пациентов по позитивности по АЦЦП в группе АЦЦП«+» средний показатель МПК достоверно увеличился во всех отделах (L1-L4, шейка бедра, бедро в целом и ДОП) ($p<0,05$), в то время как в группе АЦЦП«-» средний показатель МПК достоверно увеличился только в L1-L4 и в целом по бедру.

Выводы. Результаты нашего исследования показали, что увеличение МПК через 12 месяцев терапии деносумабом не зависело от исходной активности РА. Увеличение МПК в L1-L4 было отмечено у пациентов с низкой, средней и высокой активностью РА, в то время как в области бедра – у пациентов с умеренной и высокой активностью. Также было показано, что увеличение МПК в основных отделах скелета на фоне проведенной терапии наблюдалось независимо от позитивности или негативности по АЦЦП.

КОМОРБИДНОСТЬ – КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кожевникова П.О., Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Лила А.М.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Низкоэнергетические переломы при ревматоидном артрите (РА) происходят в 1,5-2 раза чаще, чем в популяции. Вклад в возникновение низкоэнергетических переломов вносят общепопуляционные (модифицируемые и немодифицируемые) факторы риска остеопороза и переломов, высокий риск падений, а также факторы, специфические для РА – прежде всего, терапия глюкокортикоидами (ГК), длительное течение заболевания, формирование функциональной недостаточности и др. Обсуждается влияние коморбидных заболеваний и метаболических нарушений не только на течение РА и ОП, но и на развитие переломов.

Цель исследования. Изучить и сравнить частоту и структуру коморбидных заболеваний у больных РА с и без низкоэнергетических переломов.

Материалы и методы. В исследование включено 80 женщин, с достоверным диагнозом РА в возрасте от 30 до 80 лет. Возраст пациентов на момент обследования составил 62,5±8,7 лет, продолжительность РА – 23,2±10,1 лет; 74 (92,5%) женщин были в менопаузе, средний возраст начала менопаузы –

47,9±4,8 лет. Большинство пациенток имели умеренную активностью РА (индекс DAS28 – 3,76±1,17), были позитивные по ревматоидному фактору (РФ) – 53 (66%) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 44 (55%). Всем пациентам было проведено клиническое обследование с оценкой анамнестических данных и эффективности терапии. Коморбидные заболевания регистрировались на основании медицинской документации. При оценке коморбидности были использованы индексы CIRS и Charlson.

Результаты. В анализируемой группе 74 (92,5%) пациентов имели коморбидные заболевания. Средние показатели индексов CIRS и Charlson составили 7,21±3,21 и 4,66±1,76 соответственно. В структуре коморбидных заболеваний преобладали: гипертоническая болезнь (ГБ), частота которой составила 70% от всех больных, включенных в исследование; ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 35%; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) – 20%; сахарный диабет (СД) – 10%; ожирение – 25%. Среди больных с коморбидными заболеваниями 36 (47%) имели низкоэнергетические переломы в анамнезе, у 38 (51%) переломов не было. Больные были распределены в две группы: с низкоэнергетическими переломами, произошедшими в возрасте от 18 лет и старше (группа 1, n=36) и без таковых (группа 2, n=44). Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, активности и рентгенологической стадии РА, длительности заболевания и продолжительности менопаузы, индексу массы тела. Средние показатели индекса CIRS и Charlson значимо не различались в группе 1 и группе 2 и составили 7,45±2,83 vs 7,05±3,51 и 4,48±1,44 vs 4,81±1,99 ссоответственно. Пациенты группы 1 по сравнению с пациентами группы 2 достоверно чаще страдали ГБ – 31 (86%) vs 25 (57%) (p=0,004), в то время, как среди пациентов группы 2 было значимо больше больных с ожирением – 5 (14%) vs 15 (34%) (p=0,039). Различий между группами по частоте ИБС, ЯБ и СД не выявлено. Анализ проводимой терапии показал, что пациенты группы 1 достоверно чаще применяли ГК в течение 3 мес. и более – 32 (88%) vs 27 (61%) (p=0,004).

Выводы. Частота коморбидных заболеваний у женщин, страдающих РА, составила 74 (92,5%). Среди больных с коморбидностью низкоэнергетические переломы в анамнезе фиксировались у 36 (47%) больных. В структуре коморбидности преобладают ГБ, ИБС и ожирение. Низкоэнергетические переломы ассоциируются с ГБ и приемом ГК, в то время как ожирение, возможно, является протективным фактором развития переломов.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

Колосова К.С.
Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Изучить взаимосвязь данных селективной коронарографии, факторов сердечно-сосудистого риска и показателей высокочастотной ЭКГ (электрокардиограммы).

Материалы и методы. В исследование было включено 125 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, поступивших в стационар для проведения селективной коронарографии. Проводились изучение анамнеза заболевания пациентов, клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Всем пациентам были проведены селективная коронарография и высокочастотная ЭКГ в 12-ти общепринятых отведениях, специальным программным обеспечением определялись показатели высокочастотной ЭКГ: RAZ, RMS, Kurtosis.

Результаты и обсуждение. При обследовании пациентов было обнаружено, что прямая корреляционная взаимосвязь средней силы наблюдалась между количеством гемодинамически значимых стенозов коронарного русла и уровня гликемии натощак в плазме крови (r=0,307, p<0,001), а также между количеством стенозирующих поражений коронарного русла и уровнем глюкозы (r=0,198, p=0,027). Значимая взаимосвязь была выявлена между наличием гемодинамически значимых стенозов и наличием сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе (φ=0,233, p=0,015). Прямая корреляционная взаимосвязь средней силы была обнаружена между количеством гемодинамически значимых стенозов коронарного русла и индексом курящего человека (r=0,32, p=0,022), а также между количеством стенозирующих поражений коронарного русла и индексом курящего человека (r=0,451, p<0,001). Значимая взаимосвязь была обнаружена между наличием гемодинамически значимых стенозов и наличием синдрома старческой астении или преастении (φ=0,351, p<0,001). Параметр RAZ высокочастотной ЭКГ имел прямую взаимосвязь средней силы с количеством сосудов ко-

ронарных артерий со стенозирующим поражением (r=0,557, p<0,001), а также с количеством гемодинамически значимых стенозов (r=0,656, p<0,001). Параметр Kurtosis высокочастотной ЭКГ имел прямую слабую корреляционную взаимосвязь с количеством гемодинамически значимых стенозов (r=0,27, p=0,002), но с количеством коронарных сосудов со стенозирующим поражением статистически значимой связи не имел (r=0,161, p=0,073). RMS не показал статистически значимой корреляции с количеством гемодинамически значимых стенозов (r=-0,174, p=0,052) и с количеством коронарных сосудов со стенозирующим поражением (r=- 0,11, p=0,223).

Выводы. Количество гемодинамически значимых стенозов и стенозирующих поражений коронарного русла взаимосвязаны с уровнем гликемии натощак и индексом курящего человека, а также с наличием у пациента синдрома старческой астении или преастении. Параметр RAZ в 12-ти общепринятых отведениях имеет прямую взаимосвязь с количеством коронарных артерий со стенозирующим поражением и с количеством гемодинамически значимых стенозов по данным селективной коронарографии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ПРИЧИНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО СОЛИДНОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

Колтакова А.Д.[1], Лила А.М.[1], Ананьева Л.П.[1], Феденко А.А.[2]

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

[2]Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Москва

Цель исследования. Изучить клинический профиль суставно-мышечного синдрома в зависимости от его причины у пациентов, получающих лекарственную терапию злокачественного солидного новообразования.

Материалы и методы. С ноября 2019 года по апрель 2020 года методом серийной выборки отобрано 140 пациентов старше 18 лет пациентов (46 мужчин и 94 женщины, от 20 до 83 лет – средний возраст 55,4±13,0 лет), находящихся на лечении в отделе лекарственного лечения опухолей «МНИОИ имени П.А. Герцена». Всем пациентам проведено физикальное обследование костно-мышечной системы врачом-ревматологом Различные костно-мышечные симптомы были выявлены у 114 (81%; 95%ДИ [74-87%]) из них, в том числе: артрит (n=10), синовит (n=8, исключая пациентов с артритом) энтезиты (n=40), тендиниты (n=26), артралгии (n=68), оссалгии (n=14), миалгии (n=13). Пациенты с суставно-мышечным синдромом были разделены на три группы: группа пациентов с СМС, ассоциированным с противоопухолевой терапией (n=32; М/Ж – 7/25; Me возраста 49,5 [40-57] лет), группа пациентов с СМС, имеющим причины независимые от терапии онкологического заболевания (n=56; М/Ж –21/35; Me возраста 59,5 [51-67,5] лет) и группу пациентов с СМС, имеющим сочетанные причины, (n=26; М/Ж –6/20; Me возраста 60,5 [48-66,8] лет). Статистическая обработка проводилась с использованием критерия $\chi 2$ Пирсона с оценкой силы выявленной взаимосвязи с использованием критерия V Крамера. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне p<0,017

Результаты. При сравнении частоты выявления отдельных костно-мышечных симптомов в различных подгруппах пациентов были получены статистически значимые различия для миалгий ($\chi^2(3)=16,5$; p<0,001) и артрита ($\chi^2(3)=8,8$; p=0,012).

Частота выявления миалгий была выше в группах пациентов с СМС, ассоциированным с проводимым противоопухолевым лечением, и с сочетанным СМС (28,1% [$\chi^2(1)=17,5$; p<0,001; V=0,447] и 15,4% [$\chi^2(1)=9,06$, p=0,003, V=0,332] соответственно), чем в группе пациентов с СМС, имеющим причины независимые от терапии онкологического заболевания. При этом в группе пациентов с сочетанным СМС миалгия у всех пациентов была ассоциирована с противоопухолевой терапией.

Частота выявления артрита была артрита была выше у пациентов с сочетанным СМС (чем у пациентов с СМС, имеющим причины независимые от терапии онкологического заболевания (23% и 3,7%, соответственно; [$\chi^2(1)=7,67$ p=0,006, V=0,306]). Артрит у этих пациентов в основном был связан с наличием суставно-мышечного синдрома, не связанного с проводимым лечением.

Выводы. Профиль суставно-мышечного синдрома у пациентов, получающих лекарственную противоопухолевую терапию, проявляет своеобразие в зависимости от его ассоциации с проводимой терапией. У пациентов с суставно-мышечным синдромом, ассоциированным с проводимой противоопухолевой терапией, наиболее специфичным является развитие миалгий.

ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО СОЛИДНОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

Колтакова А.Д.[1], Лила А.М.[1], Ананьева Л.П.[1], Феденко А.А.[2]
[1]Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
[2]Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Москва

Цель исследования. Изучить влияние наличия суставно-мышечного синдрома на показатели глобального здоровья, функциональных и симптоматических шкал EORTC QLQ-C30 v3.0 (валидный многомерный опросник качества жизни онкологических больных) у пациентов, проходящих курс лекарственной терапии по поводу злокачественного солидного новообразования.

Материалы и методы. С ноября 2019 года по апрель 2020 года методом серийной выборки отобрано 134 пациента старше 18 лет пациентов (46 мужчин и 94 женщины, от 20 до 83 лет – средний возраст 55,4±13,0 лет), находящихся на лечении в отделе лекарственного лечения опухолей «МНИОИ имени П.А. Герцена». Всем пациентам проведено физикальное обследование костно-мышечной системы врачом-ревматологом Различные костно-мышечные симптомы были выявлены у 108 (80,6%) из них. Все пациенты заполнили опросник качества жизни EORTC quality of life questionnaire (QLQ)-C30. Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия суставно-мышечного синдрома. Статистическая обработка проводилась с использованием U-критерия Манна-Уитни. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты. При сравнении результатов анкетирования группы пациентов с суставно-мышечным синдромом (n=107, М/Ж – 31/76) с контрольной группой (n=26, М/Ж – 12/14), были установлены статистически значимые различия в показателях физического ($Z=-3,1$, $p=0,002$), ролевого ($Z=-3,4$, $p<0,001$), эмоционального ($Z=-2,8$, $p=0,005$) благополучия, а также в симптоматических шкалах утомляемости ($Z=2,4$, $p=0,002$) и боли ($Z=3,1$, $p=0,002$).

У группы пациентов с суставно-мышечным синдромом по сравнению с контрольной группой были существенно более низкие показатели физического (медиана 73,3 [66,7-86,7] и 86,7 [80-86,7], соответственно), ролевого (медиана 66,7 [66,7-100] и 100 [83,3-100], соответственно), эмоционального (медиана 75 [66,7-95,8] и 91,7 [83.3-100], соответственно) благополучия и более высокие показатели боли (медиана 16,7 [0-50] и 0 [0-16,7], соответственно) и утомляемости (медиана 33,3 [23,3-56,7] и 33,3 [13,3-33,3], соответственно).

Выводы. Наличие суставно-мышечного синдрома статистически значимо ухудшает качество жизни пациентов, получающих лекарственную противоопухолевую терапию, за счет снижения показателей физического, ролевого, эмоционального благополучия и увеличения уровня боли и утомляемости.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ

Комаров В.Т., Фролова И.В., Хичина Н.С., Филатова М.А., Писарева Е.А.
Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко,
г. Пенза

Цель исследования. Проанализировать особенности течения болезни Стилла у взрослых.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением за последние 10 лет находились 14 больных с достоверным диагнозом болезнь Стилла у взрослых (12 мужчин и 2 женщин, средний возраст 46,2±5,7 лет). Диагноз болезни Стилла у взрослых ставился в соответствие с классификационными критериями (Fautrel et al., 2002 г.). У всех пациентов исходно оценивались определение количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), ревматоидный фактор (РФ) крови, показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С –реактивного белка крови (СРБ), антитела к ДНК, антинуклеарный фактор (АНФ), комплемент, прокальцитонин, Р –графия кистей, стоп и костей таза, эхокардиография, посев крови на стерильность трижды, по показанием – осмотр гематолога и стернальная пункция. Давность заболевания составляла 2,5±1,2 года. Отмечались следующие варианты течения заболевания: моноциклический – 3, полициклический – 8, хронический – 3. Проводился дифференциальный диагноз с бактериальными и вирусными инфекциями, злокачественными новообразованиями, лимфомами, системными заболеваниями соединительной ткани и другими аутовоспалительными заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Как свидетельствуют полученные данные, в клинике больных превалировала длительная лихорадка 38-39 град, не купируемая нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), антибиотиками и малыми дозами глюкокортикостероидов, которая сопровождалась ознобом и потливостью. В абсолютном большинстве отмечалось поражение суставов от артралгий (3 чел) до симметричного артрита (11 чел) лучезапястных, коленных, плечевых и тазобедренных суставов, как рецидивирующего, так и хронического течения. К частым проявлениям относилась эритематозная и макуло-папулезная сыпь на коже туловища и плеч, усиливающаяся на фоне лихорадки, что заставляло исключать системную красную волчанку и дерматополимизит. Похудание, миалгия отмечались у всех больных, а также лимфаденопатия в 57% случаев заставляли проводить биопсию лимфоузов, стернальную пункцию и исключать системные заболевания органов кроветворения. В 43% случаев отмечалась спленомегалия, что заставляло исключать инфекционный эндокардит. Другие системные проявления: гепатомегалия, фарингит, плеврит и перикардит наблюдались реже, примерно в 20%. Анализ лабораторных показателей у пациентов с болезнью Стилла у взрослых свидетельствовал о наличии лейкоцитоза ($16,8x10^9±3,6$), умеренной анемии (98,2±2,1 г/л), ускоренного СОЭ (58,3±3,3 мм/час), увеличенного СРБ (84,7±6,4 мг/л), увеличении трансаминаз в среднем на 50%, увеличении ферритина до 500,3±13,5 мг/л. Иммунологические показатели отмечали увеличение количества ЦИК до 67,4±6,4 опт ед), отрицательный РФ (менее 6 ед/мл), отрицательный АНФ и отсутствие антител к ДНК. В лечение пациентов использовались НПВС – у 14% больных, в основном моноциклического варианта, у всех пациентов – большие дозы ГКС (40-50 мг в сутки) с постепенным снижением дозы, у 4 – пультерапия метипредом 3000 мг/сутки в течение 3 дней, у 3 пациентов – плазмаферез. У 6 больных использовался метортрит 15 мг подкожно один в неделю, а у 8 – метотрексат 20 мг/неделю в таблетках в сочетание с фолиевой кислотой. 3 пациентов получают тоцилизумаб 560 мг в/венно капельно ежемесячно. В результате лечения выздоровление отмечено у 28,5% больных, рецидивирующее или хроническое течение – у 71,5% пациентов, умерших не было.

Заключение. Таким образом, диагностика болезни Стилла у взрослых является трудной среди лихорадок неясного генеза в клинике внутренних болезней и требует агрессивной терапии, которая привела к выраженному улучшению состояния пациентов.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ В ПОПУЛЯЦИИ: АНКЕТИРОВАНИЕ 500 ПАЦИЕНТОВ

Кондратьев А.В.[1], Шульмин А.В.[2], Шнайдер Н.А.[3], Петрова М.М.[1]

[1]Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск,
[2]Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Минск, Республика Беларусь,
[3]Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

По данным литературы, среди болей различной локализации частота встречаемости головной боли (ГБ) находится на втором месте после болей в спине.

Цель. Определить частоту встречаемости ГБ и клинические характеристики ГБ в популяции.

Материал и методы. Анонимно анкетировано 500 пациентов, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в ФГБУЗ «Клиническая больница №51 ФМБА России» г. Железногорска (далее - КБ №51) не по поводу ГБ.

Анкетировано: мужчин – 231 (46,2%) чел., женщин – 269 (53,8%) чел, от 18 до 77 лет, средний возраст 46,7+15,2 лет.

Из числа опрошенных, ГБ не беспокоили 162 (32,4%) чел. Утвердительно на вопрос о ГБ ответили 338 (67,6%) чел. Проведен углубленный анализ анкет пациентов, страдающих ГБ.

Результаты и обсуждение. Распределение больных ГБ по полу было следующим: женщин – 216 (63,9%) чел., мужчин – 122 (36,1%) чел. Таким образом, ГБ беспокоили женщин в 2 раза чаще, чем мужчин. Средний возраст больных составил 46,7+14,2 лет, в том числе: женщин 45,6+14,5 лет, мужчин 48,6+16,2 года. Пик жалоб на ГБ приходится на трудоспособный возраст 40-49 лет.

У женщин в 4 раза чаще встречались постоянные или частые ГБ. Наиболее частая продолжительность приступов ГБ – от 1 часа до нескольких часов – 95 чел (28,4%). Высок процент пациентов, применявших анальгетики для купирования приступа в порядке самолечения, удельный вес женщин среди них достигал 80%. Наибольшее количество случаев ГБ (71%) имеет многолетний анамнез, в группе больных с многолетним анамнезом ГБ удельный вес женщин был более чем в 2 раза выше, чем мужчин. Абузусный компонент в патогенезе ГБ отмечен в 9% случаев, заподозрен – в 36% случаев.

Выявлена место низкая обращаемость за медицинской помощью по поводу ГБ – всего 97 (28%)

чел. При этом препараты, назначенные врачом, принимало еще меньше количество человек – 47 (14%).

Выводы. ГБ широко распространены в популяции. Женщины страдают ГБ чаще и интенсивность ГБ среди женщин выше. Большинство случаев ГБ имеют многолетний анамнез. Лечению ГБ уделяется недостаточное внимание как здравоохранением, так и самими пациентами.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ЖЕНЩИН С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Выяснить распространенность традиционных факторов риска (ФР) у женщин с системной красной волчанкой (СКВ), определить 10-летний риск развития сахарного диабета (СД) 2 типа с помощью опросника Finnish Type 2 Diabetes Risk Score (FINDRISC). Проанализировать взаимосвязь между традиционными ФР и индексом инсулинорезистентности (ИР) Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) у больных СКВ без СД или гипергликемии.

Материалы и методы. В исследование включены 107 женщин с СКВ без СД в анамнезе. Медиана возраста пациентов составила 39 [33; 47] лет, длительности заболевания – 6 [2; 14] лет. В контрольную группу вошли 89 женщин без иммуновоспалительных ревматических заболеваний. Риск развития в последующие 10 лет СД 2 типа у пациентов с СКВ и в контрольной группе оценивали по российской версии опросника FINDRISC. У 46 больных СКВ без гипергликемии измеряли уровень инсулина с помощью электрохемилюминесцентного анализа Elecsys (Roche Diagnostics) и рассчитывали индекс HOMA-IR. ИР диагностировали при значении индекса HOMA-IR≥2,77.

Результаты. Распространенность традиционных ФР развития СД 2 типа при СКВ была следующей: абдоминальное ожирение (АО) выявлено у 69% пациентов, недостаточная физическая активность – у 66%, прием гипотензивных препаратов (суррогатный маркер артериальной гипертензии) – у 50%, индекс массы тела (ИМТ) ≥25кг/м^2 – у 42%, несбалансированное питание – у 40%, СД у родственников – у 36%, возраст старше 45 лет – у 33%, эпизоды гипергликемии в анамнезе – у 17%. АО и прием гипотензивных препаратов чаще встречались у больных СКВ (p<0,01 во всех случаях), частота других ФР при ревматическом заболевании и в контрольной группе оказалась сопоставима. У каждого пациента с СКВ в среднем зарегистрировано 4 [2; 5] ФР, в контроле – 3 [2; 4] ФР (p=0,004). Женщины с СКВ чаще имели «умеренный», «высокий» и «очень высокий» риск СД 2 типа, чем представители контрольной группы (33% и 18%, p=0,02). Гипергликемия натощак обнаружена у 1,4% пациентов с «низким»/«слегка повышенным» риском СД 2 типа и у 11,4% лиц с «умеренным», «высоким» и «очень высоким» риском (p=0,04). Медиана уровня HOMA-IR составила 1,9 [1,2; 2,5]. ИР обнаружена у 10 (22%) больных СКВ. HOMA-IR коррелировал с ИМТ (r=0,59, p<0,001), окружностью талии (r=0,57, p<0,001), категорий риска СД по FINDRISC (r=0,35, p=0,02), SLEDAI-2K (r=-0,35, p=0,02) и продолжительностью терапии глюкокортикоидами (ГК) (r=0,38, p=0,02).

Выводы. Продемонстрирована высокая распространенность при СКВ таких традиционных ФР, как АО, недостаточная физическая активность и прием гипотензивных препаратов (суррогатный маркер артериальной гипертензии). С помощью опросника FINDRISC выявлено, что 33% пациентов относятся к группам «умеренного», «высокого» и «очень высокого» риска развития СД 2 типа в последующие 10 лет жизни и нуждаются в проведении профилактики нарушений углеводного обмена. ИР обнаружена у 20% пациентов с СКВ без СД, имеющих нормальную концентрацию глюкозы в сыворотке крови натощак. Чувствительность к инсулину при СКВ была тесно связана с ожирением. Вклад других традиционных ФР оказался незначительным. Накоплению жировой ткани, по-видимому, способствовали длительное использование ГК и снижение активности заболевания.

СОЧЕТАНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кононова О.Н.[1], Коротаев А.В.[2], Махлина Е.С.[1], Навменова Я.Л.[2]
[1]Гомельский государственный медицинский университет,
[2]Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования. Целью явился анализ данных ультразвукового исследования печени и желчного пузыря у беременных с компонентами метаболического синдрома (МС) в I триместре беременности и через год после родов.

Материалы и методы исследования. Обследованы 143 беременные женщин в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26; 35) год). Все женщины были разделены на 3 группы: 1-я основная группа – 55 (38%) женщин, которым был выставлен диагноз МС (3 и более компонентов МС) в I триместре – беременные с МС (ГрМС); 2-я основная группа – 57 (40%) участниц, которые были отнесены в группу риска (наличие 1-2 компонентов МС) – группа риска (ГрРМС); 3-я группа – группа контроля (ГрК) – практически здоровые беременные женщины с нормальной массой тела без компонентов МС – 31 (22%) женщина. Группы исследования были сопоставимы по возрасту, срокам и числу беременностей.

Проводилось комплексное антропометрическое и клинико-лабораторное обследование, включавшее оценку показателей липидного спектра крови, гормонального фона, углеводного обмена и инсулинорезистентности (Homeostasis Model Assessment – HOMA-IR), ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и желчного пузыря. Все исследования проводились по стандартным методикам. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного статистического пакета IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM Corporation, NewYork, USA) и Statistica 6,0 (StatSoft, Inc. USA).

Результаты и обсуждение. В результате исследований выявлено определенное количество пациенток в группах сравнения с признаками неалкогольного стеатоза печени (НАСП) и желчнокаменной болезни (ЖКБ). Все случаи ЖКБ и НАСП были зарегистрированы у пациенток в ГрМС и ГрРМС. Наиболее значимое число пациенток было выявлено в ГрМС через год после родов и составило 60,0% (n=33) от общего количества пациенток в группе.

Патологические изменения печени при МС зачастую ассоциированы с нарушениями в биохимических показателях крови. С этой целью все пациентки, включенные в исследование, были разделены на 2 подгруппы по признаку наличия ультразвуковых критериев стеатоза печени. При сравнительном анализе данных в группах пациентов в зависимости от наличия стеатоза печени по данным УЗИ не было получено достоверных различий между показателями ферментов АЛТ ($p=0,074$) и АСТ ($p=0,726$), а также значений общего билирубина ($p=0,789$). В то же время значения тощаковой гликемии ($p<0,001$), расчетного показателя индекса HOMA-IR ($p<0,001$) и триглицеридов ($p<0,001$) в группе пациенток с признаками стеатоза печени были значимо выше, а значения ХС-ЛПВП ниже ($p<0,001$), чем у пациенток с нормальными УЗИ характеристиками печени.

Заключение. Все случаи ЖКБ и НАСП зарегистрированы в ГрМС и ГрРМС с наибольшим количеством в 60% (n=33) в ГрМС через год после родов. У женщин с УЗИ признаками стеатоза печени были выявлены значимо более высокие значения тощаковой гликемии, индекса HOMA-IR и триглицеридов и более низкие значения ХС-ЛПВП в сравнении с ГрК. Степень вовлечения органов билиарного тракта при МС коррелирует со степенью инсулинорезистентности и липидных нарушений. Необходимо проводить дальнейшие исследования для изучения патогенетических механизмов взаимосвязи ЖКБ и НАСП с поиском предикторов прогрессирования этих состояний у женщин с компонентами МС.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДПОЧТЕНИЙ В ВЫБОРЕ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Конышко А.С., Крикова А.В., Евневич Е.П.
Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск

Цель. Провести медико-социологический анализ предпочтений врачей-стоматологов в выборе пломбировочных материалов. Выбор реставрационного пломбировочного материала актуален как для практикующих врачей, стоматологических клиник на региональном уровне. Основными критериями отличия материалов являются усадка, прочность, твердость, износостойкость, полируемость, гладкость поверхности и его стоимость.

Материалы и методы. Проведены: 1. контент-анализ использования композитных материалов в стоматологии по данным современной научной литературы; 2. медико-социологическое исследование на основе статистического анализа опроса 100 врачей-стоматологов Центрального федерального округа об использовании пломбировочных материалов в 2020 году.

Результаты. Композитный материал «Estelite Sigma Quick» стоматологические клиники и врачи во всем мире выбирают наиболее часто. О высоком качестве данного материала свидетельствуют первые позиции в рейтинге пломбировочных средств по данным научных авторитетных изданий.

Вывод. По данным социально-экономических исследований за 2020 год, ведущими фирмами-производителями композитных материалов являются Tokuyama Dental, Kerr, 3M, Ivoclar Vivadent, VOCO. Композиты от этих компаний используются в арсенале стоматологов в частных и в государственных клиниках во всем мире и в Российской Федерации, в том числе. Необходимо учитывать тенденцию к замене композитной реставрации протезированием. Оптимальным материалом для использования в современной стоматологии является композит «Estelite

Sigma Quick composite» (Tokuyama Dental (Япония)), на выбор данного материала мало влияет его стоимость. В государственных стоматологических кабинетах Центрального Федерального округа чаще используются материалы российского производства.

КОМБИНИРОВАННОЕ ДИСТАНТНОЕ ИШЕМИЧЕСКОЕ КОНДИЦИОНИРОВАНИЕ КАК МЕТОД КАРДИОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Коренева Е.А., Денисевич Т.Л., Мрочек А.Г., Стельмашок В.И.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить эффективность дистантного ишемического перкондиционирования в комбинации с поздним посткондиционированием (ДИПерПостК) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в течение 6 месяцев.

Материалы и методы. Данное исследование являлось открытым проспективным рандомизированным контролируемым. Пациенты были случайным образом распределены в контрольную группу (КГ), где выполнялось стандартное пЧКВ, и основную группу (ОГ), где на фоне пЧКВ проводилась процедура ДИПерПостК (4 последовательных цикла пятиминутных компрессии/декомпрессии верхней конечности манжетой тонометра до и через 90 минут после реперфузии). Критериями исключения из исследования являлись: длительность болевого синдрома менее 90 минут либо более 6 часов; ИМ, реваскуляризация или тромболитическая терапия в анамнезе; кардиогенный шок; сахарный диабет. В ходе проведения коронарографии в исследование были включены лишь пациенты с окклюзирующим одососудистым поражением передней межжелудочковой артерии. Следует отметить, что пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию согласно клиническим протоколам лечения ИМ (постановление МЗ РБ № 59 от 06.06.2017 г.). В исследование включено 87 пациентов, достоверно не различавшихся по клинико-лабораторным характеристикам на момент поступления. Для оценки повреждения миокарда левого желудочка (ЛЖ) проводилась магнитно-резонансная томография с контрастным усилением на томографе Siemens Aera напряженностью 1,5 Т в раннем (7-10 сутки) и в среднесрочном (6 месяцев) периодах после развития ИМ. Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 10.0).

Результаты и обсуждение. На 10 сутки после развития острого ИМ медианы объема зоны некроза (ЗН) миокарда ЛЖ – наиболее значимого показателя эффективности метода кардиопротекции – были достоверно выше у пациентов КГ: 52,7 (35,5; 73,9) мл против 44,8 (33,6; 55,5) мл у ОГ (p=0,039). Аналогичные межгрупповые различия сохранились и на этапе обследования через 6 месяцев после ИМ: 46,0 (32,8; 55,0) мл и 34,0 (25,8; 39,8) мл в КГ и ОГ соответственно (p=0,004). Значимых межгрупповых различий по медианам абсолютных размеров зоны риска (ЗР) на стадии острого ИМ не получено: 74,8 (59,4; 92,1) мл в ОГ и 75,6 (60,0; 93,1) мл в КГ (p=0,772), что указывает на отсутствие влияния метода ДИперпостК на размер ЗР. Однако были выявлены межгрупповые различия по показателю отношения ЗН к ЗР (70,3 (65,1; 86,6) % в КГ против 63,5 (52,7; 72,0) % в ОГ p =0,014) и индексу спасенного миокарда (ИСМ), что может быть обусловлено предлагаемым методом кардиопротекции. Так, ИСМ после применения пЧКВ в сочетании с ДИперпостК составил 36,5 (28,0; 47,3) %, что достоверно больше, чем после изолированного пЧКВ (29,7 (13,5; 34,9) % при p=0,014). Также пациенты ОГ характеризовались меньшим объемом микроваскулярной обструкции (МВО) (1,9 (1,4; 2,9) мл относительно 2,5 (1,8; 8,1) мл в КГ, p=0,049) и более низкой долей МВО в общем объеме миокарда ЛЖ (0,94 (0,79; 1,37) % относительно 1,5 (0,89; 3,66) % в КГ, p=0,046).

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что метод дистантного ишемического перкондиционирования в комбинации с поздним посткондиционированием способствует существенному ограничению размера необратимого повреждения миокарда левого желудочка, о чем свидетельствуют больший индекс спасенного миокарда, ограничение зоны некроза ЛЖ в остром (p=0,039) и среднесрочном периодах ИМ (p=0,004), а также меньший объем микроваскулярной обструкции в ОГ.

НОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ В ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Королькова А.А.[1], Козлова Д.И.[2], Маслянский А.Л.[1]
[1]Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,
[2]Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить возможность применения и информативность белков14-3-3η и каль-

протектина плазмы крови в качестве дополнительных маркеров оценки активности ревматоидного артрита.

Материалы и методы. В исследование было включено 113 человек, 79 пациентов с диагнозом РА (основная группа); средний возраст составил 58 (±11,66) лет, медиана длительности заболевания 10 [6; 15] лет; группу контроля составили 34 здоровых добровольца; средний возраст 40 (±11,14) лет. У пациентов с РА активность заболевания определялась по клинико – лабораторному индексу DAS28-СОЭ и по клиническому индексу CDAI. Лабораторная оценка включала в себя исследование скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивного белка (СРБ). Содержание белков 14-3-3η и кальпротектина в плазме крови определялось методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) в плазме человека. Полученные данные сопоставлялись с лабораторными (СОЭ, СРБ) и клиническими (числом болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС), ВАШ) параметрами активности РА, а также композитными индексами (DAS28-СОЭ, CDAI). Для математической обработки данных использовались: ранговая корреляция по Спирмену, ROC – анализ, методы многомерного статистического анализа, такие как линейный регрессионный и дискриминантный анализы.

Результаты и обсуждение. Содержание белков 14-3-3η и кальпротектина в крови было более высоким в группе больных с РА, по сравнению с контрольной группой ($p<0,0001$). Согласно проводимым клинико – лабораторным сопоставлениям полученных данных и математической обработке результатов была выявлена высоко значимая связь концентрации белков 14-3-3η и кальпротектина в плазме крови со всеми параметрами активности РА. Уровни новых биомаркеров демонстрировали лучшую связь с суставным синдромом, а также имели лучшую площадь под кривой, диагностическую точность, чувствительность и специфичность при проведении ROC-анализа у пациентов с умеренной и высокой степенью активности РА, согласно индексу CDAI. Концентрация белков14-3-3η и кальпротектина имела линейную регрессионную зависимость от активности РА, согласно индексу CDAI, но больше она была выражена у 14-3-3η. При проведении дискриминантного анализа наиболее информативным оказалось сочетание десятичных логарифмов уровней белков 14-3-3η и кальпротектина, для которых вероятность правильной классификации активности РА, согласно индексу DAS28-СОЭ составила 74,68%, для индекса CDAI-64,10%. Наши данные сопоставимы с некоторыми результатами, предоставленными зарубежными авторами. Однако, имеются исследования, где, напротив, отсутствовала связь белка 14-3-3η с активностью заболевания у пациентов с РА.

Выводы. Белки 14-3-3η и кальпротектин плазмы крови – перспективные лабораторные биомаркеры в оценке активности иммуновоспалительного процесса в суставах при РА, демонстрирующие более высокую информативность, чем традиционные острофазовые показатели, такие как СОЭ и СРБ. Данные нашего исследования соотносятся с результатами исследований большинства зарубежных авторов и позволяют считать белки14-3-3η и кальпротектин более информативными и рекомендовать их в комплексе мер для оценки, а также мониторинга активности РА. Ввиду чего в дальнейшей перспективе возможно создание более информативного лабораторного индекса активности РА на основе новых биомаркеров.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Косяков А.В.[1], Дембицкая С.А.[2], Ляшкова Л.А.[2], Андреева Е.Ю.[2], Проскурина Ю.И.[2]
[1]Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
[2]Рязанский областной клинический госпиталь для ветеранов войн,
г. Рязань

Цель исследования. Комплексно оценить функциональный статус пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовано: 64 пациента с ХОБЛ (возраст 64,98±8,67 лет) и 41 доброволец без заболеваний органов дыхания (возраст 61,68±9,21 лет, $p>0,05$). В исследование включались только лица мужского пола в возрасте старше 40 лет.

Всем исследуемым проводился тест с 6-минутной ходьбой. С целью оценки функции внешнего дыхания – спирометрия на оборудовании Spiropalm 6MWT (Cosmed, Италия).

Кроме того, трехкратно регистрировали кардиоинтервалографию (КИГ): до пробы, во время пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией, сразу после пробы. Анализ ВСР осуществлялся по методике Р.М. Баевского, применялся аппаратно-программный комплекс «Варикард» (ООО «Рамена, Россия). При проведении пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией применяли манжеты, раздуваемые воздухом при помощи груши с манометром, соединенные в герметичную систему. Манжеты накладывали на бедра нижних конечностей. Эргорефлекс изучали по изменениям ВСР.

Статистический анализ данных осуществляли в программах Excel 2010 и Statistica 10. Достоверными считались различия при вероятности ошибочного суждения $p<0,05$. Для определения соответствия переменной нормальному распределению применяли критерий Шапиро-Уилка. Данные, имеющие нормальное распределение признака в группе представлены как среднее значение (M)±стандартное отклонение (σ). Данные, отличные от нормального распределения, представлены в виде медианы и интерквартильного размаха: Me [Q25-Q75]. С целью сравнения средних величин в группах с нормальным распределением применяли t-критерий Стьюдента, в случае ненормального распределения – U-критерий Манна-Уитни. С целью сравнения данных зависимых групп, удовлетворяющих критериям нормального распределения применяли парный t-критерий Стьюдента, при отличии распределения нормальному – парный критерий Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. Пациенты были сопоставимы по показателям ИМТ – 27,5 [23,9; 30,6] и 28,4 [26,5; 29,7] кг/м^2; частоты сердечных сокращений (ЧСС) – 72,8±11,0 и 69,8±8,9 уд/мин; частоты дыхательных движений (ЧДД) – 15,6±4,4 и 14,8±4,3 в мин; индексу показателей активности регуляторных систем (ПАРС) – 5,0 [4,0; 6,0] и 4,0 [4,0; 6,0] усл. ед.

По показателю пройденной дистанции за время 6МШТ получены статистически значимые различия между группой больных ХОБЛ 411,0 [326,5; 515,0] м и группой респондентов контрольной группы 726,0 [629,0; 812,0] м ($p<0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о снижении толерантности к физической нагрузке у пациентов с ХОБЛ, что согласуется с обструктивными нарушениями и клиникой заболевания. Данные спирометрии, ожидаемо, показали статистически значимую разницу между группой пациентов с ХОБЛ и группой контроля: $ОФВ_1$ (л) 1,40 [0,93; 1,97] и 3,3[3,0; 3,8] ($p<0,001$); ФЖЕЛ (л) 2,97±0,80 и 4,59±0,87 ($p<0,001$); ОФВ1/ФЖЕЛ (%) 46,0 [37,0; 58,0] и 73,0 [70,0;76,0] ($p<0,001$).

Анализ ВСР продемонстрировал различия между пациентами с ХОБЛ и респондентами контрольной группы. Индекс ПАРС снижался в сравнении данных во время пробы и в период восстановления в обеих исследуемых группах ($p<0,05$). В контрольной группе, кроме этого, зарегистрировано статистически значимое снижение показателя в сравнении исходного уровня 4,0 [4,0; 6,0] и периода восстановления 4,0 [3,0; 5,0] ($p<0,05$). По показателю суммарного эффекта вегетативной регуляции ритма сердца (SDNN, мс) отмечена статистически значимая разница между исходным уровнем 23,0 [17,0; 31,0] и периодом восстановления 27,0 [20,0; 37,0] ($p<0,05$), а также рост показателя в сравнении исходного уровня 23,0 [17,0; 31,0] и периодом во время проведения пробы 27,0 [17,0; 37,0] ($p<0,05$). В группе пациентов с ХОБЛ данных за статистически значимое изменение SDNN получено не было. Во время проведения пробы у респондентов контрольной группы зарегистрирован рост общей мощности спектра (Тр, мс^2) в сравнении исходного уровня 344,4 [185,8; 825,2] и периодом восстановления 597,3 [327,7; 1051,2] ($p<0,05$). У пациентов с ХОБЛ также наблюдалась тенденция увеличения значения (Тр, мс^2), но статистически значимого уровня она не достигла. Полученные результаты можно объяснить стойкой гиперактивностью эргорефлекса у пациентов с ХОБЛ. Проба с внешней периферической сосудистой окклюзией не привела к снижению чрезмерного аффертентного влияния с эргорецепторов нижних конечностей у пациентов с ХОБЛ, а у здоровых добровольцев, без заболеваний респираторной системы, указанная проба вызывала изменения показателей ВСР, что является положительным результатом пробы.

Выводы. Комплексный подход изучения толерантности к физической нагрузке, вегетативного статуса, а также результатов пробы с внешней периферической сосудистой окклюзией позволяют экспертно оценить функциональный статус пациентов с ХОБЛ.

Изучение эргорефлекса по показателям вариабельности сердечного ритма применимо в клинической практике и отражает гиперактивность эргорефлекса у пациентов с ХОБЛ.

БИОИНФОРМАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ФЕНОТИПОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

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

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является важной медицинской и социальной проблемой. Заболевание характеризуется известной клинической гетерогенностью, в основе которой лежат особенности патофизиологических механизмов. Для поиска биологических процессов, в которые вовлечены общие дифференциально экспрессируемые гены при двух ключевых фенотипах ХОБЛ (эмфизематозном и бронхитическом), проведен биоинформационный анализ ранее изученных данных, полученных из The Gene Expression Omnibus (GEO), NCBI. Поиск баз данных проводился с использованием ре-

сурса All Of gene Expression с использованием ключевых слов «COPD» «emphysema», «phenotype». По указанным критериям был выбран набор GSE69818, который включает данные об уровнях экспрессии генов в образцах легочной ткани 70 пациентов с ХОБЛ, в том числе 38 пациентов с эмфизематозным и 32 пациентов с бронхитическим фенотипами.

Для оценки дифференциально экспрессируемых генов проведен биоинформационный анализ в группах сравнения с использованием пакета limma в R (v. 4.0.2) и инструментов GEO2R и GEO2Enrichr. Условиями для скрининга дифференциально экспрессируемых генов были абсолютное значение logFC>1 и значение p<0,05. Биологические процессы идентифицированы и визуализированы с помощью инструментов Enrichr, GEO2Enrichr, ShinyGO v0.61, MonaGO, GOnet и g:Profiler.

Проведенный биоинформационный анализ показал, что общие дифференциально экспрессируемые гены в группах сравнения вовлечены в Artery morphogenesis (GO:0048844), а также cell morphogenesis involved in differentiation (GO:0000904), Membrane raft organization (GO:0031579), cellular response to transforming growth factor beta stimulus (GO:0071560), Protein deacetylation (GO:0006476), regulation of apoptotic process (GO:0042981) и другие процессы.

Таким образом, общие дифференциально экспрессируемые гены при фенотипах ХОБЛ вовлечены в биологические процессы, связанные с морфогенезом артерий, апоптозом, структурой липидных рафтов плазматических мембран, что подчеркивает необходимость дальнейшего их исследования.

КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА

Котрова А.Д., Шишкин А.Н.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить связь индекса массы тела (ИМТ) и бактерий кишечника у мужчин и у женщин при метаболическом синдроме и у здоровых лиц.

Материалы и методы. Были отобраны и проанализированы образцы фекалий пациентов двух групп, каждая из которых состояла из пациентов с метаболическим синдромом и здоровых лиц. Первую группу составили 27 женщин, вторую группу составили 29 мужчин. Использовался метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ). Для проведения ПЦР-РВ использовался набор реагентов «Колонофлор-16».

Результаты. Выявлено статистически значимо чаще встречающееся у женщин, чем у мужчин в исследовании, большее общее количество бактерий, повышенное количество Bacteroides fragilis group и Faecalibacterium prausnitzii. Получены сильные отрицательные корреляционные связи между ИМТ и общей бактериальной массой, между ИМТ и количеством Bacteroides fragilis group среди женщин с ожирением I степени, между величиной ИМТ и соотношением Bacteroides fragilis group/Faecalibacterium prausnitzii среди мужчин с избыточной массой тела.

Выводы. Значение общего количества бактерий, количество Bacteroides fragilis group и Faecalibacterium prausnitzii имеют статистически значимые связи с ИМТ, и вероятно могут влиять на формирование метаболических нарушений при МС как у женщин, так и у мужчин. Для уточнения выявленных корреляций требуется дальнейшее изучение с большим числом образцов и использованием метагеномного анализа.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-315-90106.

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Коценко Ю.И.
Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Оценить особенности синкопальных состояний у пациентов с хронической ишемией мозга 2 стадии (ХИМ2) при сахарном диабете 1 (СД1) и 2 типов (СД2).

Материалы и методы. Комплексное обследование выполнено 141 пациенту с ХИМ2 (мужчин – 44,7%, женщин – 55,3%) (средний возраст 54,4±4,9 лет) за период с 2014 по 2019 годы. У 40,4% обследуемых выявлен СД1 длительностью 12,3±3,3 лет, на инсулине 96,5%, у 59,6% – СД2 длительностью 10,8±2,9 лет, на инсулине 71,4%. Неврологических дефицит оценивали с помощью стандартных методик, изучали вегетативные функции с использование специализированных тестов (Шелонга, Вальсальвы, 30:15). Клинико-лабораторные методы заключались

в изучении гликемического профиля (гликированный гемоглобин – 4-6,1%; глюкоза крови натощак 3,3-5,9 ммоль/л), исключали гиперлипидемические, гипогликемические, кетоацидотические, гиперосмолярные и молочнокислые состояния. Для оценки гемодинамической функции применяли инструментальные обследования (ультразвуковое дуплексное сканирование церебральных артерий с эффектом допплера). Для определения кардиальной функции использовали электрокардиографию (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМС) и эхокардиографию. Для верификации нейровизуализационных проявлений ХИМ выполняли МРТ головного мозга в ангиорежиме. При изучении характера синкопальных пароксизмов применяли электроэнцефалографию. Данные обработаны с применением статистических программ.

Результаты. СД1 имел место у 54,4% молодых (длительность 9,7±3,1 лет) и у 45,6% пациентов среднего возраста (длительность 13,6±4,6 лет), СД2 – у 46,4% молодых (длительность 5,9±2,1 лет) и у 53,6% обследуемых среднего возраста (длительность 15,1±3,2 лет). В ходе обследования при ХИМ2 у молодых с СД1 чаще наблюдалась вестибулопатия (45,2±8,9) и рефлекторная пирамидная недостаточность (58,1±8,9%), у пациентов среднего возраста – легкий когнитивный дефицит (65,4±9,3%) и рефлекторная пирамидная недостаточность (53,9±9,8%). При СД2 у молодых преобладали глазодвигательные нарушения (51,3±8,0%) и рефлекторная пирамидная недостаточность (43,6±7,9%), у среднего возраста чаще легкий когнитивный дефицит (48,9±7,5%) и рефлекторная пирамидная недостаточность (31,1±6,9%). По данным ЭКГ и ХМС у молодых СД1 преимущественно диагностировали желудочковые экстрасистолии (ЖЭ) (45,2±8,9%), в среднем возрасте – удлинение интервала R-R на ЭКГ при вегетативных тестах (57,7±9,7%) и наличие мерцательной аритмии (42,3±9,7%) ($p<0,001$). При СД2 у молодых чаще наблюдали ЖЭ (48,7±8,0%) и тахиаритмии (38,5±7,8%), в среднем возрасте – удлинение интервала R-R (46,7±7,4%) и брадиаритмии (33,3±7,0%) ($p=0,03$). При анализа ЭЭГ выявлен дезорганизованный тип (58,1±8,8%) у молодых с ХИМ2 при СД1 замедление основной активности (53,9±9,8%) и нарушением мезодиэнцефального уровней (46,2±9,8%) ($p=0,04$). У больных с ХИМ2 при СД2 чаще был десинхронный и дезорганизованный типы ЭЭГ у молодых и гиперсинхронный тип (33,3±7,0%), замедление основной активности (40,0±7,3%) и нарушением мезодиэнцефального уровней (37,8±7,2%) у обследуемых среднего возраста. Статистически значимых различий изменений при УЗДГ, ТКДС церебральных артерий и МРТ головного мозга в группах не выявлено.

Выводы. Установлено, что причиной развития синкопальных состояний при ХИМ2 у молодых пациентов были частые транзиторные ишемические атаки в вертебро-базиллярном бассейне с СД1 (54,8±8,9%) и СД2 (59,0±7,9%). В среднем возрасте при ХИМ2 чаще была кардиоваскулярная диабетическая автономная невропатия при СД1 (53,9±9,8%) и СД2 (55,6±7,4%).

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кочанова Е.А., Один В.И., Диденко В.И.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе у андрологических больных. Один из важнейших механизмов патогенез ГБ является вегетативная дисрегуляция.

Цель исследования. Изучить особенности вегетативного статуса у андрологических пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Проведено пилотное поперечное контролируемое исследование, в ходе которого обследовано 13 амбулаторных андрологических пациентов в возрасте от 45 до 72 лет (средний возраст 60±3,01 лет), с установленным диагнозом ГБ, которые составили основную группу. Группу контроля составили 13 амбулаторных андрологических пациентов, в возрасте от 45 до 67 лет (средний возраст 56±3,98 лет) без тяжелой сопутствующей патологии. Проводилось клинико-лабораторное обследование пациентов: в том числе с использованием опросника AgingMalesSymptoms (AMS). Вариабельность сердечного ритма (ВСР) изучалась методом спектрального анализа волновой структуры сердечного ритма с помощью системы холтеровского мониторирования ЭКГ «ХОЛТЕР-ДМС».

Результаты и обсуждение. При анализе вариабельности сердечного ритма, отмечено достоверное снижение общей мощности колебаний сердечного ритма (TP-Total power), у пациентов с гипертонической болезнью TP=3506,4± 203,02 мс^2, в сравнении с пациентами без гипертонической болезни, где TP составила 5284,7±304,13 мс^2 ($p<0,05$), что может отражать понижение адаптационных возможностей, сердечно-сосудистой системы.

Уровень тестостерона у пациентов без гипертонической болезни находился в пределах значений характерных для взрослых мужчин – 15.6±1,02 нмоль/л, в то время как уровень тестостерона у лиц

с гипертонической болезнью, был достоверно снижен – 12.5±2,19 нмоль/л ($p<0,05$), и приближен по уровню значения к характерному для возрастного гипогонадизма.

При оценке корреляционных взаимосвязей между общим тестостероном и систолическим АД, были выявлены достоверные корреляционные взаимосвязи в основной группе ($r_S=-0,293$ $p<0,05$), тогда как в группе контроля данных взаимосвязей выявлено не было (ns). При оценке взаимосвязи общего тестостерона и величины диастолического АД, а так же тестостерона и доменами шкалы AMS, как в основной группе, так и группе контроля достоверных различий выявлено не было.

При проведение корреляционного анализа между доменами шкалы AMS и величиной АД были выявлены достоверные взаимосвязи, между величиной диастолического АД и психологическим ($r_S=-0,814$, $p<0,05$) доменом, а также величиной диастолического АД и соматическим доменом шкалы ($r_S=-0,781$, $p<0,05$) в группе пациентов с гипертонической болезнью, в то время как в контрольной группе таких взаимосвязей выделено не было.

Выводы. 1. В группе пациентов с гипертонической болезнью имеется достоверно более низкий уровень общего тестостерона, который, в свою очередь, обратно связан с величиной систолического АД. 2. Величина психологического и соматического доменов, тесно ассоциирована, с величиной диастолического АД. 3. При анализе КРГ у пациентов основной группы отмечается снижение общего спектра мощности, что свидетельствует о снижение парасимпатических влияний в сравнении с контрольной группой.

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Кравцова Е.С., Макова О.Н., Шаповалова О.В., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Абдоминальное ожирение является не только проблемой избыточного веса для его носителя, но и широким клиническим спектром нарушений, имеющих общие патогенетические механизмы, взаимно отягощающих друг друга и нарушающих качество жизни. В настоящее времени собрано большое количество данных, связывающих наличие ожирения с нарушением метаболизма железа, в частности с железодефицитом.

Цель. Определить взаимосвязь анемии с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование историй болезни 100 пациентов терапевтического отделения БУЗ ВО ВГКБСМП №1 (Воронеж): мужчины – 34 (от 24 до 90 лет, средний возраст – 70±5,3 лет) женщины – 66 (от 42 до 88 лет, средний возраст – 74±5,2 г.). Оценивались основные параметры: возраст, пол, наличие сочетания диагнозов анемия (различной этиологии) и абдоминального ожирения, ИМТ, уровень гемоглобина в ОАК и уровень сывороточного железа в биохимическом анализе крови. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS20, описательной статистики и критерия хи-квадрат и t-теста для независимых выборок.

Результаты исследования. Развитие анемии было связано с наличием абдоминального ожирения и метаболического синдрома (из 100% больных с анемией 88% имеют ожирение), из 88% обследуемых с ожирением приблизительно одинаковое количество лиц с ожирением 1 стадии (36%) и 2 стадии (38%). При этом данные различия были достоверны ($\chi^2=8,056$, $p<0,05$).

У большинства обследуемых уровень гемоглобина составлял 80-99 г/л Чаще анемия и ожирение сочетались у пожилых пациентов (80%), из них большую часть составляли женщины (67,5%).

В 70% случаев ожирение сочетается с ЖДА.

Выводы. 1. Выявленные данные подтверждают взаимосвязь анемии с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом. 2. Для выявления патогенетических механизмов развития анемии при данных состояниях необходимо более углубленное изучение данного вопроса на большей выборке пациентов, возможно с применением более информативных методов исследования.

ПРОБЛЕМА СМЕНЫ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ВЫБРАТЬ ДАЛЬШЕ?

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

Цель исследования. На конкретном примере проследить, как менялся подход к лечению больных анкилозирующим спондилитом за последние 15 лет, и какие проблемы возникали на фоне терапии ГИБП.

Материалы и методы. Мужчина А., 29 лет, дебют анкилозирующего спондилита (АС) в 16-летнем возрасте. В первый год заболевание протекало с высокой клинико-лабораторной активностью: быстрое прогрессирование с нарастанием функциональных нарушений, рефрактерность к поликомпонентной терапии: непрерывный прием НПВП, БПВП (метотрексат 7 месяцев, затем переход на сульфасалазин), внутрисуставные инъекции. Принято решение инициировать генно-инженерную биологическую терапию ингибиторами фактора некроза опухоли α (иФНОα) – инфликсимабом, которую пациент получал регулярно в течение 3,5 лет с первоначально хорошим эффектом, постепенно утраченным на 3-м году применения: рецидивы артритов, нарастание лабораторной активности. Во время очередного введения препарата развилось нежелательное явление – бронхоспазм, в связи с чем принято решение о смене терапии на другой иФНОα: адалимумаб. Терапию пациент получал нерегулярно по административным причинам. При возобновлении регулярных инъекций (через 4 месяца после инициации), отмечено прогрессивное ухудшение состояния за счет высокоактивного сакроилиита по данным МРТ, коксита, энтезопатии и высокой лабораторной активности. Учитывая развитие вторичной неэффективностьи моноклональных антител к ФНОα, была начата терапия этанерцептом (растворимые рецепторы к ФНОα) с хорошей эффективностью и переносимостью. Через 3,5 года регулярного приема развилось обострение: признаки активного спондилита грудного, поясничного отделов позвоночника по данным МРТ, периферические артриты. В связи с потерей эффекта этанерцепта, произведена коррекция ГИБП с заменой на голимумаб, в результате чего полностью купировано обострение. Ремиссия сохранялась 3 года.

Результаты и обсуждение. Пациент в январе 2021 года обратился в НИИР им. В.А. Насоновой с жалобами на боли в грудном, поясничном отделах позвоночника воспалительного ритма; боль и припухлость в локтевых, голеностопных, коленных суставах. В последние 4 месяца самостоятельно сократил интервал введения голимумаба (1 раз в 3 недели), в связи с усилением болевого синдрома на 4-й неделе действия препарата. Помимо ГИБП пациент постоянно принимает НПВП и БПВП (Сульфасалазин). При обследовании СОЭ 46 мм/ч, СРБ 57 мг/л. На рентгенографии таза признаки двустороннего сакроилиита 2 стадии, по данным УЗИ – кокситы, энтезиты. Учитывая «богатый» анамнез по применению ГИБП, в данном случае стоял вопрос о дальнейшей тактики лечения. Опираясь на клинические рекомендации, остается два варианта лечения: назначить другой иФНОα или перейти на препарат из группы ингибиторов интерлейкина – 17. На врачебной комиссии решено инициировать нетакимаб (моноклональное антитело к ИЛ17А). При принятии решения учитывалось то, что эффективность иФНОа у данного пациента сохранялась в течение 3-4 лет, затем развивалась вторичная неэффективность в виде тяжелого обострения, с присоединением новых внеаксиальных проявлений. Также на введение одного препарата из группы иФНОа (инфликсимаб) развилось нежелательное явление (бронхоспазм). Кроме того, по данным клинических исследований, известно, что иИЛ17 способны подавлять активность иммуновоспалительного процесса, предотвращать избыточную остеопролиферацию, а также обладают значительно меньшей иммуногенностью, чем иФНОα, что предполагает низкую частоту развития вторичной неэффективности. После первого введения препарата отмечалась тенденция к снижению лабораторных показателей (СОЭ 32 мм/ч, СРБ 41 мм/ч), уменьшилась интенсивность боли в позвоночнике и суставах.

Вывод. Данный клинический случай отражает сложности, возникающие при лечении генно-инженерными биологическими препаратами больных анкилозирующим спондилитом. Еще до 2016 года применяли только ГИБП из группы иФНОα. При развитии вторичной неэффективности, НЯ – предполагалась смена препарата на другой, из группы иФНОα. В 2016 году к рекомендованным лекарственным средствам для лечения АС, включили иИЛ17. Это расширяет терапевтические возможности для пациентов, дает альтернативу в сложных клинических ситуациях.

РАЗРАБОТКА ШКАЛЫ ПРОГНОЗА РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Крачак Д.И.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель. Создание шкалы оценки степени риска развития острого повреждения почек (ОПП) при выполнении кардиохирургических операций в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. В исследование было включено 103 пациента. Критерием включения было проведение различных типов кардиохирургических операций в условиях искусственного кровообращения, включая аортокоронарное шунтирование (АКШ), протезирование восходящего отдела аорты, трансплантация сердца, протезирование или пластика клапанов сердца. Критерии исключения: возраст младше 18 лет; терминальная форма хронической болезни почек (ХБП), потребовавшая программного гемодиализа; наличие онкологической патологии и ее симультанное хирургическое лечение; различные формы инфекционного эндокардита; острый инфаркт миокарда на дооперационном этапе; расслаивающая аневризма нисходящего отдела аорты. Средний возраст исследуемой группы пациентов был 57,4±11,9 лет, 82,5% из них были мужского пола.

Результаты и обсуждение. В качестве предикторов (факторов риска) развития ОПП были использованы дооперационные категоризованные показатели, полученные путем построения корреляционной матрицы. После проведения проверки на мультиколлинеарность отобраны следующие предикторы: ХБП в анамнезе, возраст >61 года, вес >82,0 кг, индекс массы тела >27,7 кг/м^2, креатинин сыворотки >92,8 мкмоль/л, общий белок сыворотки <62,9 г/л, цистатин С >0,92 мг/л, рСКФ-EPI <72,87 мл/мин/1,73м^2, рСКФ-Cys <82,44 мл/мин, гемоглобин <144,0 г/л. Для каждого предиктора был рассчитан бальный коэффициент, пропорциональный β коэффициенту, полученному при построение однофакторных моделей риска развития ОПП с использованием логистической регрессии: хроническая болезнь почек в анамнезе, индекс массы тела, вес – по 6 баллов, возраст – 7 баллов, креатинин сыворотки, рСКФ-EPI, общий белок – по 9 баллов, гемоглобин – 10 баллов, цистатин С и рСКФ-Cys – по 19 баллов. В ходе оценки качества прогнозных вариантов оптимальной признана модель на основе цистатина С со следующими характеристиками: AUC=0,856, 95% ДИ 0,773-0,917, чувствительность 77,8%, специфичность 74,2%, прогностическая ценность положительного результата 87,5%, прогностическая ценность отрицательного результата 59%. Медиана количества баллов в полученной модели для пациентов с ОПП составило 32 (28-44) и была статистически значимо выше, чем в группе без ОПП: 17 (10-26), p<0,001. Это позволило рассматривать количество баллов как суррогатный фактор связанный с риском развития ОПП. Для классификации степени риска развития ОПП была применена трехуровневая градация: низкий риск (менее 24 баллов) – вероятность ОПП 5-24%, средний (25-34 балла) – 45-58%, высокий (более 35 баллов) – 72-97%. Степень риска развития ОПП для среднего и высокого уровней составила ОШ 6,1 (95% ДИ 2,0-18,3) и ОШ 31,2 (95% ДИ 8,2-119,2) соответственно (низкий уровень риска – референтный). Проверка правильности работы построенной модели была выполнена на валидирующей когорте с использованием ROC анализа и не выявила существенных различий: $AUC_{Цист}$=0,81 (0,72-0,88) и $AUC_{Валид}$=0,78 (0,65-0,88), p<0,05.

Выводы. Для прогноза развития ОПП в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических пациентов возможно построить эффективную бальную шкалу на основе комбинации ряда дооперационных факторов (хроническая болезнь почек в анамнезе, индекс массы тела, вес, возраст, общий белок, гемоглобин и цистатин С). Данная шкала будет также актуальна для специалистов терапевтического профиля в осуществлении качественной подготовки пациента к оперативному вмешательству, так как позволит своевременно выявить и повлиять на модифицируемые факторы риска ОПП.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Крачак Д.И.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель. Выявить диагностические возможности сывороточных уровней креатинина и С реактивного белка (СРБ), а также мочевого липокалина (мНГАЛ) для прогноза течения послеоперационного периода у пациентов, подлежащих кардиохирургическому вмешательству в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. В исследование включено 103 пациента, которым в ГУ РНПЦ «Кардиология» были выполнены кардиохирургические операции в условиях искусственного кровообращения: аортокоронарное шунтирование (33%), аортокоронарное шунтирования с клапанной коррекцией (18,5%), изолированной клапанной коррекции (18,5%), ортотопической трансплантации сердца (25,2%), протезирования аорты (3,9%), а также реоперации (0,9%). Средний возраст исследуемой группы пациентов был 57,4±11,9 лет, 82,5% из них

были мужского пола. В анамнезе у 71% пациентов имелась артериальная гипертензия, у 65% ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет (обоих типов) у 20% и заболевания почек у 31%. Методы статистического анализа: оценка прогностических способностей маркеров выполнялась с использованием ROC анализа: расчет AUC, нахождение пороговых значений, а также расчет риска развития неблагоприятных событий путем нахождения отношения шансов (ОШ).

Результаты и обсуждение. Исходные уровни исследуемых маркеров перед операцией: для креатинина 90,3 (76,30-102,88) мкмоль/л (95-й и 97,5-й перцентиль – 142,7 и 162,9 мкмоль/л); для СРБ 3,37 (1,69-6,93) мг/л (95-й и 97,5-й перцентиль – 34,63 и 56,94 мг/л); для мНГАЛ медиана 9,20 (5,45-17,05) нг/мл (95-й и 97,5-й перцентиль – 60,8 и 137,6 нг/мл). Медиана длительности нахождения в отделении реанимации составила 24 (23-103) часа. Госпитальная летальность составила 3,9%. В раннем послеоперационном периоде у 37,9% пациентов развилось острое повреждение почек (ОПП, по шкале AKIN). Выполненный корреляционный анализ выявил умеренную положительную связь между длительностью реанимационного лечения и уровнями мНГАЛ, СРБ и сывороточного креатинина: r=0,429, p<0,001, r=0,404, p<0,001 и r=0,31, p=0,002 соответственно. Определено, что риск развития летального исхода после выполнения кардиохирургического вмешательства значительно повышается при исходных уровнях мНГАЛ более 60 нг/л (ОШ 25,3, 95% ДИ 1,26-510,1, p=0,035), СРБ более 56 мг/л (ОШ 34,5, 95% ДИ 1,54-771,9, p=0,026) и сывороточного креатинина более 162 мкмоль/л (ОШ 35,0, 95% ДИ 1,59-794,1, p=0,024). Выявлено, что мНГАЛ имеет наилучшие диагностические возможности в прогнозе развития летального исхода ($AUC_{мНГАЛ}$=0,85, 95% ДИ 0,76-0,92, p=0,001) в сравнении с СРБ и сывороточным креатинином ($AUC_{СРБ}$=0,69, p=0,177 и $AUC_{Креат}$=0,64, p=0,417 соответственно). При исследовании прогностических возможностей маркеров в развитии ОПП определено, что наилучшим маркером является дооперационный уровень сывороточного креатинина ($AUC_{Креат}$=0,68, p=0,417) с пограничным уровнем более 92,8 мкмоль/л (чувствительность 61,5%, специфичность 70,5%) в сравнении с прогностическими возможностями СРБ ($AUC_{СРБ}$=0,52, p=0,789) и мНГАЛ ($AUC_{мНГАЛ}$=0,57, p=0,267).

Выводы. По результатам исследования установлено, что при отборе пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской (кардиохирургической) помощи для оценки прогноза развития ОПП в послеоперационном периоде наиболее оптимально использовать уровень сывороточного креатинина. В то время как дооперационный уровень мНГАЛ может быть хорошим прогностическим фактором длительности реанимационного и послеоперационного периодов лечения, а также вероятности развития летального исхода.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Крылова Ю.Г., Трофимов В.И., Потапчук А.А.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Присоединение бронхиальной астмы к ХОБЛ (и наоборот) значительно утяжеляет и видоизменяет картину заболевания. Это требует особого подхода к лечению и специальной программы легочной реабилитации. В реабилитационную программу входят: ЛФК, массаж, обучение больных в «Школе пациента» с рекомендациями по коррекции нутритивного статуса и работу с психотерапевтом, а также программа «Антисмокинг».

Цель исследования. Оценить влияние специальной программы легочной реабилитации на качество жизни и функциональное состояние у пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Материалы и методы. В обследование были включены 40 пациентов с сочетанием БА легкой или средней степени/ХОБЛ клинических групп категории А и В в период стационарного и амбулаторного лечения, средний возраст 62,7 лет, мужчины (n=29), женщины (n=11), европеоиды, жители Северо-Западного региона. Были разработаны «Личный опросный лист пациента» для подбора индивидуальной программы реабилитации, для корректировки нагрузки – «Индивидуальный лист контроля».

Занятия ЛФК проходили в течение 12 недель, под контролем медицинского работника от 30 до 45 мин в зависимости от состояния пациента, дома выполнялись самостоятельно, от 15 до 30 мин. Были включены: дыхательные и дренирующие упражнения, упражнения для мышц лица, шеи, плечевого пояса, упражнения на постизометрическую релаксацию мышц, а также ежедневные прогулки на свежем воздухе, от 30 мин и более.

Занятия в «Школе пациента» проходили в стационаре и в кабинете профилактики при поликлинике, в виде семинаров, продолжительностью полтора часа циклами по 5 занятий, по 5-6 человек в группе, рассматривались вопросы лечения и профилактики заболева-

ния, организация правильного питания, психосоциальные проблемы. Для курящих пациентов проводились дополнительные семинары о современных эффективных способах лечения от табачной зависимости.

Терапевтический контроль проводился перед началом реабилитации и через 12 недель от начала курса реабилитации. Функциональное состояние и качество жизни оценивались по 6 МШТ, опросникам SGRQ, CAT, mMRC, CCQ, а также по клиническим и специальным диагностическим исследованиям.

Результаты и обсуждение. После программы реабилитации было отмечено уменьшение одышки у 85% пациентов, повысилась толерантность к физической нагрузке у 74%, появилась приверженность к здоровому образу жизни и улучшился эмоциональный фон у 92%, улучшение качества жизни отметили 85%, решили отказаться от курения 72%, отметили положительную динамику индекса массы тела 65%. Установлено статистически значимое снижение частоты обострений, требующих госпитализации ($p<0,01$). В то же время статистически значимых изменений показателей спирометрии не было отмечено.

Выводы. Специальная программа легочной реабилитации у пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и ХОБЛ способствует улучшению качества жизни и эмоционального фона, побуждает к активному и здоровому образу жизни, повышению функциональных возможностей и в определенной степени уменьшению симптомов заболевания. В то же время показатели спирометрии изменились незначительно.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА МОТОРНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОСТЬЮ ЭПИЛЕПСИИ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.[1], Шалькевич Л.В.[1], Литвинова О.С.[2], Стефанин А.Л.[1]
[1]Белорусская медицинская академия последипломного образования,
[2]Городской клинический детский психиатрический диспансер,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Эпилепсия и расстройства аутистического спектра (РАС) имеют общие звенья патогенеза, на что указывает высокая частота их коморбидности между собой, а также сходные неврологические и психические нарушения. Это обуславливает целесообразность общих подходов к их медикаментозной терапии. Оптимальными с позиции воздействия на общие звенья патогенеза эпилепсии и РАС и минимизации лекарственной нагрузки на организм являются лекарственные средства противоэпилептического действия.

Цель исследования. Установить уровень статистической значимости влияния различных противоэпилептических лекарственных средств (ПЭЛС) на моторный статус пациентов детского возраста с коморбидностью эпилепсии и РАС.

Материалы и методы. Ретроспективно исследовано изменение нескольких параметров моторного статуса пациентов детского возраста с коморбидностью эпилепсии и РАС в течении 1 года. Возраст пациентов составлял от 1 до 16 лет. Общее число наблюдений представлено 856 случаями. Были изучены следующие параметры: крупная моторика, мелкая моторика и координация. Степень выраженности нарушения вышеназванных параметров определялась согласно Международной классификации функционирования 10-го пересмотра (МКФ-10) по пятибалльной системе: 0 – не нарушений (0-4%); 1 – легкие нарушения (5-24%); 2 – умеренные нарушения (25-49%); 3 – тяжелые нарушения (50-95%); 4 – абсолютные нарушения (96-100%). Методика оценки исследуемых параметров подобрана исходя из таких параметров, как валидность, верифицированость и доступность для применения в повседневной практике врача. Все пациенты были разделены на 9 групп. Первая – контрольная группа (пациенты, не получавшие лечения в течении года – 530 наблюдений). Вторая – пациенты, получавшие вальпроевую кислоту (171 наблюдение); третья – пациенты, получавшие барбитураты/бензодиазепины (12 наблюдений); четвертая – пациенты, получавшие иминостельбены (35 наблюдений); пятая – пациенты, получавшие топирамат (66 наблюдений); шестая – пациенты, получавшие ламотриджин (8 наблюдений); седьмая – пациенты, получавшие леветирацетам (9 наблюдений); восьмая – пациенты, получавшие петинимид (14 наблюдений); девятая - пациенты, получавшие глюкокортикостероидные средства в качестве альтернативной противоэпилептической терапии (11 наблюдений).

Результаты и обсуждение. При сопоставлении данных в вышеназванных группах исследования и контроля были установлены статистически значимые различия в изменении исследуемых параметров под влиянием следующих противоэпилептических препаратов: для функции круп-

ной моторики – барбитуратов/бензодиазепинов (U-критерий Манна-Уитни=20,00, p=0,012) и иминостельбенов (U-критерий Манна-Уитни=69,00, p=0,042); для функции мелкой моторики – вальпроевой кислоты (U-критерий Манна-Уитни=61,00, p=0,024), иминостельбенов (U-критерий Манна-Уитни=70,50, p=0,048), топирамата (U-критерий Манна-Уитни=36,00, p=0,003), ламотриджина (U-критерий Манна-Уитни=22,50, p=0,038) и петинимида (U-критерий Манна-Уитни=31,50, p=0,029); для функции координации – барбитуратов/бензодиазепинов (U-критерий Манна-Уитни=22,50, p=0,020) и иминостельбенов (U-критерий Манна-Уитни=63,50, p=0,025). Последующий анализ, осуществленный посредством сравнения значений абсолютного роста показателей при назначении противоэпилептических препаратов с установленным статистически значимым влиянием на изучаемые параметры, позволил определить направление и скорость их изменения. Так, при назначении барбитуратов/бензодиазепинов функция крупной моторики ухудшается на 0,44 балла, функция координации – на 0,45 балла. При назначении иминостельбенов возможно улучшение вышеназванных функций на 0,21 балл и 0,31 балл соответсвенно. Функции мелкой моторики могут быть улучшены следующим образом: при назначении вальпроевой кислоты – на 0,18 балла, иминостельбенов – на 0,22 балла, ламотриджина – на 0,14 балла, петинимида – на 0,18 балла; ухудшение – при назначении топирамата на 0,13 балла. Таким образом, установлено дифференцированное влияние некоторых противоэпилептических препаратов на моторные функции пациентов детского возраста с сочетанием эпилепсии и РАС. При этом наиболее значимые улучшения исследуемых параметров получены при назначении иминостельбенов.

Выводы. Полученные данные по применению ПЭЛС у детей с коморбидностью эпилепсии и РАС свидетельствуют о том, что они неоднозначно и избирательно влияют на неврологический статус пациентов. Это позволяет применять дифференцированную антиконвульсантную терапию у пациентов с вышеназванной коморбидностью в зависимости от наличия у них различных нарушений моторного статуса. В частности, исходя из полученных нами результатов, при назначении ПЭЛС пациентам с выраженными расстройствами моторного статуса препаратом выбора может являться группа иминостельбенов (карбамазепин, окскарбазепин). Для уточнения этого тезиса и оценки влияния различных ПЭЛС на другие параметры психоневрологического статуса необходимы проспективные исследования по отдельной семиотике коморбидных пациентов. Кроме того, вопрос о длительности курсов антиконвульсантной терапии и дозировках препаратов также требует дальнейшего изучения.

ВЛИЯНИЕ СТАТУСА КУРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кудрявцева А.В.[1], Лукина Г.В.[1,2], Глухова С.И.[1], Аронова Е.С.[1], Гриднева Г.И.[1], Смирнов А.В.[1]
[1]Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
[2]Московский Клинический Научный Центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Учитывая наличие данных о негативном влиянии курения на течение ревматоидного артрита (РА) оценить эффективность терапии ритуксимабом (РТМ) в зависимости от статуса курения.

Материалы и методы. в исследование включено 197 некурящих и 31 курящий пациент, страдающие РА. Средний возраст в некурящей группе составил – 44,41±12,3 лет у курящих, и 50,52±13,53 лет у некурящих, длительность болезни «курильщиков» – 6,23±4,47 лет, у некурящих – 10,53±8,5 лет, также в группе курящих было достоверно больше мужчин – 31,25%, тогда как некурящие мужчины составили – 7,35%. По остальным параметрам, таким, как активность заболевания, основные клинико-иммунологические характеристики, группы не статистически не различались: средняя активность по индексу DAS28 в группе курящих пациентов составила – 5.93±1.10, некурящих – 5,95±1,21. Клинический эффект оценивался по критериям EULAR, рентгенологическая оценка – по методу Шарпа в модификации Ван-дер-Хейде на 0 и 48 неделе.

Результаты. через 48 недель, при анализе клинического ответа в анализируемых группах, отмечается сходный ответ на терапию РТМ независимо от статуса курения: в группе некурящих пациентов DAS28-4,55±1,7, курящих DAS28-4.41±1.51 (p>0.05). При оценке рентгенологического эффекта РТМ на 48 неделе в зависимости от статуса курения, результаты также оказались сходными: в группе некурящих пациентов отсутствие прогрессирования

по суммарному баллу было отмечено у 61,97%, а группе курящих – у 58,33% пациентов, отсутствие прогрессирования по счету эрозий – в некурящей группе – 73,24% пациентов, в группе курящих – 83,33%, по счету сужения суставных щелей – некурящие – 67,67%, а курящих – 58,33% пациентов ($p>0.05$). При оценке динамики рентгенологического прогрессирования – дельты суммарного балла счета по Шарпу – отмечалась тенденция к большему прогрессированию в группе курящих пациентов – средний показатель дельты суммарного балла составил: 8,0±11,45, а в некурящей группе – 6,09±14,3 (медианы (Me [25-75]) соответственно: 0 [0-21] и 0 [0-4]), однако эти различия не достигли статистически значимых величин.

Выводы. Таким образом, полученные данные показывают, что статус курения не влияет на клиническую эффективность терапии РТМ и не является фактором, влияющим на проявление рентгенологического торможения у пациентов, страдающих РА и получающих лечение РТМ.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кузнецова А.И., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Артериальная гипертензия – это заболевание сердечно-сосудистой системы, которое сопровождается поражением органов – мишеней и развитием ассоциированных клинических состояний. Влияние нерегулярного и нерационального приема антигипертензивных препаратов на развитие фатальных осложнений при артериальной гипертензии остается важной и нерешенной проблемой.

Цель. Оценить влияние приверженности антигипертнезивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией на снижение показателей поражения органов – мишеней.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 56 пациентов с артериальной гипертензией. Были проанализированы их амбулаторные карты, также пациентам была предоставлена индивидуальная анкета. Был выполнен расчет индекса массы тела пациентов, проведена тонометрия, биохимический анализ крови с определением уровня креатинина, анализ суточной мочи на микроальбуминурию, ультразвуковое исследование почек и Эхо-КГ.

Результаты. Было обследовано 56 пациентов с установленным диагнозом артериальная гипертензия, из них 16 мужчин (28,6%) и 41 женщина (71,4%). Средний возраст больных составил 67,9±1,39 лет. Средняя продолжительность артериальной гипертонии была 15,4±1,42 лет. Было выявлено, что 62% пациентов не привержены назначенной терапии, 38% принимают препараты ежедневно. Среднее значение максимальных цифр систолического артериального давления за весь период течения заболевания достигало 162,3±2,61 мм.рт.ст. В группе опрошенных пациентов, получивших согласно опроснику Мориски-Грин 3 и более баллов, средние показатели систолического АД составили 140,6±2,11 мм.рт.ст, при этом в группе не приверженных лечению пациентов значения достигли 194,3±2,76 мм рт. ст., что соответствует III степени АГ ($p<0,0001$). По данным УЗ-исследования почек нарушения были выявлены у 74% пациентов. Средние показатели СКФ составили 63,2±0,74 мл/мин/1,73м^2. В группе больных, регулярно принимающих антигипертензивные препараты, среднее значение СКФ – 79,2±0,65 мл/мин/1,73м^2, в группе не приверженных терапии больных – 50,6±0,66 мл/мин/1,73м^2, что свидетельствует о прогрессирующем поражении почек при нерациональном приеме лекарственных средств ($p<0,001$). При оценке наличия микроальбуминурии в группе людей, приверженных лечению, 22,8% пациентов имели микроальбуминурию (30-300 мг/сут), средний показатель – 34,4 мг/сут., среди не приверженных терапии данный показатель был обнаружен в 68% случаев и среднее значение – 167,8 мг/сут ($p<0,01$). При оценке индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) было выявлено, что у 78% пациентов наблюдалась гипертрофия левого желудочка (ИММЛЖ >125 г/м^2 у мужчин и >110 г/м^2 у женщин). Показатель был меньше в группе приверженных терапии пациентов по сравнению с группой, не принимавших необходимые препараты – средние значения составили 132,1±0,13 г/м^2 и 156,7±0,21 г/м^2 соответственно.

Выводы. Было доказано, что значительно меньше прогрессирует артериальная гипертензия в отношении нарушения функций органов – мишеней у пациентов, постоянно и рационально принимающих антигипертензивную терапию по сравнению с пациентами, пренебрегающими приемом данных лекарственных средств или не принимающих их вовсе ($p<0,05$).

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ СМАД У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кузнецова А.И., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из важнейших факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. Согласно Рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии ESH/ESC 2013, в мире АГ страдают 45% населения. По данным ряда работ выявлены нарушения в работе сердечно-сосудистой системы при различных видах дисфункции щитовидной железы, однако роль тиреотропного и тиреоидных гормонов в патогенезе артериальной гипертензии остается мало изученной.

Цель. Изучить взаимосвязь параметров тиреоидного статуса с уровнем артериального давления у лиц с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование приняли участие 120 пациентов, страдающих эссенциальной АГ 1-3 степени, из которых 84 женщины и 36 мужчин. Возраст обследованных составил 52,8±8,7 лет. Антигипертензивная терапия была назначена согласно Рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии ESH/ESC 2013. Всем пациентам проводилось исследование тиреоидного статуса с использованием автоматического иммунохемилюминесцентного анализатора IMMULITE 2000 XPi (Siemens, США) и набор реагентов «Тироид-ИФА» (Алкор-Био, Россия). Для оценки циркадного ритма артериального давления (АД) проводили суточное мониторирование артериального давления с использованием монитора «Кардиотехника-04-АД-1» (Россия) согласно порядку, рекомендованному Европейским обществом гипертонии. По результатам СМАД определяли также уровень среднесуточного систолического АД, среднесуточного диастолического АД, пульсового АД, среднего АД и степени ночного снижения АД.

Результаты. При проведении корреляционного анализа установлена умеренная прямая корреляционная связь между ТТГ и среднесуточным САД ($r=0,50$, $p<0,001$), среднесуточным ДАД ($r=0,45$, $p<0,001$) и среднесуточным средним АД ($r=0,46$, $p<0,001$), а также слабая прямая – между ТТГ и СНСАД ($r=0,25$, $p=0,017$). Уровень св.Т3 со среднесуточным САД и среднесуточным ДАД имеет умеренную обратную корреляционную связь ($r=-0,61$, $p<0,001$и $r=-0,63$, $p<0,001$соответсвенно), со СНСАД – слабую прямую ($r=0,25$, $p=0,017$), со средним АД – тесную обратную ($r=-0,72$, $p<0,001$).

Выводы. Выявленные корреляции показателей тиреоидного статуса, в особенности ТТГ, с показателями СМАД позволяет предположить об их участии в регуляции сосудистого тонуса посредством влияния на прессорные и депрессорные механизмы.

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ МИЛИАРНО-ЯЗВЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОСТИ РТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кукурика А.В.[1], Юровская Е.И.[2]
[1]Городской противотуберкулезный диспансер, г. Макеевка, Украина,
[2]Республиканская клиническая туберкулезная больница, г. Донецк, Украина

Цель. Представление клинического случая коморбидной патологии ВИЧ-инфекции и милиарно-язвенного туберкулеза полости рта.

Материалы и методы. Проанализированы данные истории болезни пациентки А., 48 лет, госпитализированной в противотуберкулезный стационар с жалобами на длительно незаживающие болезненные язвы слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица в проекции правого угла рта. Из анамнеза известно, что больная состоит на диспансерном учете по поводу ВИЧ-инфекции на протяжении 7 лет, АРТ не принимает. Ранее с вышеописанными жалобами обращалась в общую лечебную сеть, консультирована стоматологом, челюстно-лицевым хирургом. Дообследована, выполнена биопсия очага поражения, гистологическое заключение: гранулематозное воспаление саркоидного типа. Выставлен предварительный клинический диагноз: саркоидоз нижней губы и правой щеки. Рентгенологически – в легких тотально множественные мелкоочаговые тени средней интенсивности, лимфангит, левый купол диафрагмы уплощен, определяются плевральные наслоения, шварты. Консультирована фтизиатром, инфекционистом, установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В. Диссеминированный туберкулез легких.

Результаты и обсуждение. При поступлении методом бактериоскопии в мокроте были обнаружены микобактерии туберкулеза (МБТ), молекулярно-генетическим методом GeneXpert – в мокроте и отделяемом язвы – МБТ, устойчивые к

рифампицину (R). Получен результат посева на жидкой питательной среде Миддлбрук (BACTEC MGIT 960) – выросла колония МБТ, устойчивая к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, капреомицину. Иммунный статус: CD4 – 60 кл/мкл. Диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В. Мультирезистентный диссеминированный туберкулез легких, туберкулез (ТБ) внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ), милиарно-язвенный ТБ слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи нижней губы. Назначено лечение противотуберкулезными препаратами (ПТП) по схеме: пиразинамид, этамбутол, канамицин, левофлоксацин, этионамид, циклосерин; антиретровирусная терапия (АРТ) по схеме: абакавир/ламивудин, эфавиренц; антисептическая обработка язвы 3% перекисью водорода. На фоне проводимой терапии наступило заживление язвы, сопровождающееся рубцовыми изменениями красной каймы и кожи нижней губы, рассасывание очагов диссеминации в легких.

Выводы. Данный клинический случай наглядно демонстрирует, что в практике врача существуют трудности диагностики специфических поражений (диагностический путь составил 6 месяцев). Для выбора рациональной тактики лечения необходим междисциплинарный подход и комплексная диагностика с использованием быстрых скрининговых методов.

СИНДРОМ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Кулагин Е.А.[1], Волкова А.Г.[2], Николаев И.Ю.[2], Смирнова А.Г.[2], Рабик Ю.Д.[1], Моисеев И.С.[2], Трофимов В.И.[1]

[1]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова,
[2]Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой,
Санкт-Петербург

Синдром облитерирующиего бронхиолита (СОБ) является редким и малоизученным осложнением неинфекционного характера со стороны бронхолегочной системы у реципиентов, получающих аллогенную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК).

Цель исследования. Изучить частоту развития, факторы риска, клиническое течение и долгосрочный прогноз СОБ у реципиентов алло-ТГСК.

Материалы и методы. Среди пациентов старше 18 лет, перенесших алло-ТГСК (n=1189), ретроспективно и проспективно проводился поиск эпизодов развития СОБ, отвечающего клиническим консенсусным критериям Национальных институтов здоровья США (NIH-CC, 2014). Изучались кумулятивная частота, потенциальные факторы риска, клиническая симптоматика, степень тяжести СОБ на основании выраженности клинических симптомов, интегральных показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и изменений по данным высокоразрешающей компьютерной томографии органов грудной клетки (КТВР ОГК), общая выживаемость (ОВ) по методу Каплан-Мейера.

Результаты. Настоящее исследование включало 42 пациента, развивших СОБ после алло-ТГСК, из них мужчин – 22 (52%), женщин – 20 (48%), медиана возраста на момент диагноза – 34 года (18-58). Кумулятивная частота развития СОБ составляла 1,9% (95% ДИ, 1,2-2,8) и 5,0% (95% ДИ, 3,4-6,9) в течение 1 и 5 лет после проведения алло-ТГСК, соответственно. Медиана времени от момента проведения ало-ТГСК до диагностики СОБ составила 371 (161-2134) дней. Повышенный риск развития СОБ был ассоциирован с неполной HLA-совместимостью реципиента и донора, миелоаблативным режимом кондиционирования и профилактикой реакции «трансплантат против хозяина» без использования посттрансплантационного циклофосфамида. Кашель (88%) и одышка 0 (9%), 1 (5%), 2 (33%), 3 (48%) и 4 (5%) степени по шкале mMRC были ведущими клиническими симптомами у пациентов с СОБ. По данным ФВД медиана объема форсированного выдоха за первую секунду, индекса Тиффно и остаточного объема легких составила 39%, 49% и 193% соответственно. Утолщение бронхиальных стенок (95%) и мозаичность вентиляции легочной ткани (79%) были наиболее частыми изменениями по данным КТВР ОГК. Умерли 18 пациентов с СОБ (43%), 5-летняя ОВ составила 50% (95% ДИ, 31-66). В контрольной группе пациентов без СОБ ОВ составила 83% (95% ДИ, 77-87) ($p<0.0001$).

Выводы. Данное исследование позволило документировать частоту развития, факторы риска, развернутую клиническую картину и отдаленный прогноз СОБ как редкого неинфекционного осложнения со стороны бронхолегочной системы у реципиентов алло-ТГСК. Полученные данные могут служить основной для дальнейших исследований по профилактике и лечению СОБ у пациентов, перенесших алло-ТГСК.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

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

Актуальность. Келоидные рубцы значительно распространены в популяции взрослого населения и вызывают значительные трудности при выборе методов их коррекции. Перспективным направлением является оценка влияния на клинический статус и качество жизни пациентов с различными сроками формирования рубцов эффективных методов высокоинтенсивной лазеротерапии (ВИЛТ).

Цель исследования. Сравнительный анализ эффективности различных комбинаций высокоинтенсивной лазеротерапии (ВИЛТ) пациентов с келоидными рубцами.

Методы. Исследовано 75 пациентов с формирующимися (N=42) и зрелыми (N=33) келоидными рубцами. У пациентов с формирующимися рубцами применяли селективный ангиофототермолиз желтым лазерным излучением (λ=578 нм), а у пациентов со зрелыми рубцами – комбинацию селективного ангиофототермолиза и фракционного аблятивного фототермолиза импульсами высокоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона (l=10,6 мкм). Использованы клинические методы оценки функциональных свойств кожи рубцов и качества жизни пациентов с формирующимися и зрелыми келоидными рубцами.

Результаты. Выявлено снижение васкуляризации и улучшение эластичности тканей формирующихся рубцов, уменьшение толщины зрелой рубцовой ткани. ВИЛТ значимо уменьшала чувство физического дискомфорта, улучшала межличностные отношения у пациентов с формирующимися рубцами, снижала чувство психологического дискомфорта у пациентов со зрелыми рубцами. Эффективность ВИЛТ у пациентов с формирующимися рубцами составила 72%, зрелыми – 67%.

Выводы. Различные механизмы лечебного действия лазерного излучения высокой интенсивности определяют разную тактику использования высокоинтенсивной лазеротерапии для коррекции келоидных рубцов, которая более эффективна у пациентов с формирующимися келоидными рубцами. Методы высокоинтенсивной лазеротерапии являются альтернативой хирургическим методам коррекции келоидных рубцов и могут быть эффективно использованы в программах их комплексной коррекции на разных стадиях формирования. Сравнительный анализ эффективности свидетельствует о перспективности начала курса процедур ВИЛТ на начальных стадиях формирования келоидных рубцов.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТНОГО ГЕЛЯ

Курганская И.Г.[1], Ключарёва С.В.[2]
[1]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
[2]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Коррекция рубцовых дефектов кожи одна из главных проблем современной дерматокосметологии. Сегодня широко применяют физические низко- и высокоинтенсивные методики, а также различные местные аппликационные средства, однако эффективность монометодик остается все еще недостаточной, что определяет необходимость поиска адекватных комбинированных лечебных протоколов.

Цель. Определение клинической эффективности коррекции гипертрофических рубцов кожи Nd:YAG лазером (с длиной волны 1064 нм) в сочетании с ферментным гелем «Карипаин SCAR».

Материалы и методы. В исследование были включены 29 пациентов (19 женщин и 10 мужчин) с формирующимися (сроком существования до 1.5 лет) гипертрофическими рубцами диаметром от 0.5 до 10 см различных локализаций и степени выраженности. Пациенты были разделены на две группы. Всем исследуемым проводили процедуру высокоинтенсивной лазеротерапии с последующим назначением топических противорубцовых средств: пациенты 1-й подгруппы наносили после лазерной обработки рубца ферментный гель, содержащий помимо традиционных ингредиентов (коллагеназы) протеолитический фермент папаин и другие активные растительные компоненты. Пациенты 2-й подгруппы использовали другие противорубцовые средства. Топические препараты применяли ежедневно, однократно, курс терапии составил 1-1,5 месяца.

Результаты. Эффективность проводимой терапии и удовлетворенности лечением оценивали по динамике клинических показателей шкалы POSAS, оценки показателей профиля безопасности и фотофиксации до/после лечебных манипуляций. Сроки наблюдения составили около 6 месяцев. У большинства пациентов 1-й группы отмечали отсутствие развития нежелательных эффектов после лазерных процедур (боли, зуда, эритемы, вторичных

высыпаний) сравнительно лучший косметический результат, максимально выраженное улучшение исходных параметров рубцовой ткани (нормализация макрорельефа и окраски кожи, увеличение эластичности, подвижности и функциональной активности в области деформаций). Кроме того у пациентов 2-й группы отмечены более длительные сроки реабилитации. Несколько пациентов обеих групп, пропускавших аппликации препарата, отмечали развитие нарушений пигментации, частота возникновения которых также была выше у пациентов 2-й группы.

Поскольку ведущим звеном нарушений процессов репарации и развития стойких вторичных дисхромий является длительное пролиферативное воспаление, более благоприятные результаты лечения у 1-й группы пациентов могут быть связаны с нейтрализующим действием активных компонентов геля на провоспалительные медиаторы, способствующим снижению гиперчувствительности кожи, ускорению регенерации и восстановлению ее барьерных свойств. Полученные результаты клинического исследования позволяют рекомендовать данный препарат в качестве аддитивного лечения уже имеющихся рубцовых деформаций так и для профилактики патологических рубцов на ранних сроках их формирования.

Выводы. Комплексная терапия неодимовым лазером с длиной волны 1064 нм в сочетании с ферментным гелем показала высокую клиническую эффективность в лечении пациентов с формирующимися гипертрофическими рубцами. В результате комплексного лечебного воздействия происходит выраженная реструктуризация тканей, вызванная атравматической реваскуляризацией, уплощение ткани рубца, уменьшение степени гиперемии, улучшение эластических свойств кожи в области рубцового дефекта.

КОМБИНИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

Курганская И.Г.[1], Черкашина И.В.[2], Ключарева С.В.[3]
[1]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
[2]Детский научно-клинический центр инфекционных болезней,
[3]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Предрасположенность к появлению патологических рубцов после акне обусловила их значительную распространенность и трудности коррекции. Актуальна разработка эффективных комбинаций различных видов лазеротерапии, которые могут значительно уменьшить глубину рубцов при низком риске побочных явлений и ускорении восстановления кожных покровов.

Цель исследования. Определить лечебные эффекты различных комбинаций высокоинтенсивной лазеротерапии (ВИЛТ) у пациентов с разными сроками формирования атрофических рубцов постакне.

Методы. Исследовано 58 пациентов с формирующимися (N=22) и зрелыми (N=36) рубцами с выделенными подгруппами пациентов с кишечным дисбактериозом. У пациентов с формирующимися рубцами применяли гомогенный фототермолиз излучением длинноимпульсного Nd:YAG лазера (λ=1,064 мкм) с последующим фракционным абляционным фототермолизом CO_2 лазера (λ=10,6 мкм), а у пациентов со зрелыми рубцами – гомогенный фототермолиз длинноимпульсного Nd:YAG лазера (λ=1,064 мкм) и плоскостную лазерную фотодеструкцию CO_2 лазером (λ=10,6 мкм). Использованы дерматоскопические методы оценки функциональных свойств кожи, морфометрический анализ рубцов, оценка микробиоты кишечника и качества жизни пациентов.

Результаты. Выявлено улучшение функциональных свойств кожи, структуры тканей в области рубцов, восстановление толщины эпидермиса, особенно шиповатого слоя с увеличением объема кератиноцитов зернистого слоя, реструктуризация эластиновых и коллагеновых волокон, улучшение состояния микробиома кишечника и повышение показателей качества жизни по шкале ДИКЖ. Эффективность ВИЛТ у пациентов с формирующимися рубцами – 88%, со зрелыми – 86%.

Выводы. Применение фракционных и плоскостных методик высокоинтенсивной лазеротерапии способствует формированию единой оптически ровной поверхности кожи и улучшению макрорельефа кожи в целом. Увеличение количества коллагеновых и нормализация строения эластиновых волокон в области лечебного воздействия приводит к улучшению тургора кожи рубца, а, следовательно, к значимому уменьшению субъективных ощущений. Одним из предикторов эффективности ВИЛТ атрофических рубцов кожи является состояние микробиоты кишечника.

Полученные данные позволяют заключить, что более быстрый положительный результат лечения был отмечен в группе пациентов с развивающимися атрофическими рубцами, у которых применяли комплексное лечение – лазеротерапию с пробиотиками.

Улучшение состояния рубцов кожи повышает самооценку и качество жизни. Комбинированная высокоинтенсивная лазеротерапия углекислотным и длинноимпульсным неодимовым лазерами эффективна у пациентов с атрофическими рубцами постакне.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ АРТРИТОВ У ПОДРОСТКОВ

Курышева О.А., Налетов А.В., Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф., Шапченко Т.И.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

В последние годы частота урогенитальных инфекций ежегодно возрастает на 7-12%. Поскольку, по данным литературы, подростки начинают жить половой жизнью с 15-17 лет, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), приобретают во всем мире не только медицинский, но и социально значимый характер. При ИППП возможны осложнения как со стороны урогенитального тракта, так и экстрагенитальные проявления. Реактивный артрит является одним из наиболее частых и серьезных экстрагенитальных осложнений ИППП.

Цель исследования. Изучить этиопатогенетические аспекты урогенитального реактивного артрита у подростков.

Материалы и методы. По данным литературы изучены особенности этиологии и патогенеза урогенитальных реактивных артритов (УРеА) у подростков.

Результаты и обсуждения. Реактивные артриты (РеА) – иммуновоспалительные заболевания суставов, обусловленные очагом инфекции в кишечнике или урогенитальном тракте, возникающие в течение 1 месяца после перенесенной инфекции. Они имеют характерную клиническую картину с поражением периферических суставов, позвоночного столба, ассоциированную с антигенами гистосовместимости HLA B-27, и нередко принимают хроническое течение. В зависимости от этиологического фактора РеА подразделяются на носоглоточные, постэнтероколитические и урогенные РеА (УРеА). Носоглоточные РеА развиваются на фоне Chlamydia pneumoniae. Триггерным фактором постэнтероколитического варианта являются Salmonella (различные серотипы): Shigella: S. Flexneri, S. Disenteriae, S. Sonnei; Yersinia: Y. enterocolitica (серотипы 0:3 и 0:9), Y. pseudotuberculosis; Campylobacter: C. jejuni, C. coli; Clostridiun difficile; Escherichia coli. УРеА в большинстве случаев ассоциирован с C. trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis. Выделяют 2 стадии течении РеА. Инфекционная стадия характеризуется формированием первичного аффекта, который служит источником метастатических и токсических поражений суставов и других органов; ее продолжительность – до 3 мес. Лечение на этой стадии антибактериальными препаратами быстро приводит к регрессу заболевания и выздоровлению. Если на этой стадии специфическая терапия не проводилась, РеА переходит в иммунную стадию. Аутоиммунная стадия связана с гиперергической перестройкой организма и возникает не ранее чем через 3 мес с момента заражения. В ходе ее развития формируются циркулирующие иммунные комплексы, которые проникают в полость сустава и оседают на синовиальной оболочке, что приводит к сенсибилизации, гиперпродукции провоспалительных цитокинов, активации и пролиферации цитотоксических Т-лимфоцитов и оказывает на нее повреждающее действие. В результате развивается острый или подострый экссудативный синовит.

Выводы. УРеА рассматривается как мультифакторное заболевание со сложным патогенезом, при котором инфекционный агент способен вызывать сначала инфекционное, а потом – иммунологическое воспаление при наличии предрасполагающих факторов (частная смена половых партнеров, хронические заболевания, ИППП в анамнезе, микст-инфекции, репродуктивный возраст и др.). Вследствие этого УРеА может приобретать хроническое рецидивирующее течение. Знание этиопатогенетических аспектов развития УРеА позволит на ранних стадиях диагностировать заболевание, назначать своевременную и адекватную терапию, прогнозировать и улучшать качество жизни подростков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСОДИГИДРОАКРИДИНИЛАЦЕТАТА НАТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кутявина Л.А.
Фельдшерский колледж,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать опыт применения Неовира (оксодигидроакридинилацетата натрия) в лечении папилломавирусной инфекции.

Материалы и методы. Изучены научные статей по данной теме. Проведен анализ и синтез собранной информации. Сделаны выводы о новых методах применения Неовира для лечения ВПЧ.

Результаты и обсуждения. Неовир – мощный активатор клеток КМ и иммунной системы. Действуя на лимфоциты, он активизирует Т-киллеры, приводит к стимуляции выработки интерферонов, повышает цитотоксическую активность моноцитов, способствует нормализации баланса между субпопуляциями Т-хелперов и Т-супрессоров. Комплекс указанных механизмов позволяет препарату участвовать в процессе элиминации различных вирусов и бактерий, проявляя иммуномодулирующее и противоопухолевое действие.

По данным Мирхошимова М.Б. и соавторов, у 427 женщин с ВПЧ применены различные виды лечебных воздействий. Лечение Неовиром проведено у 107 пациенток. Препарат вводили по 250 мг. в/м через день, 5-7 инъекций на курс, 3-5 курсов с интервалом 10-14 дней. При лечения диатермодеструкцией рецидив развился у 6,6% исследуемых. Применение аналогичного лечения в комбинации с неовиром приводило к снижению числа рецедивов через 12 месяцев наблюдения (1,9%). Комплексная терапия с использованием Неовира позволяют достигнуть полного излечения в 95-98% случаев.

Уральскими ученые (Кононова И.Н., Обоскалова Т.А., Гизингер О.В., Ворошилина Е.С.) исследовали 60 пациенток с диагнозом ВПЧ-ассоциированная ЦИН II-III степени. Женщинам 1-й группы назначался Неовир в дозе 250 мг 1 раз в сутки в/м ежедневно 10 дней. Пациенткам 2-й группы проводилось традиционное деструктивное лечение, электроконизация. При применении Неовира наблюдалось увеличение значений изучаемых цитокинов в 1,7-2,54 раза. У каждой 4-й пациентки контрольное обследование демонстрировало нормальную кольпоскопическую картину, не требующую деструктивного лечения. Период эпителизации после деструкции проходил у пациенток 1-й группы без осложнений, полная эпителизация наблюдалась через 3 недели после лечения. Во 2-й группе у 16,6% женщин эпителизация осложнилась присоединением воспалительного процесса, у 1% – кровотечением. Рецидивирование процесса в течение 3 месяцев выявлено у 2% пациенток 2-й группы. Через 6 месяцев после комплексной терапии была отмечена элиминация ВПЧ у 66,7% пациенток 1-й группы и у 43,3% пациенток 2-й группы. Боткаевым Э.А и Боткаевой Н.В. обследованы 60 больных с аногенитальными бородавками, вызванными ВПЧ. При включении в комплексное лечение препарат Неовир, оказывал положительное влияние на уровни интерферонов в сыворотке крови, способствовал эффективной элиминации вируса (62%) и снижал частоту рецидивов заболевания (25%).

Выводы. Неовир эффективен для лечения папилломавирусной инфекции в дерматологической и венерологической практике. Продолжительность лечения, с учетом способности ВПЧ к длительной персистенции в организме, должна составлять не менее трех курсов.

Применение Неовира в компленксной терапии предраковых заболеваний шейки матки приводит к активации местного иммунитета, интерфероногенеза и повышает эффективность лечения.

Включение Неовира в комплексную терапию аногенитальных бородавок способствует эффективной элиминации вируса папилломы человека и снижению рецидивов заболевания.

Целесообразно накопление дополнительных клинических и лабораторных данных по этой теме.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ МАКСИМАЛЬНО РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кучев Р.Д., Соловьёв И.А., Шуленин К.С., Чибирякова Е.О., Макаров С.Н., Корнев А.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить частоту развития и особенности нарушений ритма сердца и проводимости в раннем послеоперационном периоде после радикального хирургического лечения местнораспространенного рака органов брюшной полости.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование со сплошной выборкой пациентов, в которую вошли 92 пациента (55 мужчин и 37 женщин, в возрасте от 35 до 87 лет, средний возраст 66,3±3,4 лет), умерших в раннем послеоперационном периоде (до 30 суток), которым по поводу местно-распространенного рака выполнялась плановая мультивисцеральная резекция органов брюшной полости. Проведена детальная оценка и анализ причин и механизмов смерти этих

пациентов, а также особенности нефатальных нарушений ритма сердца и проводимости. Статистический анализ осуществлялся с использованием пакетов прикладных программ «IBM SPSS Statistics v.20.0.» (StatSoft, США).

Результаты. Установлено, что подавляющем количестве случаев (94,8%) механизм смерти пациентов, умерших в раннем послеоперационном периоде после планового радикального хирургического лечения по поводу местнораспространенного рака органов брюшной полости, был определен как сердечный (фибрилляция желудочков – 72,6%, асистолия – 27,4% случаев). Наиболее частым, помимо экстрасистолической аритмии (в 83,7% случаев), вариантом нефатальных нарушений ритма сердца являлась пароксизмальная и персистирующая фибрилляция/трепетание предсердий (в 29,4% случаев), а среди нарушений проводимости доминировали преходящие формы атриовентрикулярных блокад I-II степени (в 46,2% случаев).

Выводы. У пациентов, умерших в раннем послеоперационном периоде после плановой мультивисцеральной резекции органов брюшной полости по поводу местнораспространенного рака, преобладают экстрасистолическая аритмия, пароксизмальная и персистирующая фибрилляция/трепетание предсердий и преходящая атриовентрикулярная блокада I-II степени, а наиболее частым механизмом смерти является сердечный (фибрилляция желудочков и асистолия).

ХРОНИЧЕСКИЕ СТРЕПТОДЕРМИИ: ВОПРОСЫ НАСТОРОЖЕННОСТИ ТЕРАПЕВТА

Лакницкая А.О.
Челябинский областной клинический
кожно-венерологический диспансер,
г. Челябинск

Актуальность в настоящее время одной из приоритетных медико-социальных проблем является оптимизация методов лечения пиодермий, ассоциированных со Streptococcus pyogenes – стрептококком группы А. На сегодняшний день доля пиодермий, этиологическим фактором которых является Streptococcus pyogenes, составляет около 6% от всех кожных заболеваний и находится в интервале от 17,9% до 43,9% от всех дерматозов. Роль бактериального фактора в развитии стрептококковых пиодермий очевидна. Традиционный лечебный комплекс включает антибактериальные препараты, подобранные индивидуально, с учетом антибиотикочувствительности патогномоничной микрофлоры не всегда эффективен. Реализуемые в настоящее время методы иммунокоррекции зачастую осуществляются без учета специфики иммунологических особенностей заболевания, индивидуума и того факта, что кожа выполняет функцию не только механического барьера, но и иммунокомпетентного органа. Подобный подход делает необходимым проведение дополнительных исследований, уточняющих роль факторов врожденного и адаптивного иммунитета, межклеточных медиаторов и системы антиоксидантной защиты позволяющих оптимизировать методы лечения данной патологии. Немедикаментозные средства терапии при лечении заболеваний кожи представлены методами физиотерапии: озонотерапия, КВЧ терапия, плазмаферез, из которых лидирующее положение занимает лазеротерапия.

Цель. Познакомить врачей с новыми данными о патогенезе стрептодермией, в частности роли интерлейкина 2 в этом процессе. методом комплексной терапии хронической стрептодермии с применением рекомбинантного интерлейкина-2 и лазерного излучения низкой интенсивности.

Материалы и методы. Подсчет общего количества лейкоцитов, макрофагов в периферической крови, подсчет относительного и абсолютного количества жизнеспособных клеток в 1 л крови. Определение лизосомальной активности нейтрофилов периферической крови; Оценка внутриклеточного кислородзависимого метаболизма нейтрофилов периферической крови, исследование фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, количественное определение цитокинов (метод `ИФА).

Результаты. Патогенез стрептодермий следует рассматривать в контексте взаимодействия факторов патогенности микроорганизма, состояния макроорганизма и внешней среды. Механизм коррекции иммунологических нарушений при стрептодермии связан с восполнением дефицита ИЛ-2, ПОЛ – нормализующими эффектами лазерного излучения низкой интенсивности. Показано нормализующее действие рекомбинантного интерлейкином-2 в отношении клеточных и гуморальных факторов врожденного и адаптивного иммунитета у пациентов со стрептодермией. У пациентов со стрептодермией общее число лейкоцитов и абсолютное количество жизнеспособных нейтрофилов было достоверно выше контрольных показателей. К моменту проведения контрольного исследования по окончании лечения эти показатели нормализовались в группе, получавших комплексную терапию с использованием рекомбинантного интерлейкина-2 и лазера низкой интенсивностию. Концентрации ИЛ-1α и ИЛ-1β,

ФНО-α, IFN-γ, сниженные до начала лечения, после базисной терапии оставались сниженными. Концентрация ИЛ-2 у пациентов со стрептодермией, после комплексной терапии его содержание нормализовалось. Выраженная положительная динамика эрадикации Streptococcus pyogenes в группе больных, которые получали терапию с использованием лазера и рекомбинантного интерлейкина-2, показала целесообразность его включения в схему комплексного лечения.

Выводы. Комплексное лечение с использованием рекомбинантного интерлейкина-2 и лазерное излучение низкой интенсивности с длиной волны 405±10 нм является высокоэффективным методом лечения больных со стрептодермией.

РАСПОЗНАЮЩИЕ И СВЯЗЫВАЮЩИЕ ГЛИКАНЫ И ГЛИКОКОНЪЮГАТЫ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ПРОТИВ COVID-19

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю.
Институт эпидемиологии и микробиологии имени Г.Н. Габричевского,
Москва

В организме функционирует распознающая гликоконъюгаты (ГК) лектиновая суперсистема с пробиотическим действием.

Цель. Акцентировать перспективы распознавания гликанов и ГК в связи с COVID-19 и против этой болезни.

Гликаны и ГК в обеспечении защиты против COVID-19. На примерах взаимораспознавания гликопротеинами (ГП, относятся к ГК) – вирусными тримерными S-белками оболочечного шипа, ангиотензин-превращающего фермента-2 (ACE2, КФ 3.4.15.1), рецепторами на альвеолярных эпителиальных клетках – виден вклад паттернового взаимодействия ГК с лектинами и антителами. ACE2 гидролизует белок-S на нековалентно связанные субъединицы S1 (гликаны доступны клеточным рецепторам) и S2 (проникновение в клетку зависит от S1). Взаимодействия ГП-ГП в контакте регулируются гликановым слоем, разнообразием N- (Asn-) и O- (Ser/Thr-) гликанов, соотношением комплексных (сиало- и асиало-, протяженных и коротких, с варьирующим числом антенн) и олигоманнозидных гликанов. Гликаны формируют эпитопы корректируемого распознавания, что используется при конструировании вакцин. Гликановый щит S-белка служит терапевтической целью для инактивации вирусов COVID-19, получения наночастиц для вакцин. В связи с конструированием вакцин рассматриваются влияние отрицательно заряженных диацетилированных сиалогликанов (Neu5,9Ac2-альфа-) в S-белке, усиление эффективности вакцины на основе S-белка в присутствии дополнительного инженерного гликоэпитопа Gal-альфа-1-3Gal-бета-1-4GlcNAc-R. Конструируются наноповерхности с послойно нагруженными антивирусными полисахаридами (синтетическими или природными с минимальными модификациями). Олигосахариды гепарина способны предотвращать связывание SARS-CoV-2 с клетками человека до и в процессе болезни.

Защитное действие комплемента против COVID-19. Потребление свободных молекул C4 и/или C3 (в связи с взаимодействием с ГК/белок-содержащих мишеней) при COVID-19 приводит к истощению комплемента. Возможно снижение депозита фрагментов C4b или C3b на рецепторном лектине (CR1) комплемента и депозита фрагмента C4d, в том числе на эритроцитах пациентов с COVID-19. COVID-19 может приводить к развитию антифосфолипидного синдрома и тромбозам. При COVID-19 в крови снижается уровень маннансвязывающего белка (МСБ) через активацию вирусами протеиназы MASP2 в составе МСБ (в комплексе с МС-лектином), инициирующего защитный лектиновый путь комплемента. Формируется мембранный комплекс лизиса опсонизированных вирусом клеток. C4/C3 расходуется во всех путях комплемента. Терапевтическими являются ингибирование развития C3-инициируемых реакций и блокирование компонента C5 комплемента, что препятствует гипервоспалению и тромбозам при COVID-19.

Влияние гормонов в связи с COVID-19. Эритропоэтины, проявляющие ряд не связанных с гипоксией активностей через ГК-рецепцию в органах, расширяют анти-COVID-19-сеть действия.

Защитная роль пробиотических систем (ПС) против COVID-19. Рассматривается взаимосвязь между группами болезней в организме и статусом COVID-19. Акцентируются направления эффективного действия ПС в метаболических осях «Кишечник-Легкие» и «Кишечник-Мозг». ПС выступают как биомаркеры установившегося в биотопе метаболизма.

Выводы. 1. Выборочные минимальные наборы гликанов и ГК, адекватные нормально функционирующим биотопам в организме, перспективны против COVID-19. 2. Межпаттерновое распознавание и связывание гликанов и ГК целесообразно учитывать при конструировании средств терапии и использовать в связи с составами анти-COVID-19-вакцин и режимами их применения.

НОВЫЕ СТРАТЕГИИ НЕ АНТИТЕЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В СВЯЗИ С COVID-19

Лахтин М.В., Лахтин В.М., Комбарова О.Ю., Алешкин В.А.
Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

При COVID-19 могут поражаться все органы, любой из них. Известны случаи защиты от COVID-19 при ослабленном антительном иммунитете.

Цель. Оценить возможности не антительного иммунитета (врожденного и пробиотического/ симбиотического) против COVID-19.

В связи с COVID-19 различают мишени молекулярные и рецепторные; клеточные, тканевые и органные; сетевые при дисбалансе жизненно важных систем (в скобках – аспекты терапии, стратегии поддержки баланса, коррекции дисбаланса):

1. Инициируемые и другие ранние акты межпаттернового распознавания в контактах «SARS-CoV-2-Клетки человека»: взаимодействие белка-S1 SARS-CoV-2 с рецепторами по типу «Лектины-Гликоконъюгаты (ГК)» (вклад распознавания на уровне межмолекулярных взаимодействий и надмолекулярных сборок; предотвращение усиления и развития инфекции).

2. Реагирование на COVID-19 надзорного врожденного иммунитета (ВИ): *система «Ренин-Ангиотензин» с участием рецептора ангиотензин-превращающей экзопептидазы (ACE2, КФ 3.4.15.1.) (локализованное в местах поражения ингибирование ACE2 ингибиторами фермента, использование антагонистов типа укороченной ACE2); *система «Калликреин-Кинин» (локализованное в контактах ингибирование производными брадикинина); *система свертывания крови (локализованное на уровне клеточной рецепции ингибирование гепарином, в том числе низкомолекулярными фрагментами); *система комплемента (ингибирование каскадов метаболитно-клеточной сети с участием маннан-связывающего белка и/или лектина (MBP, MBL), сиалосвязывающих лектинов – фактора-Н и его производных; ингибирование ключевых звеньев С3- и/или С5-каскадов (в том числе с участием С4 и его фрагментов); контроль уровня С1-ингибитора для предотвращения усиления тромбообразования); *система против гипоксии общей или локальной в организме (эритропоэтины для терапии метаболитно-клеточной сетевой гипоксии крови и органов, поддержки здорового статуса тканей и органов).

3. Метаболитно-клеточные оси реагирующих на COVID-19 систем ВИ: *коммуникации систем комплемента и свертывания крови в направлении «Комплемент-Тромбообразование» (терапевтический таргетинг для контроля активации каскадов коагуляции и тромбоцитов, ингибирования фибринолиза, стимуляции клеток эндотелия с результатом предотвращения тромбоэмболии; персонифицированные варианты терапии); *коммуникации «Комплемент-Калликреин-Кинин» (повышение надежности, глубины защиты путем усиления кофункционирования обеих систем); *коммуникации «Комплемент-Ренин-ангиотензин» (стратегии поддержки комплементом системы Ренин-ангиотензин); *коммуникации в направлении «Комплемент-Прочие системы защиты и жизнеобеспечения» через рецепторы комплемента (управление как средство регуляции одновременно несколькими системами).

4. Лектиновые суперсистемы человека (использование преимуществ интеграции ВИ и пробиотических систем в единую защиту).

5. Системы гликопаттерны-распознающих лектиновых рецепторов (CLR, PRR) и Toll-подобных рецепторов (преимущественно TLR2 и TLR4) – единая универсальная распознающая ГК суперсистема метаболитно-клеточного ВИ (CLR и TLR как взаимодополняемые мишени управления анти-COVID-19- пулами NK- и других Т-клеток). Распознающие гликопаттерны популяции NK-клеток против болезней на фоне присутствия в организме латентных (не всегда проявляемых себя агрессивно) эпидемиологически значимых вирусов.

Выводы. Рассмотрены факторы и предложены стратегии не антительного иммунитета, направленные на поддержание и укрепление здоровья индивидуумов и пациентов в связи с COVID-19. Приведенные данные указывают на важную роль не антительного иммунитета в противостоянии COVID-19. ВИ проявляет себя глубинной сетью иммунитета (его первой линией обороны), поддерживающей антительный как надстроечный.

БИОПЛЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ ДРОЖЖЕВЫХ ГРИБОВ И ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ: ДЕГРАДАЦИЯ И ЛИЗИС В ПРИСУТСТВИИ ЛЕКТИНОВ – НОВЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ

Лахтин М.В., Лахтин В.М., Комбарова О.Ю., Афанасьев С.С., Алешкин В.А.
Институт эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Биопленки (БП) оппортунистических микроорганизмов (ОМ) слизистых – фактор патогенности, сопровождающий болезни.

Цель. Исследовать чувствительные к лизису БП в присутствии лектинов пробиотиков (ЛП) грибковые и бактериальные штаммы ОМ и оценить перспективы таких штаммов в сочетании с ЛП в борьбе с хроническими вовлекающими БП инфекциями.

Материалы и методы. Исследованы штаммы S. aureus и C. albicans из КДЦ при Институте им.Г.Н.Габричевского. Использованы собственные препараты анионных и катионных ЛП (аЛП и кЛП) и фитоЛ. БП регистрировали на агаре в присутствии Л бифидобактерий и лактобацилл (аЛБ, кЛБ, аЛЛ или кЛЛ) или фитоЛ, внесенных на агар капельно, в лунки или на диски. Агар инкубировали при 37ºС 1-2 суток, чашки хранили при пониженной температуре 3-5 мес. Антимикробное действие (АМД) оценивали по цифровым фотографиям. Компоненты пробиотиков разделяли изоэлектрофокусированием в полиакриламидном геле или электрофорезом в геле с детергентом, электроблотировали на мембраны Durapore-ImmobillonP (Millipore). Белки, пептиды, биосурфактанты (БС) и полисахариды (ПС) красили SYPRO protein blot stain (Bio-Rad). Флюоресценцию белков и ассоциированных с ними БС и ПС регистрировали в системе BioChemi System (UVP) в живом изображении.

Результаты и обсуждение. 1. В присутствии цитоагглютинирующих концентраций ЛП в течение 1-2 месяцев наблюдалось постадийное формирование БП. АМД ЛП на БП (аЛБ> аЛЛ или аЛБ< аЛЛ в случае кандид или стафилококков, соответственно) характеризовалось территориальным синергизмом (до 85% площади деградированной и лизированной БП). В случае стафилококков наблюдалось отторжение фрагментов БП с последующим их полным лизисом. Такой тип штамма характеризовался повышенной гидролитической активностью: наблюдался, как у кандид, самолизис БП на фоне усиления АМД ЛП. АМД фитоЛ дополняло картину АМД ЛП. 2. Установлены механизмы АМД кЛП в сочетании с АМД (БС> ПС) лактобацилл и бифидобактерий (БСЛ, БСБ, ПСЛ и ПСБ; БСБ как более выраженные и более активные, чем БСЛ; ПСБ как более выраженные, чем ПСЛ). кЛП (территориально синергистические с аЛП в проявлении АМД) проявляли АМД (кЛЛ> кЛБ) в отношении БП кандид в максимально отдаленные сроки стресса. БСБ и БСЛ кофункционировали с кЛП: а) БС ассоциированы с белками (слабокатионными, занимают в мицеллах БС центральное положение, удерживают БС в своей белковой pI-зоне); б) мицеллярные БС удерживают на поверхности в связанном и экспонированном наружу состоянии множественные (в слабокатионном интервале pI) продукты биогидролиза. Таким образом, белковые агенты с АМД, кофункционирующие с БС, могут доставляться в БП. 3. Общие стадии БП кандид и стафилококов включали: А. Образование БП: *инициация синхронного мультицентрового роста ассоциатов ОМ в БП (индикаторы – равномерно распределенные полисахаридные гранулярные включения, островково-бугристый пейзаж); *рост ассоциатов в БП между центрами (индикаторы – утоньшения в БП и полисахаридные жесткие составляющие «скелета» БП, потенциальные места первичных разрывов и лизиса БП); *образование зрелой БП (сочетание эластичности и «скелета» с границами, усиливающимися при пролонгировании стресса); Б. Деградация в присутствии ЛП: *разъединение БП по внутренним границам, *истончение и лизис фрагментов; *образование деградированной под влиянием ЛП (с различающимися механизмами АМД для аЛБ, аЛЛ, кЛБ или кЛЛ) остаточной мультицентровой БП с облегченным доступом антибиотикам.

Выводы. 1) Возможны новые стратегии терапии микст-инфекций с использованием АМД Л, например, против грибково-бактериальных БП. 2) Стадии и территории БП ОМ являются мишенями для синергистических Л.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Цель исследования. 1. Определение показателей эндотелиальной функции у пациентов с различным исходом заболеваний. 2. Определение связи показателей эндотелиальной функции и клинико-лабораторных показателей состояния пациентов.

Материалы и методы. Был произведен сбор данных при помощи стандартных клинико-лабораторных методов обследования, а также с применением прибора «Ангиоскан-01П». Ангиоскан позволяет получить данные о жесткости сосудов, сатурации гемоглобина кислородом, уровне стресса, типе пульсовой волны и степени изменения жесткости сосудов при применении пробы с реактивной гиперемией. При проведении пробы с реактивной гиперемией эндотелий сосудов, который не был критически поврежден и не утратил функции, вырабатывает вазодилляторные вещества, изменяющие жесткость сосудистой стенки. Изменение жесткости сосудистой стенки при проведении пробы с реактивной гиперемией является показателем функции эндотелия. Время реактивной гиперемии – 3 минуты при превышении систолического артериального давления на 10 мм рт. ст.

Собранные данные были проанализированы методом описательной статистики для оценки наличия достоверных различий показателей между группами пациентов с различным исходом заболевания и между днями в рамках каждой группы. Далее производился корреляционный анализ, позволивший выявить связь между данными стандартных методов исследования и данными прибора «Ангиоскан-01П».

Полученные данные были преобразованы в несколько баз данных. Для статистического анализа полученных данных использовалась программа Microsoft Office Excel 2007. Обработка материала проводилась методом описательной статистики. Первым этапом оценивалась достоверность различий показателей в обеих группах с помощью двустороннего t критерия Стьюдента. Уровень значимости для большинства полученных показателей был принят $P \leq 0,05$.

Оценка взаимосвязи изучаемых показателей проводилась с помощью парного корреляционного анализа с использованием коэффициента Пирсона. Связь считалась доказанной при коэффициенте корреляции r более 0,5.

Исследование проводилось в реанимации больницы имени святого Георгия города Санкт-Петербург. Было обследовано 47 пациентов в критическом состоянии, из них 17 с обострением ХОБЛ, 15 с пневмонией, 15 с декомпенсацией ХСН. Возраст пациентов составил от 26 до 89 лет, средний возраст 82 года.

К факторам исключения пациентов из исследования относятся: острый инфаркт миокарда, нарушения ритма и проводимости, нарушения системы свертывания крови, а также применение вазопрессоров и вазодилататоров.

Результаты и обсуждение. Были выявлены различия показателей у пациентов из групп с благоприятным и неблагоприятным исходом заболевания. Описаны тенденции изменения показателей у пациентов этих групп.

У пациентов с благоприятным исходом показатели эндотелиальной функции самые высокие в первый день заболевания. На второй день показатели значительно снижаются, тогда как на третьи сутки возрастают, однако не достигают первоначальных значений.

В то же время у пациентов с неблагоприятным исходом заболевания показатели эндотелиальной функции на вторые сутки значительно возрастают, однако на третьи сутки снижаются. Такую, на первый взгляд парадоксальную динамику, можно объяснить дальнейшими результатами.

Была выявлена прямая корреляционная связь функции эндотелия у группы пациентов с неблагоприятным исходом заболевания с уровнем лейкоцитоза, в тоже время аналогичная связь у группы с благоприятным исходом отсутствует. Вероятно, отсутствие связи говорит о лучших адаптационных и приспособительных способностях у пациентов с благоприятным исходом заболевания.

Повышение уровня лейкоцитоза отражает выраженность системного воспалительного ответа, который характеризуется повышением уровня воспалительных цитокинов. Одновременно с провоспалительными цитокинами выделяются антивоспалительные цитокины, способствующие эндогенному синтезу оксида азота. Вероятно, на третьи сутки, их действие заканчивается, после чего происходит снижение функции эндотелия. Вероятно, данная картина наблюдается у вышеописанных групп пациентов.

Так же была выявлена прямая корреляция между уровнем стресса и функцией эндотелия, что подтверждает влияние вегетативной нервной системы на функцию эндотелия, вероятно путем синтеза и секреции оксида азота и простогландинов, а также влияние функции эндотелия на вегетативную нервную систему, вероятно, за счет изменения в ней кровотока.

Выводы. 1. Выявлены различия показателей функции эндотелия у групп пациентов с благоприятным и неблагоприятным исходом заболевания, а также на протяжении всего периода н наблюдения внутри групп. 2. Выявленные изменения эндотелиальной функции у групп пациентов имеют разнонаправленное значение. 3. Корреляция функции эндотелия с различными клинико-лабораторными показателями меняется в обеих группах на протяжении всего периода наблюдения и может объяснять выявленную динамику функции эндотелия. 4. Целесообразно продолжить исследование с увеличением количества пациентов и нозологических групп, а также распределением по возрастным группам.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лекарева И.В., Емельянова А.Л.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Выявить особенности клинических проявлений у пациентов с сочетанием ИБС и ХОБЛ, а также характерные изменения показателей, оцениваемых при проведении функциональных методов исследования (электрокардиографии, эхокардиографии и спирографии).

Материалы и методы. Обследованы 72 пациента, 38 мужчин и 34 женщины, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении больницы, средний возраст 65,4+5,7 лет. У всех больных верифицирован диагноз ХОБЛ. Больные разделены на 4 группы в зависимости от тяжести ХОБЛ.

Всем пациентам проводили комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование с анализом жалоб, данных анамнеза и объективных методов обследования. Комплекс стандартных лабораторных и инструментальных исследований включал: профиль биохимических анализов, общий анализ крови, общий анализ мочи, пульсоксиметрию, электрокардиографию (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, трансторакальную эхокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты предъявляли жалобы на одышку. Только 22 пациента (30,5%) с ХОБЛ предъявляли жалобы на боли в сердце стенокардитического характера. Изменения на ЭКГ, характерные для ишемии миокарда выявлены у 17 (23,6%) пациентов. Однако, при выполнении суточного мониторирования ЭКГ в 100% случаев зарегистрированы эпизоды ишемии миокарда.

Отмечена связь частоты эпизодов ишемии миокарда с тяжестью течения ХОБЛ. Клинически при легком течении безболевая ишемия миокарда наблюдалась в 2 раза чаще, чем ишемия, зарегистрированная при холтеровском мониторировании, сопровождавшаяся типичным болевым синдромом. При среднетяжелом течении безболевая ишемия регистрировалась в 1,5 раза чаще, а при тяжелом и крайне тяжелом течении ХОБЛ болевые и безболевые эпизоды ишемии миокарда регистрировались с одинаковой частотой.

Оценка результатов суточного мониторирования ЭКГ показала, что у большинства больных ХОБЛ 62 пациентов (86%) встречаются различные нарушения ритма. В группе пациентов с тяжелым течением ХОБЛ преобладают наджелудочковые нарушения ритма у 83,3%, в группе с крайне тяжелым течением у 38,8% больных отмечаются желудочковые аритмии, при этом аритмии высоких градаций по Лауну составляют 61,1%.

Выводы. Одной из вероятных причин такого течения ИБС у больных с ХОБЛ является длительная гипоксия, которая способствует повышению порога болевой чувствительности в соответствующих центрах мозга и активации процессов свободно-радикального окисления, что является одним из механизмов развития безболевой ишемии миокарда.

Таким образом, ХОБЛ увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний. ИБС протекает атипично более чем у 70% пациентов с ХОБЛ, что подтверждает необходимость проведения суточного мониторирования ЭКГ данной категории больных в возрастной группе старше 60 лет.

ЖЕНЩИНА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. ИЗМЕНИЛАСЬ ЛИ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ?

Леонова И.А., Болдуева С.А., Третьякова Н.С., Феоктистова В.С.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) у женщин является так же, как и у мужчин, основной причиной смертности во всех странах.

Внедрение в клиническую практику современных методов диагностики ИБС, в частности, как инвазивной, так и неинвазивной коронарной ангиографии, позволило выделить такой вариант ИБС как «коронарная болезнь сердца без обструкции коронарных артерий» причем как в виде острой формы заболевания «инфаркт миокарда без обструкции коронарных артерий» (ИМбОКА), так и не обструктивных форм хронического коронарного синдрома, таких как микроваскулярная стенокардия (МВС) и вазоспастическая стенокардия.

У женщин с острым коронарным синдромом (ОКС) клиническая картина менее типична, чем у мужчин, особенно это заметно у женщин молодого и среднего возраста, у которых происходит недооценка симптомов, более поздняя госпитализация.

В крупном исследовании WISE, а также международных регистрах было показано, что выраженность коронарного атеросклероза у женщин всех возрастных групп меньше, чем у мужчин, у женщин несколько чаще встречается инфаркт миокарда 2 типа, т.е. развивающийся без разрыва и повреждения атеросклеротической бляшки.

Кроме того, у женщин, особенно лиц пожилого возраста, чаще встречаются сопутствующие заболевания, в частности, анемия, хроническая болезнь почек и др., что влияет на возможность выбора метода лечения при остром коронарном синдроме.

Указанные факторы приводят к тому, что женщинам реже, чем мужчинам выполнялась реваскуляризация миокарда.

Введение национальных рекомендации и федеральных стандартов по ведению больных острым

коронарным синдромом, а также более жесткий контроль за их исполнением, создание федеральных и региональных сосудистых центров привело к тому, что в последние годы согласно национальным регистрам и результатам одно-центровых исследований наблюдается тенденция к увеличению числа женщин с ИБС, подвергаемых чрезкожному коронарному вмешательству. Более чем у 90% пациенток, госпитализированных с ОКС, была выполнена коронарография. Процент выполненных ангиопластики и стентирования несколько ниже, в том числе и по указанным ранее причинам, в первую очередь – выявление ИМбОКА. Однако, при сравнении данных с результатами, полученными в 2009-2010 гг., когда коронарография выполнялась лишь у 60,1% женщин, а первичное чрезкожное коронарное вмешательство – в 31,1% случаев. Медикаментозная терапия в виде назначения дезагрегантов, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов при сравнении в динамике остается на достаточно высоком уровне, достигая 94-96%, однако, обращает на себя внимание назначение высокодозовой терапии статинами, что соответствует рекомендациям по ведению пациентов с ОКС.

Таким образом, несмотря на то, что смертность от ИБС у женщин остается высокой, наметилась тенденция к улучшению качества медицинской помощи, в первую очередь, больным с ОКС, в том числе и за счет внедрения национальных рекомендация, создания федеральных и региональных сосудистых центров.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лесных М.В., Слюсарев А.С., Хачикян Н.С., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Одной из серьезнейших проблем, стоящих перед современной медициной, является когнитивная дисфункция. Постепенная утрата социальных и трудовых навыков зачастую, в конечном счете, приводит к тяжелой инвалидизации. Известно, что у не имеющих инсульта в анамнезе пациентов, заболевания сердечно-сосудистой системы, ухудшающие мозговой кровоток, такие как фибрилляция предсердий (ФП) и эссенциальная артериальная гипертензия (АГ), играют немаловажную роль в формировании когнитивных нарушений.

Цель исследования. Оценить роль фибрилляции предсердий и артериальной гипертензии в развитии когнитивных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБСМП №1 (г. Воронеж). В нем приняли участие 60 пациентов (33 мужчин (55%) и 27 женщин (45%)) в возрасте от 45 до 70 лет, средний возраст составил 59,4±6 лет. Формирование выборок (групп) проводилось в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий. Первая группа – мужчины и женщины без АГ и ФП (n=15), вторая – пациенты с АГ без нарушения ритма (n=15), третья – пациенты с изолированной фибрилляцией предсердий (персистирующая и постоянная формы), без АГ (n=15), четвертая группа – 15 человек с комбинацией ФП и АГ. Для оценки когнитивной функции был использован опросник самооценки памяти McNair&Kahn и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что в группе пациентов с комбинацией ФП и АГ общий балл по Монреальской шкале достоверно снижен (21,9±1,7) в сравнении с контрольной группой (26,5±1,3). Интересно, что у пациентов с изолированной ФП балл (25,8±1,1) практически сопоставим с контрольной группой (26,5±1,3), в отличие от больных с изолированной АГ (23,1±1,6), где результат снижен, но не так выраженно, как в группе с сочетанной патологией. Было выявлено значительное снижение показателей у пациентов с изолированной АГ (3,8±0,9) по сравнению с контрольной группой пациентов (5,4±0,8). Наиболее низкие показатели были определены у пациентов с комбинацией АГ и ФП (3,6±1,0). У пациентов с изолированной ФП балл был снижен незначительно по сравнению с контрольной группой (4,9±0,8). При оценке показателей абстрактного мышления и зрительно-конструктивной деятельности была выявлена схожая зависимость: наибольшее снижение показателей у пациентов с изолированной АГ (1,5±0,5 и 4,0 (4,0; 5,0)) и комбинацией АГ и ФП (1,3±0,7 и 2 (2,0; 3,0)), у пациентов с изолированной ФП (1,6±0,5 и 4 (4,0; 5,0)) по сравнению с контрольной группой (2,0±0,2 и 5 (5,0; 5,0)) показатели были снижены в меньшей степени. Нарушение памяти наблюдалось у пациентов с изолированной АГ (45 (44; 46) баллов при норме 43 и меньше) и в большей степени у пациентов с комбинацией АГ и ФП (47 (45; 48) баллов). При этом у пациентов с изолированной ФП память не была нарушена (41 (40; 43) балл), как и у контрольной группы пациентов (35 (32; 38) баллов).

Выводы. Степень когнитивных нарушений значительно выше у пациентов с изолированной АГ по сравнению с пациентами без АГ. Выраженность на-

рушений прямо пропорциональна степени и длительности АГ. Присоединение ФП у пациентов с АГ значительно ухудшает показатели когнитивных функций.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Литвинова М.А., Муравьева Н.В., Белов Б.С.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить частоту и структуру коморбидных инфекций (КИ) у больных ревматоидным артритом (РА), находящихся на стационарном лечении в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, в ходе одномоментного ретроспективного исследования.

Материал и методы. В исследование включены 155 больных РА: 127 женщин, 28 мужчин. Возраст пациентов 52.0±14.0 лет, длительность заболевания 9.9±9.3 лет. У большинства больных активность РА была умеренной (36.1%) или высокой (59.4%). 69% пациентов получали глюкокортикоиды (длительность приема 60.2±79.8 месяцев, кумулятивная доза 21.6±76.0 г в пересчете на преднизолон), 92.9% – метотрексат (средняя доза 19 мг в неделю, длительность приема 53.3±61.7 месяцев), 45.2% – лефлуномид (длительность приема 40.0±38.0 месяцев), 31% – генно-инженерные биологические препараты-ГИБП (ритуксимаб – 18, этанерцепт – 17, абатацепт – 6, адалимумаб – 5, сарилумаб – 3, инфликсимаб – 2, цертолизумаб пэгол – 2, тоцилизумаб – 2, секукинумаб – 1, голимумаб – 1, тофацитиниб – 1), 29% – гидроксихлорохин, 20% – сульфасалазин. Больные были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты.

Результаты. 38.1% больных сообщили об увеличении частоты КИ после дебюта РА. Впервые диагностированы 232 случая КИ: кандидоз кожи и слизистых – 52, герпес-вирусные инфекции – 49 (в т.ч. 27 – опоясывающий герпес, 1 – генитальный герпес), пневмония – 33, инфекции мочевыводящих путей – 32, тонзиллит – 21, острый бронхит – 13, отит – 11, синусит – 9, инфекции подкожно-жировой клетчатки – 8, гепатит А – 1, гнойный артрит – 1, аднексит – 1. У 60% пациентов отмечено более тяжелое течение ранее наблюдавшихся КИ. Временная отмена антиревматической терапии в связи с КИ имела место у 51% больных. У 16.8% пациентов из-за нарастания частоты КИ была изменена схема лечения РА. Обострение РА после перенесенной КИ отмечено у 67.1% больных. 33 пациентам в связи с КИ (пневмония – 16, Covid-ассоциированное поражение легких – 11, пиелонефрит – 4, острый бронхит – 3, гайморит – 2, отит – 1, гепатит А – 1, иерсиниоз – 1, сальмонеллез – 1) потребовалась госпитализация и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Изучение вакцинального статуса у анкетированных больных показало, что лишь 22 из них были привиты против гриппа (20) и/или против пневмококковой инфекции (5).

Выводы. Проблема КИ при РА по-прежнему сохраняет свою актуальность. Охват вакцинацией против наиболее часто встречающихся инфекций среди пациентов с РА остается неудовлетворительным. Необходимы дальнейшие исследования на бóльших выборках больных РА с целью изучения распространенности КИ и их структуры в зависимости от проводимой терапии (в первую очередь, ГИБП), в т.ч. у вакцинированных пациентов.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ COVID-19

Лобах Т.С., Ушаева Л.А.
2 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии,
г. Пятигорск

Цель исследования. Проведение анализа корреляции между клиническими жалобами и данными лабораторных исследований при коронавирусной инфекции у военнослужащих Северо-Кавказского округа Росгвардии.

Материал и методы. За период с мая по декабрь 2020 года в стационаре пролечено 278 пациентов с подтвержденной COVID-19, из которых 94 (34%) с легкими формами, 170 (61%) – среднетяжелыми и 14 (5%) – тяжелыми. Мужчин 240, женщин 38. Средний возраст заболевших с легкими формами составил 27,9 года, со средне-тяжелыми и тяжелыми – 37,5 лет.

Всем пациентам выполнялось клинико-биохимическое обследование, компьютерная томография органов грудной клетки, определение SARS-CoV-2 методом ПЦР.

Результаты и обсуждения. В клинической картине пациентов с легкими формами COVID-19 преобладали жалобы на субфебриллитет, снижение обоняния, вкуса, или полное их отсутствие, головные боли, ломоту в теле, общую слабость. СРБ как правило был в норме или не превышал 6 мг/л. При среднетяжелой и тяжелых формах (КТ-1,2) – на фебрильную температуру тела, одышку, особенно при ходьбе,

сдавление в грудной клетке, сухой надсадный кашель с приступами удушья. СРБ достигал 60 мг/л, 90-120 мг/л. В объективном статусе обращало на себя внимание поверхностное дыхание, даже лежа в постели.

При подсчете лейкоцитарной формулы (венозная кровь) у пациентов с SARS-CoV-2 положительных – на 100 клеток выявлены изменения лейкоцитарной формулы, в частности, в особенностях морфологического строения моноцитов и лимфоцитов: выраженные дегенеративные изменения ядер моноцитов в форме 3-х, 4-х и 5-ти «лепестков клевера» или «бабочки» и другие формы; выраженная гипохромия, вакуолизация цитоплазмы, реже ядер. Подобные изменения чаще наблюдались у моноцитов, нежели у лимфоцитов. При изучении литературы подобные изменения морфологии в гематологическом атласа нами не найдены. Увеличение количества моноцитов и лимфоцитов отмечалось на фоне снижения лейкоцитов (от 3,1 до $4.0*10^9$ /л). Кроме того, нами отмечено, чем более токсичен вирус, тем более выражены дегенеративные формы в моноцитарном и лимфоцитарном рядах крови, а также характерно отсутствие эозинофилов, базофилов на 100 клеток, появление плазматических клеток до 3-х-4-х на 100 клеток. При присоединении вторичной инфекции наблюдается увеличение лейкоцитов, СОЭ, сегментоядерных и палочкоядерных клеток, изменения в миелоидном ряду крови. Так на 100 клеток выявлены метамиелоциты, миелоциты, редко встречалась токсическая зернистость нейтрофилов с Пельгеровской аномалией. Обращает на себя внимание, в процессе лечения сегментоядерные клетки приобретали обычную морфологическую структуру. Это свидетельствует, что токсичность нарушала деление ядер в клетках.

Заключение. Анализ клинико-лабораторной корреляции при коронавирусной инфекции позволил выявить специфические изменения лейкоцитарной формулы, что вероятно связано с токсичными действием вируса на периферическую кровь.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОНМК

Лобзин С.В., Лобзина А.С., Голдобин В.В., Агбайи Г.Г., Мирзаева Л.М.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время в России ежегодно по данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом регистрируют 450 000 случаев ОНМК. В Российской федерации пациенты с последствиями ОНМК выходят на 1 место среди остальных нозологий по уровню инвалидизации – около 1 миллиона. Существует 3 уровня реабилитационного лечения пациентов с ОНМК. Первый этап включает в себя восстановление нормальной деятельности клеток головного мозга, находящихся в состоянии пониженной активности – растормаживание. Происходит исчезновение локального отека головного мозга на фоне консервативного лечения (вазоактивного, нейропротективного, нейрометаболического, психоэмоциональная коррекция) резорбция образовавшихся в результате ишемии и некроза токсинов, улучшение кровообращения в зоне инфаркта, восстановление функционирования частично поврежденных нейронов. Этот этап реабилитационного лечения имеет место быть в течение первых 3-4 недель после перенесенного ОНМК. Следующий этап реабилитационного лечения – компенсация, происходит параллельно с первым и эффективность его зависит от ряда факторов, таких как – возраст, наличие сопутствующих заболеваний, а также, что является самым важным на данном этапе – феномен нейропластичности головного мозга – способность компенсировать утраченные функции. Последним этапом реабилитации является реадаптация – приспособление пациента к самообслуживанию с имеющимся дефектом – длительность данного этапа до 2 лет (С.П. Маркин, 2007).

Цель исследования. Оценить эффективность реабилитационного лечения (физические методы лечения (лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение, гипербарическая оксигенация), комплексная консервативная терапия, применение биологической обратной связи в нескольких модальностях) пациентов в раннем и позднем восстановительном периоде после ОНМК.

Дизайн исследования. Основную группу исследования составили пациенты, перенесшие ОНМК в раннем и позднем восстановительном периоде - 54 пациента (40 мужчин и 14 женщин).

Методы исследования. Оценка состояния пациента при помощи клинико-неврологического обследования, оценочных шкал (Шкала Бартел, HADS, MMSE, MOCA, FAB, NIHSS, Ривермид, Рэнкин, кинезиофобия Тампа, степень выраженности спастичности по шкале Ashworth).

Результаты исследования. По результатам оценки шкал, после проведенного курса восстановительного лечения двигательные (параличи и парезы) нарушения легкой и средней степени восстановились у 92,0% пациентов, когнитивные функции (память, концентрация внимания, объемное мышление) – улучшились у 75,4% пациентов. Уровень реадаптации пациентов в позднем восстановительном периоде улучшился у 76,4% пациентов.

Обсуждение результатов исследования и выводы. Использование физических методов реабилитации в совокупности с консервативным лечением – высокоэффективный подход к восстановлению утраченных функций у пациентов в позднем и раннем восстановительном периоде после ОНМК. Наряду с двигательными нарушениями, немаловажным является психоэмоциональная коррекция, так, как это фактор является одним из ключевых в восстановительном лечении пациентов с последствиями ОНМК в виду необходимости социализации пациентов с неврологическим дефектом разной степени выраженности.

ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ШКАЛЫ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 5% КРЕМНИСТОГО КРЕМА

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Муллаханов Ж.Б., Разикова Г.Р., Закиров Б.Х., Исмогилов А.И.
Республиканский специализированный научно-практической медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Республика Узбекистан

На современном этапе в дерматологической практике поиск новых возможностей наружного лечения атопического дерматита представляет актуальную и востребованную проблему. Хронизация, частая рецидивность, резистентность к проводимой базисной терапии ставит перед клиницистами и фармацевтами ряд серьезных проблем в плане разработки новых методов терапии.

В ходе фундаментальных исследований дана оценка геохимической характеристике кремнистых растворов и экспериментальными исследованиями изучена противовоспалительная и антибактериальная их, что способствовало разработке новых лечебных продукций для дерматологической практики.

В рамках инновационного гранта при поддержке ООО «Фатилюкс» был разработан новый отечественный лечебно-косметический препарат наружного действия 5% кремнистый крем, обладающий увлажняющим, противовоспалительным и регенерирующим действием.

Цель исследований. Оценка терапевтической эффективности 5% кремнистого крема у больных с атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Обследовано 31 больной с атопическим дерматитом в возрасте от 8 до 31 лет. Среди них лица мужского пола составили 24 и женского – 17. У всех больных проводили клинические (определение индекса ДИШС) и микробиологические исследования до и после лечения.

Всем больным согласно стандарту и клиническому протоколу по лечению кожных заболеваний проводили базисную терапию, заключающуюся в назначении гипосенсибилизирующей, антигистаминной терапии и наружной терапии (5% кремнистый крем).

5% кремнистый крем, препарат наружного действия отечественного производства ООО «Фатилюкс», имеющий уникальный состав: ланолин, растительное масло и активизированный кремнистый раствор. Обладает регенерирующим, увлажняющим, смягчающим, омолаживающим и очищающим свойствами. Крем наносили на очаги поражения два раза в день в течение 10 дней.

Результаты исследования. Результаты наружной терапии показали, что применение 5% кремнистого крема способствовало заметной динамике рассасывания кожно-патологического процесса в среднем на 2-3-й день терапии. Так, степень тяжести по индексу ДИШС до лечения составил в среднем 26,8+0,1 баллов. Тогда как на фоне использованя крема «Дисдерм» индекс ДИШС снизился в 4,5 раза и составил в среднем 5,2+0,1 баллов ($P<0,05$). Динамика кожно-патологического процесса на фоне применения крема заметно изменялась в положительную сторону: среди клинических симптомов отмечали значительное уменьшение эритемы на 67,5%, уменьшение отечности на 84% ($P<0,05$), шелушения на 73,5%, рассасывание лихенификации и папулезных элементов на 78,6% ($P<0.05$). На фоне рассасывания кожно-патологического процесса отмечалось значительное снижение субъективных ощущений – зуда на 86,8% ($P<0,05$).

Микробиологические исследования кожи очагов поражения у больных с атопическим дерматитом показали снижение степени колонизации staphylococcus spp. в 25,02 раза по сравнению до лечения. Причем среди стафилококковой флоры наиболее часто высевался s. aureus с генотипами метицилленрезистентные генотипы – MRSA в 33,3% случаев, что характеризовала о персистирующей форме стафилококковой инфекции у больных атопическим дерматитом.

Выводы. Таким образом, клинико-микробиологические исследования показали, что 5% кремнистый крем обладает противовоспалительным, регенерирующим, увлажняющим свойствами, и его можно рекомендовать для широкого использования в качестве наружной терапии у больных атопическим дерматитом.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ

Магирко А.Е., Тихомиров Е.Г., Воробьёва Ю.В., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из распространенных и прогрессирующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. На сегодняшний день ряд авторов выделяют анемию, как одно из немаловажных коморбидных заболеваний у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Учитывая, что вопросы кровоснабжения мышцы сердца являются кардинальными в проблеме профилактики и лечения больных с ХСН, раннее выявление и коррекция сопутствующего анемического синдрома могут существенно совершенствовать лечение больных с ХСН.

Цель исследования. Определить влияние анемии на качество жизни и развития тревожно-депрессивных расстройств у больных с ХСН различных возрастных групп, наблюдаемых в стационарных условиях.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБСМП №1 (г. Воронеж). В исследовании принимали участие 51 пациент с ХСН, в том числе 22 мужчина (43 %) и 29 женщин (57%), в возрасте от 33 до 88 лет, средний возраст составил 67,8±7,5 лет. Качество жизни (КЖ) оценивалось по опроснику «SF-36 Health Status Survey». Тревожные расстройства у больных были выявлены по опроснику Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, для оценки депрессии применена шкала Цунга.

Было сформировано 2 группы: в группу 1 были выделены 28 (54,9%) пациентов (11 мужчины и 17 женщин) с хронической сердечной недостаточностью без анемии. В группу Б были отобраны 23 (45,1%) больных (11 мужчин и 12 женщин) с хронической сердечной недостаточностью и анемией. Группы сопоставимы по полу, возрасту.

Результаты исследования. Нами были получены данные, что анемия чаще выявляется у пациентов с ХСН более старшего возраста 65,9±7,8 лет (p=0,024). Качество жизни, а именно психологический и физический спектр более снижены у пациентов с ХСН и анемией, чем у больных с ХСН без анемии. Физическое состояние в среднем оценивается в 40,4±1,7 баллов, а психологическое в 51,7±5,3 балла (p=0,001). Анализ полученных при анкетировании данных выявил, что умеренный или высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) имеется у большинства больных 42 – (82%), а ситуативной тревожности (СТ) – у 51 – 100% обследованных. Депрессия по шкале Цунга отсутствовала у 8 пациентов (16%). Легкая депрессия была определена у 28 больных (54,9%), умеренная – у 13 пациентов (25,5%), а тяжелое депрессивное состояние – у 2 человек (4%). При проведении сравнительного анализа средних значений баллов, полученных при анкетировании больных, были выявлены достоверные различия в уровне ЛТ и депрессии у пациентов с ХСН и анемией и больных с ХСН без анемии. Высокий уровень ЛТ был определен у 14(58,3%) больных ХСН с анемией и у 7 (23,1%) пациентов с ХСН без анемии. Высокий уровень СТ встречался в 1,6 раза чаще у больных группы 2, чем у больных группы 1 (17 (75%) против 13 (46,2%). Была выявлена статистическая взаимосвязь средней силы между уровнем депрессии и наличием анемией у больных ХСН в анамнезе (p=0,031).

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты показали, что анемия довольно часто выявляется у больных ХСН. Анемия чаще встречается у пациентов более пожилого возраста. Распространенность тревоги и депрессии среди больных хронической сердечной недостаточностью крайне высокой, а наличие коморбидного заболевания, такого как анемия, только повышает уровень тревоги и ситуативной, и личностной.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ

Майлян Д.Э.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Оценить особенности суточного профиля артериального давления (АД) на фоне дефицита магния (Mg) у женщин постменопаузального возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), обусловленной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. В исследование были включены 140 женщин постменопаузального возраста с АГ, ХСН с сохраненной фракцией выброса II функционального класса. На основании перорального теста ретенции Mg было выделено 2 группы: 1 группа (72 пациента) – с дефицитом элемента и 2 группа (68 пациентов) – без дефицита макронутриента. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности АГ и симптомов ХСН, индексу массы тела, толерантности к физическим нагрузкам и офисным показателям АД. Суточное мониторирование АД у всех женщин было проведено при помощи автоматического измерителя АД ВАТ41-2 (Икс-Техно, Украина). Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета MedCalc 19.1.2 (MedCalc Software Ltd, Бельгия).

Результаты и обсуждение. Среднесуточные показатели систолического и диастолического АД составили 154,5 [146,5; 159,1] мм рт.ст. и 89,9 [85,4; 93,7] мм рт.ст. для 1 группы и 152,3 [148,2; 156,3] мм рт.ст. и 92,5 [87,3; 95,4] мм рт.ст. для группы сравнения. Различий между данными показателями на отмечено ($p>0,05$). В то же время, группа дефицита Mg демонстрировала более высокие ($p<0,001$) показатели пульсового АД (63,6±6,9 мм рт.ст. против 59,7±6,1 мм рт.ст.). Кроме этого, у женщин с дефицитом макронутриента чаще выявлялся профиль АД Night-Peaker (13,9% против 2,9%; $p=0,031$), Non-Dipper (43,1% против 25,0%; $p=0,032$) и реже регистрировался профиль АД Dipper (43,1% против 70,1%; $p=0,001$).

Индекс площади отличался только для систолического АД ($p=0,007$) и составил в 1 группе 21,2 [19,5; 25,1] мм рт.ст. против 19,5 [16,5; 23,9] мм рт.ст. у женщин без дефицита Mg. В то же время индексы времени как для систолического, так и для диастолического АД не различались между группами ($p>0,05$). Стоит отметить, что женщины с дефицитом Mg имели большую дневную вариабельность систолического АД (16,9 [13,3; 20,69] против 12,9 [11,7; 17,42] мм рт.ст.; $p=0,001$) и более высокую скорость его утреннего подъема (12,5 [9,7; 13,6] против 9,5 [8,1; 10,9] мм рт.ст./ч; $p<0,001$). При этом, достоверных различий между показателями дневной, ночной вариабельности и скорости утреннего подъема диастолического АД не отмечено ($p>0,05$).

Выводы. При сравнимых показателях среднесуточного АД, женщины постменопаузального возраста с дефицитом Mg, АГ и ХСН имеют более неблагоприятные профили АД, более высокие показатели пульсового АД, а также индекс площади, дневную вариабельность и скорость утреннего подъема систолического АД.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS2234693 ГЕНА ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА 1 ТИПА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Майлян Э.А.[1], Чурилов А.В.[1], Немсадзе И.Г.[1], Глазков И.С.[2]
[1]Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина,
[2]Симферопольский клинический родильный дом №2, г. Симферополь

Повсеместная и чрезвычайно широкая распространенность постменопаузального остеопороза (ОП), тяжелые осложнения в виде низкоэнергетических переломов, приводящие к инвалидизации и даже летальному исходу, большие экономические затраты, направленные на лечение и реабилитацию больных с ОП определяют актуальность разработки инновационных подходов, направленных на увеличение эффективности лечебно-профилактических мероприятий, в том числе с учетом фармакогенетических аспектов. В настоящее время в арсенале практического врача имеются лекарственные средства с антирезорбтивными свойствами, а также препараты анаболического и двойного действия. К первой группе относят бисфосфонаты (алендронат, золедронат, ибандронат, ризедронат), с назначения которых, как правило, и начинают лечение постменопаузального ОП.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения женщин с постменопаузальным остеопорозом препаратом алендроновой кислоты в зависимости от генотипов полиморфизма rs2234693 гена эстрогенового рецептора 1 типа (ESR1).

Материалы и методы. Всего было обследовано 136 женщин с постменопаузальным ОП. Исследования выполнялись дважды – до и спустя 12 месяцев лечения алендронатом. Сравнение результатов денситометрии (двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) в динамике лечения и расчет прироста минеральной плотности кости (ΔМПК, %) позволило оценить эффективность лечения каждого пациента. Определение показателей ΔМПК производили отдельно в каждом изученном участке скелета – поясничных позвонках L1-L4, шейках и проксимальных отделах левого и правого бедра. Полиморфизм rs2234693 гена ESR1 определяли методом ПЦР в режиме реального времени.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что среди обследованных женщин гетерозиготный генотип по полиморфизму rs2234693 (CT) имели 72 пациента (52,9%). Гомозиготных же лиц с генотипами CC и TT было соответственно 28 (20,6%) и 36 (26,5%).

Показатели ΔМПК (Me [Q25%; Q75%]) в шейке левой и правой бедренной кости женщин с различными генотипами полиморфизма rs2234693 колебались в пределах от 1,59% [-1,66; 5,20] до 3,90% [-0,84; 7,60] и от 2,61% [0,0; 8,27] до 5,07% [1,97; 8,28] соответственно. Аналогичные показатели во всем проксимальном отделе левого бедра были в пределах от 2,57% [-0,51; 6,69] до 2,88% [0,42; 5,13], а правого – от 2,12% [-1,12; 5,90] до 4,89% [0,17; 8,17]. При этом существенных различий по значениям ΔМПК в вышеуказанных зонах левой и правой бедренных костей в зависимости от исследованных полиморфных вариантов гена ESR1 у женщин с постменопаузальным ОП в динамике лечения установлено не было ($p>0,05$).

Следует обратить внимание на результаты денситометрии в поясничных позвонках L1-L4. Так, женщины с генотипом TT полиморфизма rs2234693 гена ESR1 имели прирост в динамике лечения плотности поясничных позвонков на 2,53% [-0,28; 5,54], что было значительно меньше ($p<0,05$), чем у обладателей только генотипа CC (5,52% [1,66; 9,12]) или у всех остальных лиц (4,71% [1,75; 8,08]).

Выводы. Таким образом, при обследовании 136 женщин с постменопаузальным ОП в динамике лечения установлено, что через 12 месяцев приема алендроната пациенты с генотипом TT полиморфизма rs2234693 гена ESR1 имеют низкий показатель прироста МПК в поясничных позвонках L1-L4 ($p<0,05$).

СРАВНЕНИЕ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ И НАБЛЮДАЕМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ

Макарова А.П.[1], Серезвин И.С.[2], Арчакова Л.И.[2]
[1]Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,
[2]Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии,
Санкт-Петербург

Актуальность. Основным методом диагностики и оценки степени тяжести вентиляционных нарушений при туберкулезе является спирометрия. Для оценки операбельности существуют формулы, рекомендованные Европейским респираторным обществом и Европейским обществом торакальных хирургов, а также Британским торакальным обществом (ERS/ESTS clinical guidelines on fitness for radical therapy in lung cancer patients, 2009, British Thoracic Society and the Society for Cardiothoracic Surgery in Great Britain and Ireland, 2010). Однако, данные рекомендации посвящены функциональной операбельности у больных раком легких. В связи с этим целью исследования стало анализирование реальных и расчетных спирометрических показателей у больных с туберкулезом легких, и возможности применения ранее предложенных формул для больных с данным заболеванием.

Материал и методы. Проанализированы материалы историй болезни 57 пациентов за период с 1 января 2010 по 31 декабря 2019 гг. в ФГБУ СПб НИИФ Минздрава России, которым была выполнена пневмонэктомия по поводу деструктивного туберкулеза одного из легких. 30 пациентов (52,6%) были мужчинами, 27 (47,4%) – женщинами. Возраст пациентов варьировал от 21 до 59 лет (36±10 лет).

Каждому пациенту проводилась спирометрия на комплексной установке экспертной диагностики ФВД «Master Screen IOS» VIASYS Healthcare SN 513474 (Carefusion Germany, Германия) – форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$). Спирометрия проводились не менее, чем за 7 дней до операции и через 28 дней после. Показатель $ОФВ_1$ до операции варьировалась от 33% до 101% (63,3±17,5%), от 1,08 л до 3,44 л (2,16±0,7л). Также была выполнена перфузионная сцинтиграфия легких на аппарате BrightView SPEC Philips Medical System c99м-Tc-MAA (Голландия). Суммарный кровоток в наиболее пораженном легком был от 0,1% до 44,8% (10,75±10%).

Для расчета прогнозируемого показателя $ОФВ_1$ показателей мы пользовались формулой ERS/ESTS: $ппо\text{-}ОФВ_1 = пре\text{-}ОФВ_1 \times$(1-доля общей перфузии для резецируемого легкого), где $ппо\text{-}ОФВ_1$ – предоперационное значение $ОФВ_1$, $пре\text{-}ОФВ_1$ – прогнозируемый послеоперационный $ОФВ_1$.

Статистическая обработка производилась с помощью программ Microsoft Excel 2016, IBM SPSS б Statistics v. 23.0.

Результаты и обсуждение. По результатам, полученным с помощью указанной выше расчетной формулы, были отмечены статистически значимые различия между прогнозированными (55,3±14,2%; 1,89±0,6 л) и реальными значениями (48,4±11,4%; 1,59±0,5 л) $ОФВ_1$ всех исследуемых показателей ($p<0,05$). Значения прогнозируемых показателей $ОФВ_1$ завышены относительно реальных.

Выводы. 1. Формула для расчета послеоперационного $ОФВ_1$ достоверно завышает прогнозируемое снижение этого показателя, что неоправданно ограничивает функциональную операбельность при туберкулезе легких. 2. Ограничения, полученные при расчете послеоперационных показателей у больных туберкулезом легких, перенесших пневмонэктомию, создают необходимость в разработке более точного алгоритма прогнозирования на модели туберкулеза легких.

ОСОБЕННОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАКТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА ПРИМЕРЕ Г. АРХАНГЕЛЬСКА: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Макарова М.В.
Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Цель исследования. Сравнительный анализ показателей первичной и общей заболеваемости остеоартрозом (ОА), и факторов, влияющих на эти показатели, в поликлиниках г. Архангельска.

Материалы и методы. Население г. Архангельска прикреплено к пяти основным поликлиникам №1, 2, 4 (АГКП1, АГКП2, АГКП4), первой городской клинической больницы им. Е. Е. Волосевич (пГКБ1) и Приморской Центральной районной больницы (пПрЦРБ), обслуживающие 74,7% жителей города. На основании данных по обращаемости прикрепленного населения для пациентов с гонартрозами за 2016 по 2019 гг. была составлена выборка пациентов. Анализировали следующие показатели: пол, возраст, характер обращения, код по МКБ-10, специалист, к которому обратился пациент. Оценивали первичную и общую заболеваемость.

Результаты и обсуждение. За четыре года зарегистрировано 3282 первичных больных ОА в пяти поликлиниках, средний возраст 55,9 лет, женщин 1952 (59%) мужчин 1329 (41%). Среднегодовые уровни первичной заболеваемости ОА на 1000 населения от 0,98 до 1,38, максимальный в пГКБ1 – 3,05. Общая заболеваемость ОА на 1000 населения в 1, 2 и 4 поликлиниках 26,2-27,4, пГКБ 1 и пПрЦРБ 15,6 и 4,5, соответственно. В пГКБ1 преобладают пациенты старше 60 лет 48%, в АГКП1 доля 41%, АГКП2-27%, АГКП4 – 33%, пПрЦРБ – 32%. Пик общей заболеваемости 105 случаев на 1000 населения (1% прикрепленного населения) к 45 годам в АГКП1, в других поликлиниках показатель ниже. При анализе возрастного распределения общей заболеваемости выявлено три основных паттерна: традиционное со значимым приростом общей заболеваемости после 40 лет (АГКП1), с высоким уровнем вне зависимости от возраста (АГКП2 и АГКП4) и сравнительно низкий уровень во всех возрастных группах (пГКБ1 и пПрЦРБ). Чаще диагноз ОА устанавливали терапевтами – 2296 (71%), травматологи и хирурги 647 (20%), ревматологи – 302 (9%). Наиболее распространен диагноз М17.9– 966 (30%), М17.0 10 939 (29%), реже М17.2 – 66 (2%) и М17.4 – 75 (2%).

Заключение. В анализе подтверждены существенные различия в практике регистрации ОА даже между поликлиниками одного региона, что связано с рядом субъективных и объективных причин. Для объективизации учета ОА необходимы меры, включающие создание единого регистра учета пациентов с ОА по аналогии с канцер-регистрами, проведение работы по привлечению кадров в поликлиники.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ

Максимов А.В., Марченкова М.И.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка эффективности применения экстракорпоральной ударно-волновой терапии у пациентов с синдромом плече-лопаточного периартрита.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов-волонтеров с синдромом плече-лопаточного периартрита (далее – ПЛП) в возрасте от 31 до 60 лет. Информированное согласие на участие в НИР получено от всех пациентов-волонтеров.

Лечение проводилось при помощи аппаратов экстракорпоральной ударно-волновой терапии (далее – ЭУВТ) «ЭКСОТОНУС» моделей К1 и Э1 по очаговой методике на болевые точки и зоны по периметру плечевого сустава. Оптимальная глубина проникновения ударной волны 15-25 мм. Начальную интенсивность 0,048 мДж/мм увеличивали до появления отчетливых субъективных безболезненных

ощущений. Общая плотность потока энергии 0,077-0,317 мДж/мм^2. Частота волн 2-5 Гц. Количество импульсов на процедуру от 1500 до 2000. Число полей от 3 до 8 за 1 процедуру. Время процедуры 4-8 мин. Курс 5-7 процедур 2 раза в неделю.

Результаты и обсуждение. С целью исключения вовлеченности в патогенез ПЛП рефлекторных механизмов со стороны шейного отдела позвоночника проводилось неврологическое исследование сухожильных и периостальных рефлексов. Сгибательно-локтевой и лопаточно-плечевой рефлекс до и после лечения были живыми, положительными, выраженными симметрично. Нарушений тактильной чувствительности не было выявлено.

После курса ЭУВТ у всех больных отмечалась значительная положительная динамика плече-лопаточного болевого синдрома. Оценка пациентами выраженности болевого синдрома по 100 мм-горизонтальной аналоговой шкале ВАШ показала отчетливую положительную динамику снижения с 59±6,5 до 32±3,3 ($p<0,05$).

Исходно сниженная амплитуда биопотенциалов поверхностной ЭМГ максимального произвольного напряжения на m. deltoideus возросла в среднем с 775,4+76,8 мВ до 1386,3+42,4 мВ, а на m. supraspinatus – с 1396+76 мВ до 1698+119,2 мВ ($p<0,05$) и приблизилась к норме. Частота потенциалов ЭМГ на m. deltoideus показала отчетливую тенденцию к увеличению с 295,2+13,3 до 308,3+8,21 Гц, а на m. supraspinatus – с 301,0+18,3 до 318,2+17,9 Гц ($p>0.05$).

При анализе показателей качества жизни отмечено, что исходное нарушение физического функционирования у больных при ПЛП было не выражено, либо обусловлено сопутствующей патологией. На первый план выходил болевой синдром и эмоциональные нарушения. Социальное функционирование страдало у пациентов в различной степени и зависело от характера профессиональной деятельности. Более выраженные нарушения этой шкалы наблюдались у лиц физического труда. У лиц умственного труда этот компонент не был столь значим.

При сравнении показателей, полученных после курса лечения, выявлено достоверное улучшение всех показателей качества жизни (КЖ). Произошло выраженное улучшение показателей КЖ, ответственных за боль, что вполне коррелирует с данными, полученными при изучении анкет ВАШ.

После курсового применения ЭУВТ на область плечевого сустава повторное МРТ исследование плечевого сустава показало уменьшение проявлений воспаления и отека в суставе и периартикулярных тканях.

Выводы. Применение ЭУВТ у больных ПЛП приводит к быстрому регрессу плече-лопаточного болевого синдрома по ВАШ, что отчетливо коррелирует со статистически достоверным повышением исходно пониженной амплитуды биопотенциалов поверхностной ЭМГ максимального произвольного напряжения на m. deltoideus на m. supraspinatus, с заметным повышением их частоты, с выраженным улучшением показателей КЖ, ответственных за боль.

НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У БЕРЕМЕННЫХ

Максимов Р.С.[1,2], Максимова И.Д.[1], Щукина Т.В.[1,2], Деомидов Е.С.[2]
[1]Городская клиническая больница №1,
[2]Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости нейропатии лицевого нерва при беременности; анализ лечебных мероприятий в гравидарный период.

Нейропатия лицевого нерва(НЛН) является самой частой краниальной нейропатией, и составляет 13-24 пациента на 100 тыс. жителей в год, достигая у беременных до 45 на 100 тыс., с увеличением частоты в третьем триместре. Повышение частоты у беременных объясняется изменением гормонального статуса, обменных процессов, иммуносупрессией, гиперкоагуляцией.

Материалы и методы. Изучены клинические случаи НЛН у 34 беременных, находившихся под наблюдением в городском перинатальном центре, являющимся структурным подразделением БУ «Городская клиническая больница №1». Средний возраст беременных с НЛН составил 23,8±6,7 лет. Время обращения за медицинской помощью от начала заболевания во всех случаях составляло менее суток. Нейровизуализация посредством магнитно-резонансной томографии был проведен 9 пациенткам (26%).

В третий триместр беременности нейропатия наблюдалась у 28 пациенток (82%), во втором – 5 (15%), в первом – 1 (3%), причем после лечения у стоматолога.

Результаты. Преимущественно встречалось поражение на уровне выхода нерва из шилососцевидного отверстия – 29 больных (85%). Реже встречался уровень выше отхождения барабанной струны – 2 больных (6%), проксимальнее большого камени-

стого нерва – 1 (3%), уровень мосто-мозжечкового угла – 1 (3%), ствола мозга – 1 (3%).

Причинами НЛН были следующие: одонтогенная и отогенная – 5 пациенток (15%), демиелинизирующие заболевания (рассеянный склероз) – 2 (6%), острое нарушение мозгового кровообращения – 1 (3%), идиопатическая – 26 (76%).

Левосторонняя НЛН выявлена у 22 больных (65%).

Болевой синдром различной интенсивности отмечали 28 (82%) пациенток.

Применение глюкокортикоидов было ограничено у некоторых пациенток с учетом наличия сопутствующих заболеваний (нарушение углеводного обмена, артериальная гипертензия). Большинство из беременных (27 пациенток – 80%) получали глюкокортикоиды короткими курсами (преднизолон в дозе 1мг/кг в сутки перорально) в течение 7 дней с последующей отменой по 10мг в сутки. Дополнительно применялись методы восстановительного лечения (лечебная гимнастика, физиотерапия, иглорефлексотерапия), консультации психолога и психотерапевта.

Катамнестически 32 пациентки (94%) субъективно выздоровели при повторном осмотре через 60 дней от начала заболевания. При детальной оценке неврологического статуса обнаружен «симптом ресниц» и иные проявления перенесенной нейропатии, не влиявшие на качество жизни пациенток, у 13 переболевших из 32 (40%). У 2 больных восстановление было неполным.

Выводы. Частота встречаемости НЛН повышается в период беременности. Прегравидарная подготовка, ранняя постановка на учет и наблюдение в женской консультации позволит снизить риск возникновения НЛН и своевременно предпринять адекватные и безопасные меры для восстановления.

ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Максимов Р.С.[1,2], Максимова И.Д.[1], Рыбкина О.А.[1], Гурьянова Е.А.[2]
[1]Городская клиническая больница №1,
[2]Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары

Цель исследования. Изучить причины и особенности головокружения у женщин фертильного возраста. Головокружение – одна из наиболее частых жалоб, которая занимает второе место по причине обращения к врачу.

Материалы и методы исследования. Обследовано 47 пациенток в возрасте от 18 до 47 лет, обратившихся с жалобами на головокружение в БУ «ГКБ №1» Минздрава Чувашии. Средний возраст составил 36.6±7.2 лет. Жалобы на головокружение беспокоили женщин от 2 до 12 месяцев. Направительные диагнозы: дисциркуляторная энцефалопатия – 9 пациенток (19%), вегето-сосудистая дистония – 29 (62%), шейный остеохондроз с синдромом позвоночной артерии – 9 (19%). Для лечения больных применялись нейропротекторы, антиоксиданты, вазоактивные препараты, ноотропы, массаж, методы физиотерапии. Использовались: вестибулярный опросник VRBQ (Vestibular Rehabilitation Benefits Questionnaire), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale), данные медицинской карты, консультации специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты и обсуждение. Гемодинамически-значимый стеноз брахиоцефальных артерий, который наравне с дислипидемией явился причиной дисциркуляторной энцефалопатии выявлен у 2 пациенток (4%). Доброкачественное парциальное позиционное головокружение выставлено на основании осмотра и проведенных тестов у 3 (6%) женщин. Совместно с врачом отоларингологом обнаружены: вестибулярный нейронит у 1 больной (2%), болезнь Меньера у 2 (4%). Нарушение координаторной сферы на фоне эмоционально-волевых и поведенческих нарушений, тревожных и фобических расстройств явилось причиной головокружения у 15 больных (32%). У 4 больных (8%) обнаружена эндокринная патология (сахарный диабет и патология щитовидной железы), у 20 (43%) выявлена железодефицитная анемия, причем у половины из них (9 больных), латентная.

Признаки истинного вестибулярного головокружения по описанию больных были зарегистрированы у 18 (38%) пациенток.

Выраженность симптомов по опроснику VRBQ у женщин с доброкачественным парциальным головокружением и головокружением на фоне поведенческих нарушений оказалась выше по всем показателям, в особенности по показателю тревожности (52,8±1,9) и показателю головокружения, ассоциированного с движением (29,9±2,1). У этой же категории больных были выявлены наибольший средний балл по шкале HADS – 12,4±6,3 по блоку «тревога» и 11,9±5,7 по блоку «депрессия».

Лечебные мероприятия включали коррекцию дисметаболических и гормональных нарушений,

воздействие на эмоционально-волевую сферу, комплекс вестибулярной гимнастики, терапия сердечно-сосудистой патологии. Ноотропные и вазоактивные препараты, массаж и мануальная терапия при выявленных заболеваниях не назначены, как не имеющие доказательную базу и точки приложения, а также удорожающие лечение.

Выводы. Головокружение у женщин фертильного возраста в большинстве случаев носило несистемный характер. Преобладающими причинами жалоб на головокружения явились: дисметаболические нарушения в следствие анемии и эндокринной патологии (51%) и эмоционально-волевые расстройства (32%). Обнаружение истинных причин головокружения позволило пересмотреть диагноз и подходы к лечению, что повысило его эффективность и безопасность.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ИБС ИНДУЦИРОВАННОГО ГЕНЕТИЧЕСКИМ ПОЛИМОРФИЗМОМ

Маль Г.С.
Курский государственный
медицинский университет,
г. Курск

Актуальность. Рациональная лекарственная терапия является неотъемлемой частью в фармакогенетической оценке эффективности и безопасности гиполипидемических препаратов.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 100 мужчин (45-65 лет), страдающих ИБС. Фармакологическая коррекция производилась розувастатин в дозе 10 мг/сутки. С целью поиска индивидуальных критериев для применения гиполипидемических средств было проведено генотипирование полиморфизмов следующих генов: белка-переносчика ЭХ – CETPTaq1B, липопротеинлипазы – LPLHindIII.

Результаты. включение эзетимиба 10 мг/сут в схему гиполипидемической терапии привело к достижению целевых значений ХС ЛНП у 30 % больных ИБС; при монотерапии розувастатином 10 мг/сут носительство генотипа +279AA по полиморфизму CETPTaq1B ассоциируется с повышением уровня ХС ЛВП на 27% в сравнении с генотипами +279GG/GA (16,7 %); носительство генотипов +495GG и -786CC по полиморфизмам LPLHindIII определило большую предрасположенность к нарушению липидного обмена за счет высоких атерогенных фракций липид-транспортной системы до лечения и низкую эффективность розувастатина 10 мг/сут; выявленное влияние генотипов на эффективность различных схем гиполипидемической коррекции позволяет выработать индивидуальный режим фармакологического контроля у больных ИБС.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: РОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Маркелова Е.И., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

В настоящее время считается доказанным связь (ПсА) с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Увеличение риска ССО при ПсА обусловлено сочетанием факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и едиными иммунновоспалительными механизмами, лежащими в основе ПсА и атеросклероза.

Цель. Оценить распространенность ССЗ и факторов, влияющих на их развитие у больных ПсА.

Методы. В исследование включено 48 больных ПсА (25 мужчин, 23 женщины). Средний возраст – 36 [27; 46] лет, длительность ПсА – 6 [4; 8] месяцев, длительность ПС – 13 [9; 84] месяцев, значение DAS – 4,1 [3,5; 4,9]. Всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование, скрининг ФР ССЗ, биохимический анализ крови с оценкой показателей липидного профиля, уровня С-реактивного белка (СРБ). Выполнена ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сонных артерий (СА) с оценкой толщины комплекса интима-медиа (КИМ), эхокардография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления и холтеровское мониторирование.

Результаты. Артериальной гипертония (АГ) выявлена у 12 (25%), нарушение ритма сердца (НРС): наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия – у 12 (25%), инсульт в анамнезе – у 1 (2%) пациента с ПсА. Выявлены факторы, определяющие сердечно-сосудистый риск: абдоминальное ожирение – у 14 (29,2 %), ожирение (диагностированное

по индексу массы тела) – у 11 (22,9%), отягощенная наследственность по ССЗ – у 6 (12,5%), дислипидемия 31 (64,5 %), курение – у 16 (33,3%). При проведении УЗДГ СА атеросклеротические бляшки (АТБ) обнаружены у 15 (31,3%) и утолщение КИМ>0,9мм – у 14 (29,2%) пациентов.

Выявлена корреляция между значениями СРБ и толщиной КИМ (r=0,33 p<0,05). Также обнаружена обратная корреляция между показателями СРБ и ЛПВП (R=-0,41; p<0,05).

Заключение. У четверти больных ПсА выявлены АГ и НРС, у трети – атеросклероз сонных артерий. Таким образом, высокая распространенность ФР ССЗ, взаимосвязь маркеров воспаления с показателями КИМ и липидного профиля позволяет предположить взаимоусиливающее влияние этих факторов на процесс развития ССЗ у ПсА.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

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

Цель исследования. Оценить особенности течения COVID-19 у пациентов с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ) на клиническом примере.

Известно, что пожилой возраст и сопутствующая патология являются основными факторами риска тяжелого течения COVID-19 и формирования пневмофиброза. Однако в настоящее время в литературе крайне мало информации об особенностях течения COVID-19 у пациентов с ИЛФ.

Материалы и методы. Мы наблюдали 8 пациентов (5 мужчин и 3 женщин, средний возраст 59,9±2,3 года) с COVID-19 на фоне ИЛФ. Представляем клинический случай пациентки С. 73 лет с длительным анамнезом ИЛФ, перенесшей COVID-19 тяжелого течения.

Результаты и обсуждение. Из 8 пациентов с ИЛФ в 3 случаях наблюдалось среднетяжелое течение COVID-19, без госпитализации. В 5 случаях заболевание протекало тяжело, с летальным исходом у 3 пациентов (в 2 случаях от осложнений в виде ТЭЛА и в одном случае пациент умер от прогрессирующей дыхательной недостаточности). У всех пациентов с ИЛФ после перенесенного COVID-19 отмечалось прогрессирование заболевания (снижение толерантности к физической нагрузке, ухудшение функциональных показателей и нарастание фиброзных изменений по данным компьютерной томографии органов грудной клетки).

Пациентка С. 73 лет более 10 лет наблюдалась в клинике НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с диагнозом ИЛФ. Заболевание характеризовалось медленно прогрессирующим течением на фоне поддерживающей дозы системных глюкокортикостероидов (СГКС) (2,5 мг преднизолона) и симптоматической терапии (от антифибротической терапии пациентка отказалась).

В июне 2020 года была госпитализирована по поводу COVID-19, ПЦР на SARS-CoV-2 дважды положительная. Тяжелое течение заболевания проявлялось симптомами интоксикации, выраженной дыхательной недостаточностью, высокой лабораторной активностью (СРБ – 162 мг\л). На КТ ОГК определялись признаки двусторонней вирусной пневмонии, двусторонние затенения с преобладанием синдрома «матовое стекло», степень поражения – КТ-2. Проводилось лечение: СГКС, антикоагулянты, муколитики, симптоматические средства, оксигенотерапия – с положительным эффектом. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. При плановом обследовании в августе 2020 определялась тахикардия до 103 в 1 минуту, тахипное (19 в 1 минуту), двусторонние крепитирующие хрипы, SpO2 – 96% при инсуфляции О2 потоком 2 л/мин. При исследовании функции внешнего дыхания выявлено снижение диффузионной способности легких на 9% за 12 месяцев. На контрольной КТ ОГК по сравнению с 01.06.20 отмечается частичный регресс инфильтрации по типу «матовое стекло» при незначительном нарастании фиброзных изменений. При анализе газов артериальной крови выявлена гипоксемия (pO2 – 54 мм рт.ст.). По данным ЭХО-КГ систолическое давление в легочной артерии сохранялось на прежнем уровне – 39 мм рт.ст.

Выводы. ИЛФ является одним из факторов риска тяжелого течения COVID-19.

У пациентов с ИЛФ COVID-19 протекает поразному, в большинстве случаев наблюдалось тяжелое течение с высоким процентом летальности.

Требуются дальнейшие проспективные исследования для уточнения особенностей течения и отдаленных последствий COVID-19 у пациентов с ИЛФ.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ В 2009-2018 ГГ.

Матвеев А.В.[1,2], Крашенинников А.Е.[1], Сулейманова Н.Л.[2], Егорова Е.А.[2]
[1]Национальный научный центр фармаконадзора, Москва,
[2]Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, г. Симферополь

Одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний дыхательной системы является бронхиальная астма. Фармакотерапия представленной патологии включает в себя два основных направления: применение бронходилататоров с целью купирования приступа и улучшение бронхиальной проходимости за счет снижения воспаления стенки дыхательных путей. Однако использование препаратов, применяемых для лечения бронхиальной астмы, предусматривает возможность возникновения ряда нежелательных реакций (НР). Спектр возможных побочных реакций варьируется от местных аллергический реакций, нарушения функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) до нарушений сердечно-сосудистой (ССС), дыхательной и центральной нервной систем (ЦНС).

Цель исследования. Изучение НР препаратов, применяемых для лечения бронхиальной астмы.

Материалы и методы. В работе были использованы данные карт-извещений о НР лекарственных препаратов группы R03 (АТХ-код), зарегистрированные в Республике Крым за период 2009-2018 гг. (база данных ARCADe – Adverse Reactions in Crimea, Autonomic Database).

Результаты и обсуждение. За период 2009-2018 гг. было зарегистрировано 67 случаев развития НР, которые были вызваны применением лекарственных препаратов для лечения бронхиальной астмы.

Наиболее часто НР были связаны с применением лекарственных препаратов, действующими веществами которых являлись фенспирид (39 случаев), аминофиллин (10 случаев), теофиллин (5 случаев) и сальбутамол (6 случаев). Реже случаи развития НР были связаны с применением лекарственных препаратов, содержащих будесонид, формотерол, салметерол и фенотерол. Основными проявлениями НР были реакции гиперчувствительности (46 случаев, 68,7%). Необходимо подчеркнуть, что в 3 случаях они представляли угрозу жизни (анафилактический шок – 1 случай, отек Квинке – 2 случая) и требовали немедленного купирования. Также встречались проявления НР в виде нарушений со стороны ССС (8 случаев), ЦНС (4 случая), нарушений гемодинамики (3 случая), нарушений со стороны ЖКТ (3 случая). Распределение пациентов с проявлениями НР по возрастным категориям показало, что наиболее часто НР наблюдались у детей в возрасте до 3 лет (24 случая, 35,8%) и в возрасте 4-7 лет (10 случаев, 14,9%). Также достаточно часто НР были зарегистрированы у пациентов в возрасте 46-60 лет и 61-75 лет (по 8 случаев, 11,9%). Изучение категорий НР показало, что в 2 случаях НР носили угрожающий жизни характер, госпитализация или продление ее сроков понадобилась в 5 случаях НР, временная нетрудоспособность развилась в 7 случаях. В остальных 53 случаях (79,1%) НР были несерьезными и не вызывали вышеупомянутых последствий. Стоит подчеркнуть, что медикаментозная коррекция НР понадобилась в 40 случаях (59,7%).

Выводы. Анализ НР, возникающих при применении лекарственных препаратов для лечения бронхиальной астмы, позволил обнаружить достаточно высокую частоту развития серьезных НР высокой степени тяжести, что требует от врачей-пульмонологов готовности и умения своевременно диагностировать и купировать такие НР с целью повышения безопасности применения данных препаратов пациентами.

КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Матчанов С.Х.[1], Абдураззакова Д.С.[1], Алиева К.К.[1], Абдуллаев Э.Р.[2], Далжанова З.М.[2], Ергалиева М.М.[2]
[1]Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан,
[2]Многопрофильный медицинский центр, г. Нукус, Республика Узбекистан

Цель исследования. Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов. Проблема коморбидных инфекций (КИ) сохраняет свою актуальность в современной ревматологии. Это обусловлено как наличием аутоиммунного ревматического заболевания, так и необходимостью применения препаратов с имммуносупрессивным действием. Целью нашего

исследования явилось изучения частоту и структуру коморбидных инфекций у стационарного контингента больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследование были включены 115 больных РА (88 женщин и 27 мужчин, средний возраст 43,2±4,6 лет), госпитализированных в Многопрофильный медицинский центр Республики Каракалпакстан. Большинство больных РА (n=81) наряду с общепринятыми нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) получали метотрексат (МТ), 28 пациентов получали глюкокортикоиды (ГК), 13 пациентов – ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа.

Результаты и обсуждение. Наши наблюдения показали, что у больных РА были диагностированы следующие КИ: Chlamydia trachomatis (n=17), уреаплазма уреалитикум (n=6), цитомегаловирусная инфекция (n=84), герпес-вирусные инфекции (n=52), вирус гепатита В (n=2), Herpes zoster (n=3), кишечные инфекции (n=2), COVID-19 (n=1). Нами установлена, что при серопозитивном РА КИ встречались в 71,3%, при серонегативном – 28,7% случаев. У больных РА с положительными антителами к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), КИ встречались в 81,4%, а у больных РА с отрицательными АЦЦП – 18,6% случаев. При сравнении по времени течения заболевания обнаружено, что при длительности РА до 1 года КИ встречались у 13,6% больных, от 1 до 2 лет у 16,7%, продолжительностью до 4-5 лет у 36,7% больных.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют об актуальности проблемы КИ при РА. Влияние на частоту КИ при РА оказывают длительность заболевания и иммунологические варианты РА. Эти обстоятельства диктуют о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы у больных РА.

СРАВНЕНИЕ СУСТАВНОГО СТАТУСА ТАНЦОРОВ «УЛИЧНЫХ СТИЛЕЙ» ПО ДАННЫМ ОПРОСА

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

Современные «уличные» танцы связаны со значительной нагрузкой на суставы и мышцы. Танцоры стиля Брейкинг (Бр.) исполняют силовые элементы с опорой на руки, голову и другие части дела. Танцоры стиля Локинг (Лок) используют резкие амплитудные движения и прыжки на колени. Танцоры стиля Поппинг (Поп) применяют спазмообразные сокращения мышц разных частей тела.

Цель исследования. Ориентировочно сравнить частоту встречаемости симптомов поражения основных суставов у танцоров «уличных стилей».

Материалы и методы. Для самостоятельной оценки состояния коленных (КС), тазобедренных (ТБС), лучезапястных (ЛЗС), локтевых (ЛС) и плечевых суставов (ПС) за последние 6 мес., был составлен опросник из 29 вопросов. На анкету ответили действующие танцоры стилей: Бр. (n=109), Лок. (n=30), Поп. (n=29), смеси Бр+Поп+Лок (БПЛ) (n=102), бывшие танцоры «уличных стилей» (n=41), а также никогда не танцевавшие в этих стилях люди (Контроль) (n=122). В группе танцоров было меньше представительниц женского пола. Средний возраст группы контроля был больше, чем у действующих танцоров. Данные различия учитывались при сравнении исследуемых групп.

Результаты и обсуждение. Признаки повреждения КС (боли при нагрузке или в покое, опухание), выделялись чаще у танцоров Лок. (n=16/53,3%). При этом опухание КС в группе контроля отмечали только респонденты старше 30 лет (n=3/3,3%), а в группах танцоров данный симптом наблюдался также у лиц до 30 лет обоих полов (n=10/7,8%) (p>0,05).

Жалобы на повреждение ТБС (боли при нагрузке или в покое) у танцоров (9,8-18,3%) наблюдались чаще, чем в группе контроля (n=2/1,6%). Наиболее подвержены повреждению ТБС оказались танцоры группы Бр. (n=20/18,3%, по сравнению с контролем ОШ=13,5; 95%ДИ=3,1-59,2; p<0,0001). А 5 (12,2%) «бывших танцоров» пояснили, что завершили карьеру (стиль Бр.) из-за болей в ТБС.

Признаки повреждения ЛЗС чаще отмечали танцоры, практикующие все «уличные стили» (в группе БПЛ n=57/55,9%, Контроль n=45/36,9%. ОШ=2,2; 95%ДИ=1,3-3,7; p=0,005). При этом опухание ЛЗС в группах контроля (n=1) и бывших танцоров (n=2) отмечали лишь респонденты старше 30 лет, а в группах Бр. и БПЛ – только у мужчин до 30 лет (n=5).

ЛС танцоры Лок. (n=4/13,3%) и Поп. (n=5/17,2%) повреждали реже, чем группа контроля (n=26/21,3%) (p>0,05). Опухание локтевого сустава в группе контроля отметили только 2 мужчин старше 30 лет, а в группах Бр. и БПЛ - мужчины и старше (n=5) и младше 30 лет (n=3).

Признаки повреждения плечевых суставов в меньшей степени отмечали танцоры Поп. (n=3/10,3%). Респонденты групп Бр., Лок., БПЛ имели жалобы на плечевые суставы (33,9-37,3%) чаще, чем в группе контроля (n=29/24%). (в группе БПЛ n=38/37,3%, Контроль n=29/24%. ОШ=1,9; 95%ДИ=1,1-3,4 p=0,03).

Выводы. Танцоры стиля Брейкинг чаще отмечают признаки повреждения ТБС, ЛЗС, ЛС, ПС.

У танцоров стиля Locking повышена нагрузка на КС.

Стиль Popping наиболее безопасен в плане повреждения основных суставов.

Необходимо более подробное изучение коротокосрочных и долгосрочных влияний «уличных» танцевальных стилей на скелетно-мышечную систему танцоров.

ДЕПРЕССИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Мацкевич С.А.[1], Бельская М.И.[2]
[1]Белорусский государственный
медицинский университет,
[2]Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Выявить наличие и выраженность депрессивных расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и определить гендерные особенности.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 200 пациентов с ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза: 100 мужчин (средний возраст 59,8±5,27 года) и 100 женщин (средний возраст 60,7±5,37 года). Давность перенесенного крупноочагового (с зубцом Q) инфаркта миокарда составила 4,21±3,14 года. В обеих группах было одинаковое количество пациентов с ХСН ФК II (по 60% пациентов) и с ХСН ФК III (по 40% пациентов). Медикаментозное лечение включало ß-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, дезагреганты, статины, мочегонные. Из исследования были исключены пациенты с сопутствующей патологией, чтобы не утяжелять психоэмоциональный фон. В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D (Center of Epidemiological studies of USA-Depression). Оценку наличия и выраженности депрессии проводили с использованием госпитальной шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Качество жизни (КЖ) изучалось с использованием «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFQ)».

Результаты и обсуждение. По результатам психологического тестирования (опросник CES-D) установлено, что у 70% пациентов имелись признаки депрессии: в группе мужчин признаки депрессии выявлены в 22% случаев, в группе женщин признаки депрессии определялись чаще (48% случаев), чем у мужчин ($p<0,01$). Оценку выраженности депрессии провели с помощью еще одного опросника – HADS, но уже с учетом гендерных особенностей. Так, по данным шкалы HADS признаки депрессии определялись у 18% мужчин. КЖ у мужчин с депрессией в 1,3 раза хуже, чем у пациентов без депрессии. По данным шкалы HADS признаки депрессии выявлены также у 42% женщин ($p<0,01$ в сравнении с группой мужчин). КЖ у пациенток с депрессией в 1,4 раза хуже, чем у женщин без депрессии. В группе женщин выявлены корреляционные взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,55$, $p<0,01$). Имелись некоторые особенности в группах пациентов в зависимости от ФК ХСН. Так, в группе мужчин с ХСН ФК II признаки депрессии (шкала HADS) выявлены у 16,7% пациентов. При ХСН ФК III признаки депрессии (шкала HADS) выявлены у 20% мужчин, КЖ у этих пациентов в 1,5 раза хуже, чем у пациентов без коморбидности. В группе женщин с ХСН ФК II признаки депрессии (шкала HADS) выявлены в 33,3% случаев. При ХСН ФК III признаки депрессии выявлены у 50% женщин ($p<0,01$ в сравнении с женщинами с ХСН ФК II), КЖ у этих пациенток в 1,5 раза хуже, чем у женщин без депрессии. В группе женщин с ХСН ФК III выявлена корреляционная зависимость между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,59$, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, согласно результатам исследования, у пациентов с ХСН имеются гендерные различия депрессивных расстройств: у женщин с ХСН значительно чаще, чем у мужчин выявляются признаки депрессии. Качество жизни ухудшается при наличии депрессии. К тому же в группе женщин, в отличие от мужчин, при усугублении ХСН отмечается нарастание депрессивных расстройств.

КАТАМНЕЗ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Машкова А.Е., Конюх Е.А.
Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Достаточно часто манифестация заболеваний мочевой системы у детей приводит к их хроническому течению с возможным прогрессированием как в детском возрасте, так и во взрос-

лой жизни. Большие экономические потери в связи с утратой трудоспособности в молодом возрасте, инвалидизация детского и взрослого населения, значительная стоимость лечения и реабилитации пациентов определяют социальную значимость хронических заболеваний органов мочевой системы.

Цель работы. Изучить катамнез жизни и течения нефропатий у пациентов, переведенных по возрасту под наблюдение терапевтической службы.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 286 медицинских карт пациентов, госпитализированных в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ») с нефропатиями с проявлениями гематурии и/или протеинурии за период с 2015 по 2019 годы. Выделена группа пациентов, которым на 31.12.2020 г. исполнилось 18 лет. Для изучения катамнеза заболевания связь с ними осуществлялась по телефону или в социальных сетях.

Результаты. Средний возраст детей, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ», составил 10,7 (5,4–15,5) года. До 2-летнего возраста было госпитализировано 12 детей (4,2%), от 2 до 5 лет – 54 (19,0%), от 5 до 9 лет – 64 (22,4%), с 9 до 12 лет – 34 (12,0%), с 12 до 14 лет – 28 (10,0%), с 14 до 18 лет – 94 (32,4%) ребенка.

На момент изучения катамнеза под наблюдение терапевтической службы передано 44 человека. Из них мальчиков – 23 человека (52%), девочек – 21 (48%). В ОАМ у 33 человек отмечались проявления гематурии, у 6 – протеинурии, у 4 – сочетание гемат- и протеинурии. Связаться и получить информацию о состоянии здоровья удалось у 25 человек, остальные отказались от общения без объяснения причин или связаться с ними не удалось.

Из 17 пациентов, наблюдавшихся по поводу гематурии педиатрической службой, у 11 патологических изменений в анализах мочи не отмечается (2 из них – студенты, 1 проходит службу в рядах Вооруженных сил); у 1 отмечаются периодически боли в поясничной области, у 1 – УЗИ-признаки кристаллурии, 3 отмечают периодически гематурию и повышение АД (один из них в настоящее время проходит обследование в г.Минске), у 1 – выявлен шеечный цистит.

2 человека, у которых отмечалась протеинурия выраженной степени, в настоящее время жалоб не предъявляют. У 2 детей отмечалось сочетание гематурии и протеинурии, в настоящее время у одного отмечается протеинурия, 1 жалуется на боли в суставах. В детском возрасте 8 пациентам была проведена нефробиопсия. Данных о проведении нефробиопсии после 18 лет выяснить не удалось.

Таким образом, большая часть пациентов (56%), обследуемых в детском стационаре по поводу мочевого синдрома с гематурией и/или протеинурией, в возрасте после 18 лет не предъявляют жалоб и изменений в анализах мочи не отмечают.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Мельников Е.С., Мазуров В.И.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Сравнить влияние комплексной терапии с применением барицитиниба и дексаметазона на течение интерстициальной пневмонии, вызванной COVID-19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 122 человек, госпитализированных в центр по лечению больных с COVID-19 клиники СЗГМУ им. И.И. Мечникова, которым проводились исследование мазков из рото- и носоглотки методом полимеразной цепной реакции на SARS-CoV-2, оценка клинических симптомов (температура, кашель, общая слабость, сатурация и др.), лабораторная диагностика (клинический, биохимический анализы крови), компьютерная томография органов грудной клетки в динамике. Все пациенты были разделены на три группы. В первую группу входили 64 пациента, получавших барицитиниб в дозе 4 мг/сутки в течение 7 дней наряду с антибактериальными препаратами, низкомолекулярными гепаринами, гидроксихлорохином, дексаметазоном, кислородотерапией, терапией сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа). Во вторую группу входили 33 пациента, в комплексную терапию которых входил дексаметазон в дозировке 10,48±2,87 мг. Третью группу составили 25 пациентов с COVID-19, в комплексную терапию которых входили антибактериальные препараты, кислородотерапия, антигипертензивная терапия, инсулинотерапия, низкомолекулярные гепарины (группа сравнения).

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов объем поражения легких составлял 25-75% (КТ 2-3 степени) у 78,1% больных, более 75% у 14,1% больных, что сопровождалось выраженной симптоматикой (общая слабость, одышка, снижение сатурации, кашель, субфебрильная/фебрильная лихорадка, аносмия/агевзия, рвота, диарея), высокими показателями лабораторной активности (СРБ>100, ферритин>1000). На фоне терапии положительная динамика по КТ наблюдалась в 48,4% случаев, отрицательная в 4,7%. Отмечалась положительная дина-

мика клинико-лабораторных показателей. Во второй группе пациентов объем поражения легочной ткани по КТ 2-3 степени наблюдался у 84,9% обследуемых, клинико-лабораторная активность соответствовала среднетяжелому течению. На фоне комплексной терапии положительная динамика по КТ в 18,2% случаев. В группе сравнения на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика по КТ отмечалась у 56% пациентов. У всех наблюдаемых пациентов из трех исследуемых групп, на фоне лечения отмечалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей.

Выводы. В первой группе преобладали пациенты с наибольшим количеством коморбидной патологии и тяжелым течением COVID-19. В результате комплексной терапии, включающей барицитиниб, у 48,4% больных наблюдалась положительная динамика по данным КТ. Длительность лечения пациентов данной группы составляла 22,9±7,5 дней.

Течение COVID-19 во второй группе пациентов было более тяжелым, чем в группе сравнения, но протекало легче, чем в первой группе. В результате комплексной терапии, включавшей дексаметазон, отмечалась нормализация клинико-лабораторных показателей и у 18,2% больных наблюдалась положительная динамика по данным КТ. Длительность лечения пациентов данной группы составляла 18,3±7,4 дней.

В группе сравнения коморбидный фон и течение COVID-19 были менее выраженными, по сравнению с группами, в комплексную терапию которых был включен барицитиниб и дексаметазон. В результате стандартной комплексной терапии, отмечалась нормализация клинико-лабораторных показателей и у 56% больных наблюдалась положительная динамика по данным КТ. Длительность лечения пациентов данной группы составляла 15,4±2,5 дней.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Меньшикова А.Н.[1], Сотников А.В.[2], Гордиенко А.В.[2], Носович Д.В.[2], Тасыбаев Б.Б.[2]
[1]416 военный госпиталь,
г. Воронеж,
[2]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель. Разработать алгоритм оценки риска развития легочной гипертензии (ЛГ) в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для улучшения профилактики.

Материалы и методы. В ходе исследования изучены результаты стационарного лечения 666 мужчин в возрасте от 32 до 60 лет с верифицированным ИМ I типа (согласноIV универсального определения ИМ, 2018), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) которых по CKD-EPI составляла 30мл/мин/1,73 м^2 и более. Всем пациентам дважды – в первые 48 часов (1) и в конце третьей недели заболевания (2) – выполнялся клинико-диагностический алгоритм, соответствующий стандартам оказания медицинской помощи по данному профилю. Уровень среднего давления в легочной артерии (СДЛА) определялся по A. Kitabatake в ходе выполнения комплексного эхокардиографического исследования (ЭхоКГ). Пациентов разделили на две группы: исследуемую – 100 мужчин (51,1±6,9 лет) с развившейся в подостром периоде ИМ ЛГ ($СДЛА_1$ в пределах нормы, $СДЛА_2 \geq 25$ мм рт. ст.), и контрольную – 566 мужчин (51,4±6,1 лет, p=0,98) с нормальным уровнем $СДЛА_1$ и $СДЛА_2$ или нормализацией этого показателя к концу третьей недели заболевания. На первом этапе из сформированной аналитической базы данных при помощи многофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) отбирались факторы, способные оказывать влияние на формирование ЛГ в подостром периоде ИМ. На втором этапе методом деревьев классификации выполняли математическое моделирование риска развития ЛГ. Оценка прогнозного качества деревьев-решений проводилась при помощи ROC-анализа. Достоверный уровень значимости (p) принят при значениях менее 0,05.

Результаты. На первом этапе выделены факторы, способные оказывать наибольшее влияние на развитие ЛГ в подостром периоде ИМ, затем из них отобраны наиболее значимые – частота сердечных сокращений (ЧСС), наличие хронической болезни почек (ХБП) 2-3 стадии (СКФ по CKD-EPI 59-30 мл/мин/1,73 м^2) и острого повреждения почек (ОПП) в качестве осложнения ИМ – и далее разработана модель прогнозирования развития ЛГ методом деревьев классификации. С помощью дерева-решений выделены пять классов риска. Самый высокий уровень риска, согласно данной модели, оказался у пациентов с ЧСС менее 75 в минуту и с сохраненной функцией почек (СКФ по CKD-EPI 60 мл/мин/1,73 м^2 и более) – 27,8% (97 пациентов). Риск развития ЛГ 25,0% определен у пациентов с ЧСС более 75 в минуту, наличием ХБП 2-3 стадии, а также при наличии ОПП (4 пациента). У 22 пациентов с ЧСС менее 75 в минуту и наличием ХБП 2-3 стадии риск составил 18,2%. У пациентов четвертой группы – 68 мужчин с ЧСС 75 и более

в минуту и с сохраненной функцией почек – риск развития ЛГ составил 10,3%. Минимальный риск развития ЛГ на фоне ИМ (0,0%) в соответствии с данным алгоритмом оказался у пациентов с ЧСС 75 и более в минуту, с наличием ХБП 2-3 стадии и при отсутствии ОПП. Значение AuROC (0,70) свидетельствует о довольно невысоком прогнозном качестве полученного алгоритма, однако, он характеризуется относительно высокими чувствительностью (68,3%) и специфичностью (65,8%).

Выводы. Данный прогностический алгоритм позволяет выделять пациентов с повышенным уровнем риска развития ЛГ в подостром периоде ИМ (расчетный риск 27,8% и более) с целью формирования групп наблюдения для своевременной диагностики данного осложнения и начала проведения лечебных мероприятий. Эта модель может применяться в повседневной клинической практике в качестве одной из вспомогательных методик.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ БИОАКТИВНОГО ЭКСТРАКТА ИЗ МЕЛКОЙ МОРСКОЙ РЫБЫ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность российского препарата на основе биоактивного экстракта из мелкой морской рыбы – Амбене®Био для лечения больных остеоартритом (ОА) крупных и мелких суставов.

Материалы и методы. В наблюдательную программу были включены 49 больных ОА 1-3 стадии по Kellgren-Lawrence (данные 2 центров – Сеченовского Университета и Тульского медицинского института): 6 мужчин (12,2%) и 43 женщины (87,8%), медиана возраста которых составила 63,4 [52,3; 75,2], длительность болезни – 5,86 [3,07; 11,4]лет, индекс массы тела (ИМТ) – 30,06 [23,1; 41,4] кг/м^2. Все пациенты получили в течение года 2 курса препарата Амбене®Био с интервалом в 6 мес. 7 пациентов с ОА мелких суставов (14,6%) получали препарат внутримышечно (1 группа). Пациенты с ОА крупных суставов были разделены следующим образом: получавшие Амбене®Биотолько внутримышечно (2 группа) – 30 человек (62,5%) или внутрисуставно и внутримышечно (3 группа) – 12 человек (22,9%). Интенсивность боли по ВАШ для 1 группы составила 60 [47; 70] мм, для 2 группы – 60 [40; 85] мм, для 3 группы – 70 [50; 90] мм. Индекс AUSCAN суммарный для 1 группы – 910 [609; 1488] баллов, индекс WOMAC суммарный для 2 группы – 137 [87; 180] баллов, для 3 группы – 119 [66; 177] баллов. Проводилась оценка этих показателей исходно, после 1 курса введения препарата, перед началом и после 2 курса инъекций и через год после 1 визита. Эффект лечения оценивался пациентом и врачом, а также по критериям OMERACT-OARSI. Кроме того, учитывались нежелательные явления и изменение дозы используемых НПВП.

Результаты и обсуждение. 47 пациентов (95,9%) выполнили все процедуры исследования, 2 (4,1%) пациентов выбыли из-за развития: аллергической реакции в месте введения (1) и синовита после внутрисуставного введения препарата (1). После 1 курса лечения отмечено уменьшение боли по ВАШ в 1 и 2 группе в 2 раза, в 3 – на 57%, суммарного индекса AUSCAN в 1 группе – на 49,3%, суммарного индекса WOMAC во 2 группе – на 44,9%, в 3 группе – на 53,2%. Через 6 мес. боль несколько наросла, но не до исходных значений, и уменьшилась после 2 курса в среднем еще на 20%. Через год интенсивность боли уменьшилась в 1 группе на 62,0%, во 2 группе – на 64,8%, в 3 группе – на 63,5%. Динамика суммарного индекса AUSCAN в 1 группе составила 34,4%, суммарного индекса WOMAC в 2 группе – 46,2%, в 3 группе – 51,3%. В целом подавляющее большинство больных во всех группах оценили эффективность Амбене®Био, как хорошую и отличную: после 1 курса лечения – 95,8%, после 2 курса – 87,2%, после года наблюдения – 50%. Отсутствие эффекта отмечено у 22,2% больных. Оценки врача и пациента были сходными. По критерию OMERACT-OARSI хороший и удовлетворительный эффект достигнут у 61,1% пациентов, неудовлетворительный – у 38,9%. Следует отметить, что если исходно НПВП принимали 28,6% пациентов 1 группы, 41,7% – 2 группы и 86,7% – 3 группы, то к концу исследования большинство больных (91,7%) отказались от анальгезирующей терапии.

Выводы. Применение в реальной клинической практике показало, что российский лекарственный препарат Амбене®Био является достаточно эффективным и безопасным средством лечения больных ОА крупных и мелких суставов, обладающим, в том числе, и обезболивающим действием. Преимуществом является инъекционная форма и курсовое применение, что сокращает возможность полипрагмазии у коморбидных пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Милош Б.А., Шишко В.В., Шульга Е.В., Гуляй И.Э.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить изменения показателей прооксидантно-антиоксидантного баланса в эритроцитах крови и их взаимосвязь с антропометрическими данными у пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материалы и методы. Обследованы 50 пациентов с СОАГС (основная группа) и 46 человек без СОАГС (контрольная группа). Средний возраст 50,4±8,6 лет. Группы не отличались по гендерному составу (p=0,92) и наличию сопутствующей патологии. Во всех группах преобладали лица мужского пола, что является доказанным фактором риска развития СОАС. Проводилось измерение окружности окружности шеи (ОШ), окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), рассчитывались ИМТ и отношение ОТ/ОБ. С целью выявления СОАС проводилось ночное респираторное мониторирование с использованием системы SOMNOchek micro (Weinmann, Германия). В эритроцитах крови на спектрофотометре «SOLAR» PV1251C (Беларусь) оценивалось содержание малонового диальдегида (МДА) при длине волны 535 нм и восстановленного глутатиона при длине волны 412 нм. Оценивалось соотношение МДА и восстановленного глутатиона (МДА/в. глутатион) в эритроцитах крови. Применялись методы непараметрической статистики.

Результаты. В основной группе среднее значение индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) составило 15,4±13,2/час (средняя степень тяжести). При этом пациенты данной группы характеризовались достоверно большими значениями ОШ (39.50 [37.89; 43.0] vs 38.0 [35.0; 41.0], p<0.001), ОТ/ОБ (0.94 [0.89; 0.99] vs 0.89 [0.83; 0.95], p<0.001) и ИМТ (30.4 [28.1; 34,0] vs 26.7 [22.6; 29.8], p<0.001), что свидетельствует о более частой встречаемости висцерального ожирения среди пациентов с СОАГС (χ^2=7,1; p=0,008). Выявлена связь абдоминального типа ожирения со степенью тяжести СОАГС: r=0,32; p=0,0014.

Содержание МДА в эритроцитах было выше в основной группе: 10,0 (7,6; 14,3) и 7,9 (6,3; 10,5), p<0,005. Была определена связь данного показателя со степенью тяжести апноэ во сне (r=0,35; p<0,005), а также с отношением ОТ/ОБ (r=0,25; p<0,005). Значение МДА/в. глутатион в эритроцитах крови было ассоциировано с индексом апноэ/гипопноэ (r=0,39; p<0,005), а также с индексом десатурации (r=0,29; p<0,05). Выявлена взаимосвязь данного показателя с ОШ (r=0,26; p<0,05), ОТ/ОБ (r=0,29; p<0,005).

Выводы. У пациентов с СОАС развиваются окислительные повреждений мембран эритроцитов, ассоциированные со степенью тяжести апноэ во сне, со снижением сатурации крови, а также со степенью висцерального ожирения при СОАГС. Полученные данные свидетельствуют об усилении гипоксии организма при наличии абдоминального ожирения. Показатель МДА/в. глутатион может быть рассмотрен в качестве маркера данных изменений при СОАС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Мирахмедова Х.Х., Мухаммадиева С.М., Абдуазизова Н.Х., Аликулов С.Х.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность альфакальцидола (минеральф) в лечение остеопороза у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы. Исследование проводилось в ревматологическом отделение многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование были включены 46 пациентов АС, соответствовавших Нью-Йоркским модифицированным критериям 1984 г. Было обследовали 39 мужчин и 7 женщин, медиана возраста пациентов составила 35 (от 23 до 66 лет) года. Длительность заболевания на момент исследования была равна 10,5 (от 1 до 36 лет) года. Все больные были разделены на две группы в зависимости от применяемой терапии: в первой группе пациенты (n=24) ежедневно принимали минеральф 0,5мкг 1раз в сутки, во второй группе (n=22) получали кальций карбонат 1000 мг/сут. У всех больных оценивали общепринятых клинических и лаборатор-

ных исследований и проводилась рентгенография позвоночника и костей таза, рентген остеоденситометрия поясничного отдела (ПО) позвоночника (LI–IV) и шейки бедренной кости (ШБК). Период наблюдения за больными составил 6 мес. Исходно, через 3 и 6 мес. всем больным проводилось клиническое исследования на эффективность и переносимость препаратов. Клиническое исследование дополнялось оценкой боли при активных и пассивных движениях в суставах и позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определением индекса BASDAI, ASDAS-СРБ, уровнем С-реактивного белка (СРБ).

Полученные данные были внесены в компьютерную программу Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) для последующей статистической обработки.

Результаты. По результатам денситометрии у 48% пациентов с АС медиана Z-критерия составила: -0,6 (-1,2; -0,4) SD для ШБК и -0,9 [-1,6; -0,6] SD для ПО позвоночника. Сниженная минеральная плотность кости (МПК) хотя бы в одном исследуемом отделе была выявлена у 18,5% больных. У 21 (14,0%) пациента имелась сниженная костная масса в ПО, у 8 (5,3%) – в ШБК. У 2 больных диагностирована сниженная МПК в двух исследуемых отделах. Остеопенический синдром чаще выявлялся у пациентов, имеющих высокую активность, длительность заболевания более 5 лет, получающих глюкокортикостероиды и имеющих низкий показатель индекса массы тела. Клинически остеопороз при АС проявлялся болями в костях и позвоночнике, снижением мышечной силы, переломами трубчатых костей и позвоночника. При оценке динамики клинических и лабораторных показателей МПК в течение 6 мес. во второй группе не отмечалось статистически значимые изменения. В первой группе через 6 мес. наблюдалось достоверное ($p<0,05$) уменьшение боли при движениях по ВАШ с 25,1 до 68,3 мм ($p<0,05$). Также в первой группе в процессе лечения уменьшились боли в позвоночнике через 3 и 6 мес. и концентрации СРБ через 3 мес. по сравнению со второй группой ($p<0,05$). При сопоставлении переносимости препаратов кальций карбонат чаще вызывал нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта чем минеральф (6,4% и 2,8% соответсвенно).

Выводы. Минеральф в дозе 0,5 мкг в сутки является препаратом выбора в лечении остеопороза при АС. Препарат достоверно увеличивает прочность костной ткани, увеличивает мышечную силу, уменьшает боли в костях и позвоночнике. Монотерапия препаратами кальция в дозе 1000 мг в сутки недостаточно влияет на клинические проявления остеопороза.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Мирзаева Д.А.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель работы. Оценка клинической картины остеоартроза у лиц с ожирением в сравнении с нормальной массой тела.

Материал и методы. В исследование включены 68 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст составил 55 год. 17 больных (25%) были в возрасте от 41 до 50 лет, 32 больных (47%) – 51-60 лет, 19 больных (28%) – 61-70 лет. Больные были разделены на две группы в зависимости от наличия у них ожирения. В 1-группу (40 больных – 59%) включили пациентов с ожирением различной степени.Индекс массы тела (индекс Кетле) измеряли по формуле: МТ (кг)/рост^2(м). В зависимости от ИМТ учитывали следующие градации показателей: 25-29,9 кг/м^2-избыточная МТ; ≥30 кг/м^2 – I степень ожирения, 30-35 кг/м^2 – II степень и >35 кг/м^2 – III степень ожирения.

Вторую группу (контрольную) составили больные без ожирения (28 больных – 41%).

Из факторов риска – наследственная предрасположенность, специфические профессии, факторы окружающей среды (переохлаждение, нарушение экологического равновесия, действие химических веществ, род занятий и физическая активность на работе) имели место у 58 пациентов (85%).

Среди больных преобладали женщины – 54 больных (79%) и лица сельского населения (44 пациентов, 65%). Средняя продолжительность заболевания колебалась от 1 года до 21 лет: давность заболевания от 1 года до 5 лет была у 28 пациентов (41%), 6-10 лет – у 32 (47%), больше 10 лет – у 8 пациентов (12%).

Результаты и обсуждения. Полученные данные подтверждают взаимосвязь между ИМТ и коморбидностью и тяжестью остеоартроза. При обследовании пациентов I группы избыточная МТ ожирения была выявлена у 4 (10%) пациентов, I степень – у 8 (20%), II степень – у 18 (45%), III степень – у 10 (25%) пациентов. У пациентов 1 – группы наблюдались следующие изменения со стороны суставов: уменьшение объема движений в суставах наблюдалось у 32 пациентов (80%), болезненность при пальпации – у 28 пациентов (70%), припухлость – у 31 пациента (77%). Такой клинический симптом как крепитация был обнаружен у 33 пациентов (83%).

Утренняя скованность беспокоила 74% исследуемых, ограничение движения в суставах наблюдалось у 87% больных, а нарушение функции ходьбы имело место у 79% пациентов. У пациентов контрольной группы были выявлены: уменьшение объема движений в суставах наблюдалось у 13 пациентов (48%), болезненность при пальпации - у 8 пациентов (29%), припухлость – у 4 пациента (14%), крепитация была обнаружена у 3 пациентов (11%), утренняя скованность у 58% исследуемых, ограничение движения в суставах наблюдалось у 71% больных. При изучении рентгенологической стадии остеоартроза было выявлено, что III и IV стадия болезни чаще наблюдалась у больных с ожирением.

Вывод. Полученные нами данные подтверждают важную роль ожирения как фактора риска развития ОА и утяжеления клинического течения заболевания. Повышенная масса тела – МТ(ИМТ более 25) ассоцировался с повышенной частотой развития ОА, а при ИМТ более 27,5 отмечено рентгенологическое прогрессирование остеоартроза. Результаты зарубежных и собственных исследований подтверждают, что снижение МТ является одним из главных факторов профилактики и контроля прогрессирования ОА, а создание программ по снижению МТ основная задача в профилактике начала и/или прогрессирования остеоартроза.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ПОСТУРАЛЬНО-ПЕРЦЕПТИВНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Мирзаева Л.М., Лобзин С.В., Голдобин В.В., Лобзина А.С.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. Жалоба на головокружение – одна из самых частых жалоб при обращении к неврологу, уступающая по частоте только головной боли и болям в спине. Наряду с органическими причинами головокружений, значительная часть их, как на амбулаторном приеме, так и при стационарном наблюдении (в том числе при экстренной госпитализации), приходится на функциональные головокружения. К таким головокружениям относится персистирующее постурально-перцептивное головокружение (ППГП), несколько лет назад выделенное в отдельный синдром.

Цель исследования. Оценить клинические характеристики ППГП.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациентов, соответствовавших критериям ППГП, проявлявшегося в виде нечеткости, «расфокусировки» зрения, затуманенности, ощущения покачивания, «легкости» в голове. Пациенты жаловались на ощущение, будто они идут по неровной поверхности, на постоянные мысли о том, что могут упасть и попасть в неловкое положение даже в тех случаях, когда не было ни одного эпизода падения, дискомфорт в больших помещениях, в общественном транспорте, на открытых площадях или при рассматривании узорчатых поверхностей, усиление или провокацию возникновения головокружения при движении шеей, переходе в вертикальное положение. Почти постоянными симптомами, беспокоящими больных, были нарушение сна, усталость, снижение концентрации внимания.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных было 27 женщин и 2 мужчины. Средний возраст составил 43,1-13,2 лет, а средняя длительность существования симптомов на момент наблюдения – 27 месяцев.

В 62% случаев заболеванию предшествовало внезапно развившееся системное головокружение, вызванное патологией вестибулярного аппарата (в 11 случаях (37,9%) – вестибулярный нейронит, в 7 случаях (24,1%) доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение). В 38% заболевание дебютировало с функционального нарушения – в 9 случаях (31,0%) – приступ панической атаки, у 2-х пациентов (7,0%) головокружение развилось непосредственно в структуре тревожного расстройства. Согласно проведенному обследованию с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), клинически выраженная тревога (более 11 баллов) наблюдалась во всех 29 случаях (100%); в 13 случаях из них (44,8%) отмечалось тревожно-депрессивное состояние (клинически выраженная депрессия более 11 баллов). Избегающее поведение (ограничение использования общественного транспорта, избегание мест скопления людей) наблюдалось у 16 пациентов (55,2%).

При проведении дополнительных методов обследования (МРТ головного мозга, дуплексное сканирование экстракраниальных артерий и вен), у 17 пациентов (58,6%) было выявлено низкое расположение миндалин мозжечка – на уровне большого затылочного отверстия; у 21 пациента (72,4%) обнаружено затруднение венозного оттока из полости черепа.

Выводы. Таким образом, у всех пациентов выявлены симптомы тревоги/депрессии, достигающие клинической степени выраженности. При лечении ППГП представляется обоснованным использование противотревожной и антидепрессивной терапии, наряду с применением венотонизирующих препаратов. Однако необходимо проведение дальнейшего исследования для уточнения патогенетиче-

ских механизмов и роли тревоги и психологической дезадаптации больных в развитии ППГ.

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Миронов А.А., Финагеев С.А., Шкода Д.А.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Провести анализ анемического синдрома у больных с псориатическим артритом в зависимости от клинических особенностей заболевания.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование 43 выписных эпикризов пациентов, проходивших лечение в отделении ревматологии в ГУЗ «ГКБСМП № 25» в 2017 году. Для обработки статистических данных использовалась программа Excel 2016.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования были выделены три группы пациентов с псориатическим артритом: полиартритический вариант – 14 человек (32,6%), олигоартритический вариант – 5 человек (11,6%), спондилоартритический вариант – 24 человек (55,8%). У 18 больных (41,8%) выявлена анемия. Высокая активность артрита наблюдалась преимущественно у лиц 1 (полиартритический вариант) и 3 (олигоартритический вариант) группы, соответственно у 14 (32,6%) и 24 (55,8%) пациентов.

В 1 группе (полиартритический вариант) 14 (32,6%) пациентов, лиц мужского пола – 7 (50%), женского – 7 (50%). Анемия выявлена 7 человек (50%). Средний уровень гемоглобина в этой группе составил 70 г/л (средняя степень тяжести анемии). Терапию глюкокортикоидами (ГК) получали 21,42% (3), метотрексатом 57,14% (8) пациентов. Средняя доза метотрексата 15 мг в неделю.

Во 2 группе (олигоартритический) – 5 (11,6%) пациентов, лиц мужского пола – 2 (40%), женского – 3 (60%). Средний уровень гемоглобина в этой группе составил 132 г/л. Терапию гормональными препаратами получали 20% (1), метотрексатом 40% (2), сульфасалазином 60% (3) пациентов. Средняя доза метотрексата 15 мг в неделю, сульфасалазина – 500 мг/день.

В 3 группе (спондилоартритический) 24 (55,8%) пациента, лиц мужского пола – 13 (55%), женского – 11 (45%). Анемия выявлена у 11 человек (46%). Средний уровень гемоглобина в этой группе составил 78 г/л (средняя степень тяжести анемии). Терапию гормональными препаратами получали 42% (10), метотрексатом 42% (10), ГИБП 16% (4) пациентов. Средние дозы: ГК – 2,2 т/сутки, метотрексата 15мг/неделю, сульфасалазина 500 мг/день, инфликсимаба 300 мг.

Выводы. Таким образом, более высокая активность заболевания отмечена у больных с полиартритическим и спондилоартритическим вариантами псориатического артрита. При этих фенотипах болезни чаще диагностирована средняя степень тяжести анемического синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Мордасова В.И., Копылова Д.В.
Воронежская областная клиническая больница,
г. Воронеж

Несмотря на активные исследования по изучению инфекции COVID-19, к сожалению, сведения о клинических особенностях, профилактике и лечении ограничены. Еще меньше данных о клинике и течении заболеваний у пациентов с хроническими заболеваниями пищеварительного тракта. Известно, что у пациентов с Covid-19 выделяют 2 вида симптомов: «наиболее распространенные» (лихорадка, кашель, слабость, боли в мышцах, одышка) и «менее распространенные» (в т.ч. гастроинтестинальные).

Цель исследования. Проанализировать частоту и характеристику гастроэнтерологических симптомов у пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. В наблюдении участвовало 96 пациентов в возрасте от 20 до 48 лет, поступивших в гастроэнтерологическое отделение. Из них, 56 больных с клиникой хронического панкреатит: наличием болевого абдоминального синдрома, тошноты, рвоты, диареи, а 40 пациентов с клиникой НАЖБП, характеризующейся слабостью, периодически тошнотой. Всем пациентам при поступлении проведено обследование согласно стандартам: УЗИ органов брюшной полости, определение уровней панкреатической амилазы, липазы, С-реактивного белка, ферментов цитолиза и холестаза, триглицеридов. Лечение назначено согласно клиническим рекомендациям и стандартам.

Однако, в сроки от 2 до 3 дней у ряда пациентов (у 19 – с клиникой хронического панкреатита и у 12 с клиникой НАЖБП) появились жалобы на отсутствие обоняния, субфебрилитет, респираторные симптомы. Были с взяты мазки из ротоглотки на выявление РНК SARS-COVID-19 и получены положи-

тельные результаты. Пациенты проконсультированы врачом-инфекционистом. Был выставлен диагноз: «Новая коронавирусная инфекция».

Результаты и обсуждение. По данным нашего наблюдения в период манифестации симптомов новой коронавирусной инфекции чаще всего превалировала клиника НАЖБП (30%) и хронического панкреатита (26,8%).

Выводы. Таким образом, необходимо помнить, что особенностью инфекции COVID-19 является высокая частота гастроэнтерологических симптомов, обусловленная поражением органов пищеварения вирусом.

ЧАСТОТА ПАТОГНОМОНИЧНЫХ СИМПТОМОВ И ИХ СОЧЕТАНИЙ ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Морозов М.В., Копылов В.Г., Маковеева О.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. определение частоты патогномоничных симптомов, их сочетаний у пациентов с легкой степенью новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 40 добровольцев в возрасте от 20 до 30 лет с подтвержденными (ПЦР) случаями новой коронавирусной инфекции (НКИ), проходивших стационарное обследование и лечение в инфекционном отделении Филиала №1 ФГКУ «419 военный госпиталь» (г. Ейск, Краснодарский край) и медицинском центре «Патриот» (г. Кубинка, Московская область). У всех пациентов заболевание протекало в легкой форме по типу острой респираторной вирусной инфекции. В анкете были перечислены все известные симптомы НКИ. Респондентам необходимо было отметить симптомы, возникшие в ходе течения заболевания. Все полученные данные были обработаны статистически. Симптомы НКИ и их сочетания считали «очень частыми», если они были указаны в более 60% случаев; «частыми», если они встречались в 30% до 60% случаев; «нечастыми» считали симптомы, встречавшиеся менее чем в 30% случаев.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что «очень частые» симптомы у больных COVID-19 это: повышение температуры (в 87,5% случаев), озноб (в 77,5% случаев), слабость (в 75% случаев). В 65% случаев выявлены головная боль, аносмия, ощущение жара. Несколько реже выявлялись следующие симптомы («частые»): сухой кашель, ломота или боль в суставах (в 52,5% случаев), потеря вкуса (в 45% случаев), кашель с мокротой, снижение аппетита (в 40% случаев). К «нечастым» жалобам были отнесены: насморк, «заложенность» носа, боль в горле при глотании, потливость, мышечные боли, нарушения сна, ощущение сердцебиения, одышка, диарея, боль или чувство сдавления в груди.

Мы выделили самые часто встречающиеся сочетания симптомов. Так, в 90% случаев встречалось сочетание лихорадки с ознобом. Менее часто выявлены такие сочетания, как головная боль и слабость, аносмия и снижение аппетита (в 49% случаев), аносмия и дисгевзия (в 45% случаев). Реже всех встречались сочетания мышечной боли с ломотой в суставах (в 30% случаев) и головной боли с нарушениями сна (в 27,5% случаев). При этом отмечено, что при возникновении дисгевзии в 100% случаях имела место аносмия. В случаях, когда пациента беспокоила аносмия, наблюдалось снижение аппетита (в 60% случаев). Аносмия не сочеталась с насморком и «заложенностью» носа.

На основании проведенного анализа анкет пациентов считаем, что, несмотря на наличие частых патогномоничных симптомов и их сочетаний, НКИ может протекать в разных вариациях клинических проявлений, что затрудняет в ряде случаев первичную диагностику. Таким образом, необходимо дальнейшее накопление и систематизация клинических проявлений у пациентов с НКИ различной степени тяжести для определения их диагностической и прогностической ценности.

Выводы. 1. Очень частые симптомы легкой степени новой коронавирусной инфекции: лихорадка, слабость, аносмия, головная боль. 2. Аносмия чаще всего сопровождается дисгевзией, но редко сочетается с насморком и «заложенностью» носа. 3. Наиболее частыми сочетаниями симптомов являются лихорадка с ознобом, головная боль со слабостью, аносмия со снижением аппетита и аносмия с дисгевзией.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИЗОСМИИ И ДИСГЕВЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Цель исследования. Определение частоты возникновения обонятельной дисфункции (дизосмии) и нарушений вкусовой чувствительности (дис-

гевзии) у пациентов с легкой степенью новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Нами проведено анкетирование 40 добровольцев в возрасте от 20 до 30 лет с подтвержденными (ПЦР) случаями новой коронавирусной инфекции (НКИ), проходивших стационарное обследование и лечение в инфекционном отделении Филиала №1 ФГКУ «419 военный госпиталь» (г. Ейск, Краснодарский край) и медицинском центре «Патриот» (г. Кубинка, Московская область). У всех пациентов заболевание протекало в легкой форме по типу ОРВИ. Респондентам необходимо было отметить в анкете наличие симптомов в дебюте НКИ, в том числе, дизосмии и дисгевзии, время их появления и длительность. Результаты были обработаны статистически.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что дизосмия встречалась у 65% пациентов с легкой степенью НКИ. Дисгевзия имела место в 45% случаев. Более, чем у половины пациентов с дизосмией наблюдалась дисгевзия (в 69% случаев). При этом отмечено, что у всех пациентов с дисгевзией была и дизосмия. Дизосмия, как правило, не сочеталась с насморком и «заложенностью» носа. В 7,5% случаев дизосмия и дисгевзия были единственными симптомами НКИ легкой степени. Эти два симптома у 43% пациентов были первыми проявлениями НКИ, еще до появления других симптомов (головная боль, повышение температуры тела, боль в горле и т.д.). Дизосмия и дизгевзия совпадали по времени возникновения; в 90% случаев сохранялись на протяжении всего заболевания (от 10 до 14 дней) и медленно регрессировали после выздоровления.

Обонятельная дисфункция, по данным литературы, является одним из самых частых и специфичных симптомов в дебюте заболевания (в более 60% случаев), и предлагается рядом авторов в качестве диагностического теста для выявления пациентов НКИ. Дизосмия может проявляться в виде аносмии и гипосмии. Механизмы обонятельной дисфункции у пациентов с НКИ до конца не изучены. Считают, что появление дизосмии может свидетельствовать о вирусном поражении опорных (сустентакулярных) цилиндрических клеток, входящих в состав периферической части обонятельного анализатора, расположенных в слизистой оболочке верхнего носового хода. Выявлено, что на поверхности сустентакулярных клеток, которые поддерживают обонятельные нейроны, располагается большое число рецепторов ангиотензин-превращающего фермента 2 (ACE2), являющихся «входными» воротами для вируса. Дисгевзия также может быть представлена как агевзией (полным отсутствием вкуса), так и гипогевзией (снижением вкусовой чувствительности).

Как известно, в хеморецепторах языка возбуждение возникает в результате пищевых, обонятельных и зрительных раздражителей (вкус, вид, запах пищи). Нарушения обоняния часто сопровождаются нарушениями вкуса. Ряд исследователей показали, что дизосмия и дисгевзия часто происходят одновременно, что связывают также и с развитием воспаления и повышением в крови уровня интерлейкина-6.

Выводы. 1. Дизосмия и дисгевзия являются в большинстве случаев «маркером» дебюта легкой степени НКИ. 2. Дизосмия, как правило, сопровождается дисгевзией. 3. Возникновение и восстановление обоняния и вкуса происходят практически одновременно. 4. Длительность течения этих симптомов составляет минимум 10 дней.

КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ» КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Москалева П.В.[1], Петрова М.М.[1], Шнайдер Н.А.[1,2], Насырова Р.Ф.[2]
[1]Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск,
[2]Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Цель. Анализ исследований, посвященных проблеме коморбидности артериальной гипертонии (АГ) и головной боли напряжения (ГБН).

Материал и методы. Был проведен поиск публикаций на русском и английском языках в базах данных E-Library, PubMed, Springer, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Clinicalkeys, используя ключевые слова и их комбинации (головная боль напряжения, артериальная гипертония, распространенность, характер течения, патогенез, диагностика, терапия, коморбидность, фенотип) за последние 10 лет.

Результаты и обсуждение. В мире АГ страдают 20-30% взрослого населения. ГБН – наиболее распространенная форма первичной головной боли (ГБ). Распространенность ГБН в мире – 40-80%. Анализ исследований показал, что 53,7% пациентов с АГ предъявляют жалобы на ГБ и у 30,7% пациентов с ГБ в анамнезе есть АГ. При ГБН распространенность АГ в 1,9 раза выше, чем при мигрени. Результаты демонстриру-

ют наличие у участников исследований, включенных в обзор, двух отдельных, но высоко коморбидных нозологий (АГ и ГБН). При оценке методологии исследований выяснено, что разногласия в результатах объясняются: различным дизайном и характеристиками выборки (степень и профиль АГ, продолжительность АГ и ГБН). Нет прямой связи ГБ с повышением АД при АГ легкой степени. Цифры АД во время/до/после приступа ГБН не отличаются. При эпизодической ГБН распространенность АГ ниже, чем при хронической.

Основные терапевтические проблемы связаны с низкой комплаентностью пациентов: не соблюдением рекомендаций по ведению дневников АД и ГБ, самолечением и/или неконтролируемым приемом препаратов. При выборе терапии клинического фенотипа «АГ+ГБН» важно достичь баланса между эффективностью и безопасностью, поскольку головная боль может приводить к повышению АД, но и ряд гипотензивных препаратов может спровоцировать ГБ. С другой стороны, препараты для лечения ГБН (НПВС, антидепрессанты, противоэпилептические, ингибиторы ЦОГ-2 и др.) могут приводить к росту АД.

Выводы. Фенотип «АГ+ГБН» нуждается в дальнейшем изучении, поскольку его частота достаточно высока. Это позволит разработать персонализированный подход к профилактике и терапии приступов ГБН у пациентов с АГ, снизить риск жизнеугрожающих сердечно-сосудистых осложнений и избежать ятрогенных осложнений. Основным путем профилактики развития фенотипа «АГ+ГБН» является комплаентность пациента, что можно обеспечить применением комбинированных гипотензивных препаратов, соответственно, снизив число таблеток и приемов. Важно учитывать возможные нежелательные реакции со стороны нервной системы (абузусная головная боль или утяжеление ГБН).

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫМ ТОРАКО-ДИАФРАГМАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Москалюк О.Н.[1], Чалая Л.Ф.[1], Налетов А.В.[1], Разгонов В.И.[2], Волковая Э.И.[2]
[1]Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
[2]Городская детская клиническая больница №1 г. Донецка,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Изучить особенности процессов реполяризации миокарда у детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) с диспластикозависимым торако-диафрагмальным синдромом (ТДС).

Материалы и методы. Обследовано 126 детей в возрасте от 7 до 17 лет с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). В основную группу вошли 85 пациентов с ТДС, в группу сравнения – 41 ребенок без ТДС.

Диагноз ДСТ устанавливался на основании клинико-биохимических критериев (Национальные рекомендации РНМОТ по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани, 2015). Обследование проводилось с применением аппарата для ЭКГ мониторирования по Холтеру «Cardiospay ЕС-3Н/АВР».

Результаты и обсуждение. При проведении Холтеровского мониторирования ЭКГ нарушения процессов реполяризации зарегистрированы у 107 (84,9±3,2%) детей с ДСТ, что в 2,1 раза превышало выявляемость реполяризационных изменений при проведении стандартной ЭКГ покоя.

При этом депрессия сегмента ST зарегистрирована у 52 (41,3±4,4%) пациентов, снижение амплитуды зубца Т – у 46 (36,5±4,3%), повышение амплитуды зубца Т – у 6 (4,7± 1,9%), синдром ранней реполяризации желудочков – у 3 (2,4±3,2%).

Частота выявления реполяризационных изменений у детей с ТДС была достоверно выше, чем у пациентов без ТДС – 81 (95,3±2,3%) и 26 (63,4±7,5%) случаев, соответственно ($p<0,01$). В том числе депрессия сегмента ST до 1 мм в группе с ТДС зарегистрирована у 43 (50,6±5,4%) детей, без ТДС – у 9 (21,9±6,5%), отличие статистически значимо – $p<0,01$. В подавляющем большинстве случаев имела место косовосходящая депрессия сегмента ST до 1 мм (0,1 мв) по отношению к изоэлектрической линии, в 5 (3,9±1,7%) случаях – горизонтальная депрессия до 1 мм (0,1 мв). Указанные изменения исчезали или уменьшались при проведении калий-обзидановой пробы, что свидетельствовало об их симпатикозависимом характере.

Проведение пробы Руфье во время Холтеровского мониторирования ЭКГ позволило выявить латентные изменения, регистрируемые только на фоне физической нагрузки. Латентные нарушения процессов реполяризации имели место у половины пациентов, в том числе депрессия сегмента ST была выявлена у 32 (37,7±5,3%) детей с ТДС и у 3 (7,3±4,1%) – без ТДС (отличие статистически значимо – $p<0,01$). При этом том у 15 (17,6±5,2%) пациентов основной группы, имевших удовлетворительный коэффициент Руфье, зарегистрирована косовосходящая или горизонтальная депрессия сегмента ST до 1 мм. В группе сравнения с таким же коэффициентом Руфье косовосходящая депрессия сегмента ST имела место в 3 (7,3±5,1%) слу-

чаях (p<0,01). Помимо этого, косовосходящая депрессия сегмента ST до 1 мм зарегистрирована у 17 (20,0±5,4%) детей со средними значениями коэффициента Руфье.

Выводы. Таким образом, у детей с ДСТ, имеющих ТДС, нарушения процессов реполяризации выявляются в 95,3% случаев, при этом у половины пациентов изменения регистрируются только при физической нагрузке. Данные нарушения необходимо учитывать при выборе объема физической нагрузки детям с диспластикозависимым ТДС.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Мунасипова А.Д., Голдобин В.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Выявление и классификация речевых нарушений у пациентов с Болезнью Паркинсона.

Материалы и методы. Были обследованы 9 пациентов (5 мужчин и 4 женщин), средний возраст которых 68 лет (от 58 до 81 года), со стадиями 1-3 по Хен и Яру (5 пациентов с 3 ст., трое – со 2 ст. и один – с 1 ст.). Среди данной группы больных наиболее часто встречалась смешанная форма (6 случаев), реже – дрожательно-ригидная (2 случая) и дрожательная формы (1 случай). Были использованы следующие шкалы: MMSE, MoCA, батарея лобной дисфункции, госпитальная шкала тревоги и депрессии, NIHSS, тест оценки дизартрии.

Результаты и обсуждение. По данным тестирований были получены следующие результаты. Легкая степень дизартрии наблюдалась у 7 пациентов, среди них выявлено 5 случаев снижения когнитивных функций (преддементные когнитивные нарушения, деменций легкой и средней степени), 4 случая лобной дисфункции, у четырех больных отмечаются клинически и субклинически выраженные проявления тревоги и депрессии, в том числе, верхняя граница нормы. У пациентов без дизартрии выявлены преддементные когнитивные нарушения, а также, в одном случае – субклинически выраженная депрессия.

Выводы. Наиболее часто в обследованной группе дизартрия сочеталась с когнитивными нарушениями. Среди опрошенных пациентов нарушение речевой функции встречалась не только как проявление гипокинеза, но и вследствие когнитивных и аффективных (тревога и/или депрессия) расстройств, явлений лобной дисфункции.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕПРИНЯТЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Муравьев Ю.В., Лебедева В.В., Глухова С.И., Литвинова М.А., Головина О.А., Вознюк К.О., Седельникова М.А.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить возможность применения таких общепринятых гематологических индексов, как отношением нейтрофилов к лимфоцитам (НЛО), тромбоцитов к лимфоцитам (ТЛО) в качестве маркеров воспалительной активности ревматических заболеваний.

Материал и методы. В исследование были последовательно включены находившиеся на лечении в клинике НИИР ревматологии им. В.А. Насоновой 170 больных: 33 (женщин 29, мужчин 4; средний возраст 35,3±12,1 лет) – болезнью Стилла взрослых (БСВ), соответствующих критериям Yamaguchi (1992); 45 (женщин 30, мужчин 15; средний возраст 41,3±12,0 лет) – псориатическим артритом (ПсА), соответствующих критериям CASPAR (2006); 31 (женщин 16, мужчин 15; средний возраст 47,6±14 лет) – системными васкулитами (СВ); 30 (женщин 23, мужчин 7; средний возраст 50,2±7,2 лет) ревматоидным артритом (РА), соответствующих критериям ACR/EULAR (2010), 31 больной (женщин 14, мужчин 17, средний возраст 36,1±9,2 лет) активной болезнью Бехчета (ББ) соответствующей критериям ISBD1990 г. Контрольную группу (КГ) составили 59 (женщин 23, мужчин 36; средний возраст 31,6±7,2 лет) здоровых доноров. Провели сравнительный анализ скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ) с НЛО, ТЛО, числом тромбоцитов, лейкоцитов, нейтрофилов и лимфоцитов, использовав t-критерий Стьюдента и критерий χ^2 Пирсона. Для определения взаимного влияния этих показателей использовали корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. У всех включенных в исследование больных отмечено достоверное увеличение НЛО; при БСВ, ПсА, СВ, РА достоверное увели-

чение ТЛО, числа тромбоцитов и нейтрофилов; при БСВ, ПсА, СВ – числа лейкоцитов, при РА – снижение числа лимфоцитов. Получены статистически значимые корреляции НЛО с показателями СОЭ (r=0,409) и СРБ (r=0,464) при ПсА; с показателями СОЭ (r=0,379) и СРБ (r=0,392) при РА. Показатель НЛО при ББ был статистически значимо выше показателя НЛО в КГ (p=0,001), но не коррелировал с СОЭ и СРБ. Получены статистически значимые корреляции ТЛО с показателями СОЭ (r=0,364) и СРБ (r=0,34) при ПсА; с показателями СОЭ (r=0,389) и СРБ (r=0,384) при СВ; с величиной СОЭ (r=0,453) при РА. Показатель ТЛО при ББ был сопоставим с показателем ТЛО в КГ (p=0,434), коррелируя статистически значимо с СОЭ (r=0,396).

Выводы. Отношение нейтрофилов к лимфоцитам и тромбоцитов к лимфоцитам оказались информативными маркерами воспаления, перспективными для рутинного мониторинга воспалительных ревматических заболеваний в клинической практике.

ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОГЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Муравьева Н.В., Белов Б.С., Баранова М.М., Черкасова М.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить иммуногенность и безопасность 23-валентной пневмококковой полисахаридной вакцины (ППВ-23) у больных спондилоартритами (СпА).

Материалы и методы. В исследование включены 43 больных СпА (30 мужчин, 13 женщин, возраст 22-60 лет, длительность заболевания 14.9±10.1 лет). У 31 из них диагностирован анкилозирующий спондилит, у 12 – псориатический артрит. На момент включения в исследование у большинства пациентов активность СпА была высокой или умеренной. Все больные получали нестероидные противовоспалительные препараты, 15 – метотрексат, 10 – сульфасалазин, 6 – глюкокортикоиды, 2 – лефлуномид, 2 – этанерцепт, 2 – секукинумаб. 15 больным планировали назначение секукинумаба, 3 – этанерцепта, 3 – адалимумаба, 2 – голимумаба. 8 пациентов имели в анамнезе более 2 случаев инфекций нижних дыхательных путей, 2 больных сообщили о ежемесячном обострении хронического синусита, один пациент – о развитии отита каждые 2-3 месяца, требовавшие приема антибактериальных препаратов. ППВ-23 вводили в количестве 1 дозы (0.5 мл) подкожно в дельтовидную мышцу на фоне проводимой антиревматической терапии. Уровень антител к пневмококковому капсульному полисахариду определяли с помощью набора EIA PCP IgG (TestLine Clinical Diagnostics s.r.o., Czech Republic) перед вакцинацией, через 1, 3 и 12 месяцев после вакцинации.

Результаты. Медиана [25-й, 75-й перцентили] концентрации пневмококковых антител перед вакцинацией ППВ-23 составила 80.0 U/ml [35.2; 154.0], через 1 месяц – 160.1 U/ml [73.5; 245.7], через 3 месяца – 214.5 U/ml [103.2; 255.0], через 12 месяцев – 175.0 U/ml [120.1; 260.1]. Через 1, 3 и 12 месяцев после вакцинации концентрация антител к пневмококковому капсульному полисахариду была значимо выше по сравнению с исходными показателями (p=0.01, p=0.005 и p=0.01, соответственно). У 81.3% больных переносимость вакцинации была хорошей. Реакции в месте инъекции (боль, отек и гиперемия кожи до 2 см в диаметре), разрешившиеся самостоятельно через 1-5 дней, отмечены у 6 пациентов. У 2 больных зарегистрирована выраженная местная реакция в виде боли в руке, инфильтрата и гиперемии кожи до 8 и 15 см в диаметре соответственно, сопровождавшаяся у одного пациента субфебрилитетом в течение 2 дней, у другого – фебрильной лихорадкой в течение 3 дней. В обоих случаях указанные симптомы были полностью купированы после назначения парацетамола и антигистаминных препаратов. Обострения СпА и возникновения новых аутоиммунных расстройств не выявлено. За период наблюдения ни у одного больного не отмечено развития инфекций нижних дыхательных путей. Пациенты, страдающие частыми синуситами и отитами, сообщили об отсутствии указанных инфекций после вакцинации.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об удовлетворительной иммуногенности и хорошей переносимости ППВ-23 у больных СпА. Для более точной оценки иммуногенности и безопасности вакцины, а также изучения влияния антиревматической терапии на эффективность иммунизации необходимы дальнейшие исследования.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Мусикян С.С., Иваненко Т.А.
Московский государственный
медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова,
Москва

Актуальность. При неврите лицевого нерва развивается патологический процесс в области лица, при котором невротические расстройства резко снижают качество жизни пациентов затрагивая не только их физическую жизнь, но и оказывают отрицательное воздействие на психоэмоциональный уровень. Это одно из заболеваний, которое требует своевременного лечения, для предотвращения мышечной контрактуры лица. Поэтому данная нозология требует особого внимания при выборе тактики лечения.

Цель исследования. разработать метод лечения неврита лицевого нерва методами медицинской реабилитации для нормализации биомеханики мимических мышц.

Материалы и методы. Нами было обследовано 111 пациентов в возрасте от 34 до 49 лет с невритом лицевого нерва. Больным провели комплексное обследование: опрос, осмотр, пальпацию, функциональное мышечное тестирование мышц лица, психоэмоциональное тестирование. Были выявлены: одностороннее нарушение тонуса мышц лица, односторонний парез мимических мышц, снижение психоэмоционального тонуса. В течение 2 недель проводилось лечение по разработанному нами методу, включающему идеомоторные упражнения, метод PNF, Войт-терапию, упражнения через сопротивление, метод Кастильо Моралеса; тейпирование для парализованных мимических мышц с акцентов увеличения необходимой границы движения на несколько сантиметров. Тейп накладывался на 3-5-7 дней, и периодически, при необходимости корректировалось его положение.

Результаты и обсуждения. По окончанию курса лечения у всех пациентов наблюдалось улучшение состояния: наблюдалось восстановление работы мимических мышц, нормализовался их тонус и биомеханика, восстановилась симметрическая работа мимических мышц. Все пациенты перестали чувствовать мышечное напряжение при разговоре и жевании, улучшился их психоэмоциональный фон. Также всем пациентам были даны рекомендации касательно самостоятельного ежедневного профилактического использования метода и они были ему обучены.

Выводы. Разработанный нами метод позволил восстановить симметрическую работу мимических мышц, восстановить их тонус и функцию, улучшил психоэмоциальное состояние пациентов, таким образом повысив их качество жизни.

КОГНИТИВНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мухаммаджонова Д.М.[1], Маджидова Ё.Н.[2], Адамбаев З.И.[3]
[1]Андижанский государственный
медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан,
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан,
[3]Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Исследовать когнитивные вызванные потенциалы (КВП) у детей с детским церебральным параличом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 52 пациентов в возрасте от 9 до 17 лет (средний возраст 11,33±2,1 лет), из них 19 девочек, 33 мальчика. Всем больным проводили неврологическое обследование, при котором было выявлено ДЦП с гемиплегической формой 20 пациентов, ДЦП со спастической диплегией – 15 пациентов, с двойной гемиплегией – 10 пациентов и с атактической формой – 7 пациентов. Когнитивные изменения определяли исследованием КВП на аппарате Нейронспектр-5 (Нейрософт, Россия). КВП исследовали, выделяя комплексы Р300 на счет значимых звуковых стимулов, используя 12 каналов. Для оценки моторного компонента методика Р300 проводилась посредством нажатия клавиши при распознавании значимых слуховых стимулов. Для дальнейшего анализа брали усредненные значения латентности и амплитуды потенциала Р300.

Результаты и обсуждение. При анализе когнитивных нарушений у детей с ДЦП, исследуя КВП Р300, выявило следующие показатели: В группе с гемиплегической формой: латентность Р300 – 326,3 мс, амплитуда Р300 – 6,7 мкВ. В группе со спастической диплегией: латентность Р300 – 328,4 мс, Р300 – амплитуда – 7,4 мкВ. В группе с двойной гемиплегии: латентность Р300 – 332,4 мс, амплитуда Р300 – 8,5 мкВ. В группе с атактической формой: латентность Р300 – 336,6 мс, амплитуда Р300 – 8,1 мкВ.

Как видно из приведенных данных видно, что у больных с ДЦП когнитивные нарушения, выявляемые когнитивными вызванными потенциалами Р300, имеют недостоверную тенденцию к ухудшению по мере увеличения паретических конечностей – от гемиплегической и спастической диплегической формы к двойной гемиплегии и атактической форме. Это возможно объясняется площадью и выраженностью поражения головного мозга.

Вывод. При детском церебральном параличе когнитивные нарушения, выявляемые когнитивными вызванными потенциалами Р300, имеет тенденцию к ухудшению с увеличением паретических конечностей, от гемиплегической и спастической диплегической формы к двойной гемиплегии и атактической форме.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мухаммаджонова Д.М.[1], Маджидова Ё.Н.[2], Адамбаев З.И.[3]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Республика Узбекистан,
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан,
[3]Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Исследовать когнитивные нарушения у детей с детским церебральным параличом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 52 пациентов в возрасте от 9 до 17 лет (средний возраст 11,33±2,1 лет), из них 19 девочек, 33 мальчика. Всем больным проводили неврологическое обследование, при котором было выявлено ДЦП с гемиплегической формой 20 пациентов, ДЦП со спастической диплегией – 15 пациентов, с двойной гемиплегией – 10 пациентов и с атактической формой – 7 пациентов. Проводили следующие методы исследования: набор нейропсихологических проб по А.Р.Лурия для изучения состояния функций памяти, внимания, мышления [Лурия А.Р., 1969]; Нейропсихологические пробы по А.Р.Лурия (аспонтанность, инактивность, инертность, нарушенная селективности, нарушение критичности, снижение уровня обобщения, истощаемость, импульсивность, скоростные параметры) оцениваются от 0 до 3 баллов, причем, чем выше балл, тем хуже результат. Для упрощения анализа нейропсихологические пробы мы брали среднее значения суммы всех девяти проб. British Picture Vocabulary Scale (BPVS) – тест для оценки вербального интеллекта [Бурлачук Л.Ф., 2008]; тест Равена (Raven Progressive matrices) детский и подростковый варианты – для оценки невербального интеллекта [Бурлачук Л.Ф., 2008].

Результаты и обсуждение. При анализе когнитивных нарушений у детей с ДЦП выявило следующие показатели:

В группе с гемиплегической формой: нейропсихологические пробы – 1,62 балла, показатель вербального IQ составил 72,3 балла, невербального IQ – 21,2 процентиль.

В группе со спастической диплегией: нейропсихологические пробы – 1,81 балла, показатель вербального IQ составил 64,5 балла, невербального IQ – 19,4 процентиль.

В группе с двойной гемиплегии: нейропсихологические пробы – 2,0 балла, показатель вербального IQ составил 63,7 балла, невербального IQ – 18,9 процентиль.

В группе с атактической формой: нейропсихологические пробы – 2,2 балла, показатель вербального IQ составил 62,1 балла, невербального IQ – 12,4 процентиль.

Проведенные исследования выявили, что у больных с ДЦП среди когнитивных нарушений имели место различные расстройства функций памяти, внимания, мышления, а также вербального и невербального интеллекта. Причем, если у больных с гемиплегической формой когнитивные расстройства были на уровне нижней границы нормы, то по мере увеличения паретических конечностей – спастическая диплегия, двойная гемиплегии, когнитивные расстройства ухудшались и самые худшие показатели нарушений выявлялись у больных с ДЦП атактической формы. Это возможно объясняется площадью и выраженностью поражения головного мозга при различных формах ДЦП.

Вывод. При детском церебральном параличе когнитивные нарушения в виде расстройств функций памяти, внимания, мышления, а также вербального и невербального интеллекта, имеют тенденцию к ухудшению с увеличением паретических конечностей, от гемиплегической и спастической диплегической формы к двойной гемиплегии и атактической форме.

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ ДОНБАССА

Мухин И.В.[1], Ляшенко Е.Г.[2]
[1]Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
[2]Республиканский центр профпатологии и реабилитации,
г. Донецк, Украина

Доля пневмокониозов и пылевого хронического обструктивного заболевания легких (ПХОБЛ) в группе профессиональных заболеваний, индуцированных воздействием промышленных аэрозолей, достигает 42%.

Продолжаются поиски медикаментозных и не медикаментозных направлений лечения данной категории больных.

Цель исследования. Цель заключалась в сравнительном анализе эффективности 3-х летнего лечения с использованием трех режимов терапии.

В исследование включено 132 пациента ПХОБЛ, которые методом случайной выборки были распределены в 3 группы наблюдения, гомогенные по полу (все мужчины), возрасту, длительности и тяжести ПХОБЛ. 1-я подгруппа включала 45 пациентов, которые получали только базисную терапию продленным бета-2 агонистом и, при необходимости, ингаляционным кортикостероидом. 2-я группа (n=44) получала аналогичное лечение, но с проведением сеансов гипербарической оксигенации (ГБО) в барокамерах БЛКС-303МК. Курс включал 10 сеансов, величина избыточного давления 0,2-0,5, экспозиция изопрессии 30-40 мин. Сеансы повторяли дважды в год. 3-я группа (n=43) получала такое же медикаментозное лечение и сеансы гипокси-гиперокситерапии (ГГТ) (гипоксикатор «Тибет-4», «Newlife», Россия). В течение 3-х летнего периода наблюдения 15-ти дневные сеансы ГГТ повторяли дважды в год.

В работе использовали критерии эффективности лечения: «улучшение», «без изменений», «ухудшение».

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Statistica 6.0». Сравнения между группами больных проводили с использованием критерия Крускал-Уоллиса (KkW). За уровень значимости (p) принимали величину $p<0,05$.

При анализе эффективности терапии через 3 года оказалось, что у больных 3-ей группы на фоне ГГТ зафиксировано в 2 раза меньше неблагоприятных результатов лечения (критерий «ухудшение») (KkW=5,89, p=0,001), чем в группе 1. В группе 3 частота критерия «без перемен» была на 14,3% меньше (KkW=4,22, p=0,02), чем в группе 1 и на 8,2% меньше (KkW=4,06, p=0,03), чем в группе 2. Частота критерия «улучшение» в группе с ГГТ была на 14% выше (KkW=5,51, p=0,00), чем в группе 1 и на 9,2% (KkW=3,83, p=0,04), чем в группе с ГБО.

На эффективность лечения оказывали влияние такие факторы, как: пылевая этиология ХОБЛ (KkW=8,90, $p<0,001$), присутствие диастолической дисфункции левого желудочка по релаксационному или псевдонормальному типам (KkW=4,22, p=0,04), симпатическая гиперактивность (KkW=4,87, p=0,02), наличие и степень выраженности дилатации правого предсердия (KkW=4,52, p=0,03), наличие полиморфизма гена туморнекротического фактора альфа (KkW=6,40, p=0,0002), исходная тахикардия (KkW=5,45, p=0,01), присутствие аутоиммунных нарушений (KkW=4,06, p=0,04), исходная величина ОФВ1 (KkW=7,66, $p<0,003$) и диффузионная способность легких (KkW=5,10, p=0,01), гипервязкий синдром (KkW=4,54, p=0,03).

Таким образом, ГГТ как компонент длительного лечения ПХОБЛ, наряду с традиционным использованием бета-2 агониста продленного действия и ингаляционного кортикостероида, позволяет улучшить результаты лечения, которые превосходили как традиционное медикаментозное лечение, так и такое же с сеансами ГБО.

ИЗУЧИТЬ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ ИЕРСИНИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Набиева Д.А., Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучение особенностей клинической картины и течения ИА.

Материалы и методы. Под нашим наблюдениям находилось 48 больных с реактивными артритами иерсиниозной этиологии (16 мужчин и 32 женщин, средний возраст 32,4±3,8 года). Обследование включало в себя иммунологические, рентгенологические и бактериологические методы. В крови методом РНГА выявлялись антитела к Yersinia enterocolitica в 92,4% случаев, к Yersinia pseudotuberculosis – в 7,6% случаев в нарастающих титрах.

Результаты и обсуждение. За истекший период в клинике ИА преобладали: упорное течение заболевания, которое длилось до 6 месяцев, ассиметричное поражение суставов нижних конечностей – в 92,6%, наличие энтезитов (подошвенный фасциит, ахиллобурсит) – в 64%. Отмечены лихорадка, утренняя скованность у пациентов до 2 часов. При обследовании на рентгенограммах костей таза и МРТ-томографии подвздошно-крестцовых сочленений выявлен односторонний сакроилеит – в 54,6%, только у 40,4% пациентов заболеванию предшествовали боли в животе и расстройство стула. Среди внесуставных проявлений ИА отмечались: конъюнктивит – у 7,4%, колит – у 9,8%, узловатая эритема – у 17,3%. При наблюдении за пациентами через 2-3 года у 9,4% из них развился двусторонний сакроилеит и клинические признаки спондилоартрита. Диагноз подтвержден рентгенологически и по данным МРТ –томографии сакроилеальных сочленений.

Выводы и заключение. Таким образом, в настоящее время сроки течения ИА остаются длительными. Необходимо динамическое наблюдение за пациентами для предотвращения развития спондилоартрита, которое может привести к инвалидизации больных.

ПРИМЕНЕНИЕ β2-МИКРОГЛОБУЛИНА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нагибович О.А., Шипилова Д.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить диагностическое значения β2-микроглобулина (β2-MG) для неинвазивной диагностики и оценки поражения почек у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 72 пациента с СД 2 типа, осложненным хронической болезнью почек (ХБП) 1-4 стадиями с уровнем экскреции альбумина с мочой А1-А3, которые были распределены на две группы в зависимости от наличия признаков ХБП: 1-я – 36 пациентов (25 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 52 до 60 лет с продолжительностью СД от 5 до 8 лет, у которых определялась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) выше или равная 60 мл/мин/1,73м^2 и уровнем альбумин-креатининового (А/Кр) соотношения мочи от 0,3 до 2 мг/ммоль. 2-я – 36 больных (27 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 49 до 64 лет с продолжительностью СД от 5 до 12 лет, у которых определялась СКФ ниже 60 мл/мин/1,73м^2 и уровнем А/Кр соотношения мочи от 6 до 42,5 мг/ммоль. Группу сравнения составили 36 практически здоровых лица. Пациенты, включенные в исследование, были сопоставимы по основным антропометрическим показателям, компенсации углеводного обмена и показателям центральной гемодинамики. Диагноз ХБП устанавливали на основании определения СКФ (CKD-EPI) и А/Кр соотношения в соответствии с рекомендациями международного общества нефрологов. Уровень β2-MG измеряли в сыворотке крови и моче методом ИФА, наборами фирмы «Orgentec» (Россия) на анализаторе «VictorTMX» фирмы «PerkinElmer» (США). Референтные значения для β2-MGв сыворотке составили 0-3,0 мкг/мл, в моче – 0-0,3 мкг/мл.Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с использованием программ Statistica 10 и включала методы вариационной статистики, корреляционный анализ с применением непараметрических критериев (Манна-Уитни, ро-Спирмена). Результаты представлены в виде Me [Xmin; Xmax], где Me – медиана изучаемого параметра, [Xmin; Xmax] – размах выборки. Был принят уровень значимости α=0,05.

Результаты и обсуждение. Уровень β2-MG в сыворотке у пациентов с клинически выраженной нефропатией (группа 2) был выше по сравнению с группами пациентов с СД 2 типа без признаков повреждения почек и лиц без нарушений углеводного обмена (медианы 3,8 мкг/л vs 1,83 мкг/л vs 0,11 мкг/л; $p_{1,2}$<0,001, $p_{2,k}$<0,001, соответственно). Кроме того, при исследовании β2-MG в качестве маркера канальцевого повреждения было установлено, что у больных СД 2 типа с признаками ХБП наблюдается более высокий уровень экскреции β2-MG с мочой, чем у пациентов групп 1 и сравнения (медианы 2,10 мкг/л vs 0,51 мкг/л и vs 0,07 мкг/л; $p_{1,2}$<0,001, $p_{2,k}$=0,01, соответственно). В общей группе обследованных была установлена значимая связь между β2-MG сыворотки и: креатинином крови (ρ=0,49, p=0,001), А/Кр соотношением мочи (ρ=0,48, p=0,003) и СКФ (ρ=-061, p=0,001). Уровень экскреции β2-MG с мочой умеренно коррелировал с креатинином крови (ρ=0,37, p=0,003), А/Кр соотношением (ρ=0,48, p<0,001) и СКФ (ρ=-0,46, p=0,003). Кроме того, была выявлена связь между β2-MG сыворотки и уровнем HbA1c (ρ=0,53; p=0,001), диастолическим артериальным давлением (АД) (ρ=0,46; p=0,003) и длительностью СД (ρ=0,61; p=0,003). Установлена умеренная связь между β2-MG мочи и длительностью СД (ρ=0,40; p<0,001), HbA1c (ρ=0,39; p<0,001), систолическим АД (ρ=0,41; p<0,001). У больных СД 2 типа без признаков ХБП диагностический уровень β2-MG в сыворотке выявлялся в 34,5% случаев, в моче – в 49,6%.

Выводы. Повышенное содержание β2-MG в сыворотке крови и моче свидетельствует о нарушении гломерулярного фильтра и тубуло-интерстициального повреждения Данный показатель ассоциирован с ренальными и экстраренальными факторами

и может использоваться в ранней диагностике ХБП в качестве дополнительного критерия у больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С БЕЛКОВОЙ НАГРУЗКОЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Нагибович О.А.[1], Шипилова Д.А.[1], Нагибович Г.П.[2]
[1]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
[2]ООО «Балтийская медицина»,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить изменения внутрипочечной гемодинамики у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с отсутствием и наличием функционального почечного резерва (ФПР) в пробе с белковой нагрузкой.

Материалы и методы. Обследованы 51 (32 мужчины, 19 женщин) больных СД 2 типа в возрасте 58 (49; 63) лет, продолжительностью СД 6 (3; 14) лет, уровнем гликированного гемоглобина 8,3% (7,7; 9,5), уровнями экскреции альбумина с мочой А1 (n=30), А2 (n=15) и А3 (n=6), креатинином сыворотки крови 79 мкмоль/л (65; 94), расчетной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ-EPI) 88 мл/мин/1,73 м^2 (69;102). У пациентов группы 1 (n=32) ФПР отсутствовал, во 2-й – ФПР был сохранен (n=19). Для определения ФПР использовался метод белковой пероральной нагрузки (5 г говядины на 1 кг массы тела). ФПР определяли как степень увеличения базальной СКФ после стимуляции белком. Прирост СКФ 10% и более, после нагрузки белком, – сохранный ФПР, менее 10% или снижение СКФ – отсутствие ФПР. Ультразвуковое исследование почек выполняли на ультразвуковом аппарате SONOLINE OMNIA (SIEMENS, Германия) датчиком С 5-2 МГц в В и D режимах. Проводилась локация одной из сегментарных артерий правой почки. Оценивались: максимальная скорость кровотока в систолу (Vmax), минимальная (конечная диастолическая) скорость кровотока (Vmin), средняя скорость кровотока по времени (TAMX). Рассчитывали индекс периферического сопротивления (RI) и индекс пульсационности (PI). Почечную гемодинамику изучали исходно и в течение двух часов после белковой нагрузки. Результаты представлены в виде Me (НК; ВК), где Me – медиана изучаемого параметра, НК – нижний квартиль, ВК – верхний квартиль. Использовали критерии Вилкоксона и Манна-Уитни. Был принят уровень значимости α=0,05.

Результаты и обсуждение. У пациентов группы 1 исходные линейные скорости кровотока составили Vmax – 0,52 м/с (0,48; 0,60), Vmin – 0,17 м/с (0,14; 0,18), TAMX – 0,26 м/с (0,24; 0,30). После нагрузки – 0,56 м/с (0,50; 0,65), 0,17 м/с (0,13; 0,19), 0,29 м/с (0,24; 0,29), соответственно, p>0,05. Исходно RI у больных 1 группы – 0,70 (0,65; 0,73), PI – 1,39 (1,25; 1,52), после нагрузки – 0,69 (0,67; 0,72) и 1,37 (1,25; 1,48), соответственно, p>0,05. У больных группы 2 исходные линейные скорости кровотока составили Vmax – 0,52 м/с (0,43; 0,60), Vmin – 0,20 м/с (0,14; 0,22), TAMX – 0,31 м/с (0,21; 0,36). После нагрузки – 0,52 м/с (0,47; 0,60), 0,18 м/с (0,13; 0,20), 0,29 м/с (0,22; 0,34), соответственно, p>0,05. Исходно RI у больных группы 2 – 0,64 (0,62; 0,70), PI – 1,25 (1,03; 1,39), после нагрузки – 0,67 (0,66; 0,71) и 1,21 (1,13; 1,45), соответственно, p>0,05. При сравнении между группами изученные линейные скорости кровотока исходно и после белковой нагрузки существенно не отличались. В группе 1 исходно индексы RI (p=0,019) и PI (p=0,05) превышали таковые в группе 2, после нагрузки подобная закономерность прослеживалась только для PI (p=0,05). При проведении корреляционного анализа были установлены взаимосвязи прироста СКФ с исходными RI (rS=-0,41, p=0,016), PI (rS=-0,34, p=0,049) и PI после нагрузки (rS=-0,39, p=0,02), уровнем экскреции альбумина с мочой (rS=-0,33, p=0,03), но не с состоянием углеводного обмена и уровнями артериального давления.

Вывод. Отличительной особенностью внутрипочечного кровотока больных СД 2 типа с отсутствующим функциональным почечным резервом является высокая резистивность, которая имеется в базальных условиях и сохраняется после пробы с белковой нагрузкой.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ПАЦИЕНТА В РАЗВИТИИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Налетов А.В.[1], Масюта Д.И.[1], Лагунова Н.В.[2], Бораева Т.Т.[3], Чалая Л.Ф.[1]
[1]Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина,
[2]Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь,
[3]Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
г. Владикавказ

Нарушение иммунного статуса человека играет важную роль в повышении риска развития COVID-19 инфекции. Одним из факторов, влияю-

щих на состояние иммунной системы организма и повышающих его противовирусную защиту, является уровень обеспеченности пациента витамином D. Данный микронутриент корректирует врожденный иммунный ответ (синтез интерферонов), подавляет образование вирусных белков в зараженных вирусами клетках, активирует специфические противовирусные микроРНК, которые проявляют противовирусные и онкопротективные свойства. Витамин D влияет также и на приобретенный иммунитет, модулируя цитокиновый ответ, количество Т-хелперов, продукцию противомикробных пептидов (дефензинов и кателицидинов). Под влиянием микронутриента увеличивается клиренс бактерий, путем усиления функционирования эпителиальных барьеров к инфекции и повышения функции антиген-презентирующих клеток, модуляции микробиотического состава различных биотов человека.

В современных клинических исследованиях доказана роль витамина D в профилактике острых инфекций дыхательных путей. Исследования показывают связь между низким уровнем кальцидиола в сыворотке крови и увеличением частоты инфекции бронхолегочной системы среди пациентов взрослого возраста, а также у детей.

Анализ причинно-следственных связей глобальных данных подтверждает, что уровень обеспеченности витамином D играет важную роль в отношении течения COVID-19 инфекции у пациентов. Исследователи обнаружили сильную корреляционную связь между дефицитом витамина D и показателями смертности. Отмечено, что пациенты из стран с высоким уровнем смертности при COVID-19 (Италия, Испания и Великобритания) имели более низкие уровни витамина D по сравнению с больными в странах, где частота распространенности дефицита данного микронутриента была не высокой. Обнаружена сильная корреляционная связь между уровнем кальцидиола и развитием цитокинового шторма у пациентов – особенно тяжелой воспалительной реакции, вызванной гиперактивным иммунным ответом организма. Установлено, что витамин D не только укрепляет врожденную иммунную систему, но и предотвращает ее избыточную гиперреактивность. Из этого следует, что наличие оптимального уровня витамина D может защитить пациентов от тяжелых осложнений COVID-19, включая летальный исход (APA citation: Vitamin D appears play role in COVID-19 mortality rates, 2020).

Сапплементация витамина D повышает уровень кальцидиола в сыворотке крови, что приводит к снижению воспаления в эпителии дыхательных путей при вирусных инфекциях. Это свидетельствует о том, что адекватные уровни кальцидиола будут способствовать снижению воспаления и тяжести заболевания у инфицированных лиц.

Таким образом, обеспеченность витамином D оказывает важную роль на течение COVID-19 инфекции с очень высоким уровнем достоверности. Сапплементация витамина D позволяет повысить уровень обеспеченности организма данным микронутриентом, что оказывает нормализующее влияние на баланс различных звеньев иммунитета. Данная стратегия особенно важна в условиях сложившейся пандемии.

АЛАРМИНЫ – МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ СИНДРОМЕ МАРФАНА С ПОРАЖЕНИЕМ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ АОРТЫ

Недосеев С.С.[1,2], Буторина Е.В.[1], Шелихов В.Г.[1]
[1]Кемеровский государственный
медицинский университет,
[2]Кузбасский клинический кардиологический
диспансер имени академика Л.С. Барбараша,
г. Кемерово

Синдром Марфана – это аутосомно-доминантное наследственное заболевание, В основе которого лежит системная соединительно-тканная дисплазия (ССТД), которая вовлекает большое количество органов и систем. Наиболее серьезным является поражение восходящей части аорты, поддающееся как консервативному, так и оперативному лечению. Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) характерен для данной нозологии. Критерии ССВО разработаны в 1992 г., но описаны они для течения сепсиса, а не для асептического воспаления. Наиболее специфичными маркерами ССВО при синдроме Марфана с поражением восходящей аорты являются алармины.

Цель и задачи работы. Проследить взаимосвязь наличия аларминов (циркулирующие митохондриальные ДНК) в крови с наличием у пациентов синдрома Марфана.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое нерандомизированное ретроспективное исследование, включающее поиск пациентов, подвергшихся оперативному лечению по поводу синдрома Марфана с поражением восходящей части аорты в 2016-2020 гг. на базе Кузбасского клинического кардиологического центра.

Обнаружено 3 пациента, которые удовлетворяли критериям поиска. Все являются мужчинами (n=100%), возраст их был соответственно 33 г., 35 л., 41 г. Пациенты являются социально адаптированными и имеют следующие профессии: учитель, кассир, инженер.

Результаты и обсуждение. Исследование показало, что у всех 3 пациентов (100%) отмечается наличие в крови аларминов.

При отсутствии системного воспалительного ответа уровень аларминов в крови у человека с помощью специфических тест систем не определяется. Однако при наличии синдрома Марфана с поражением восходящей аорты будет отмечаться повреждение клеток, входящих в состав медии вследствие очаговых накоплений мукоидных веществ, наличия лентовидных безъядерных зон, дистрофических изменений гладкомышечных клеток. Все это сопровождается выходом аларминов из клеток, которые, в свою очередь, стимулируют образование провоспалительных цитокинов.

Выводы. Таким образом, при синдроме Марфана выявлено наличие аларминов в крови. Внедрение в клиническую практику методов определения данного вида маркеров может способствовать уточнению характера системного воспалительного ответа при синдроме Марфана.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА

Недосеев С.С.[1,2], Буторина Е.В.[1], Шелихов В.Г.[1]
[1]Кемеровский государственный
медицинский университет,
[2]Научно-исследовательский институт комплексных
проблем сердечно-сосудистых заболеваний,
г. Кемерово

Введение. Синдром Марфана – это аутосомно-доминантное наследственное заболевание, является частным случаем системной соединительно-тканной дисплазии (ССТД), которая вовлекает достаточно большое количество органов и систем. Вопросу социальной адаптации при данном синдроме посвящено незначительное количество публикаций, что, несомненно, делает эту тему очень актуальной, требующей значительно большего внимания.

Цель работы. Установить уровень социальной адаптации у пациентов с синдромом Марфана, проявившимся преимущественно поражением аорты, и наблюдавшихся в Кузбасском кардиологическом центре.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое нерандомизированное ретроспективное исследование, которое включало поиск пациентов с синдромом Марфана, подвергшихся оперативному лечению по поводу поражения восходящей части аорты в 2016-2020 гг. на базе Кузбасского клинического кардиологического центра, с установлением у пациентов уровня социальной адаптации.

Обнаружено 3 пациента в возрасте 33, 35, и 41год, которые удовлетворяли критериям поиска.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были мужчинами (n=100%), проходили оперативное лечение по поводу аневризмы восходящего отдела аорты в 2016, 2017, 2020 годах. Следует заметить, что больные страдали преимущественно сердечной патологией, отсутствовало поражение глаз и костно-суставной системы. Все пациенты являются ориентированными в пространстве и времени, когнитивные функции сохранены, у всех отмечалась высокая приверженность к лечению. Заболевание не накладывало отпечаток на стремление больного уединиться, но выбор профессии исключал физическую нагрузку (учитель, инженер, кассир). Во время пребывания в стационаре всем 3 пациентам были проведены такие исследования: стандартный комплекс лабораторных исследований крови, мочи, а также проведены консультации окулиста, невролога, психолога. По результатам исследований крови,мочи не было обнаружено существенных изменений, кроме наличия незначительного лейкоцитоза у всех пациентов. При исследовании почек у 2 пациентов было обнаружено их опущение, что является признаком системной дисплазии. Все пациенты прошли консультирование у психолога, где не было выявлено признаков социальной дезадаптации.

Выводы. Таким образом, несмотря на наличие полисистемного поражения соединительной ткани (в частности, восходящей дуги аорты,) пациенты из данной выборки являются хорошо адаптированными к социальной среде.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Нелидова Н.В.
Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение социальных факторов риска у больных диссеминированным туберкулезом в сочетании с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Нами проведен анализ данных исследования 30 больных диссеминированным туберкулезом легких, сочетан-

ным с сахарным диабетом, проходивших лечение в Сургутском клиническом противотуберкулезном диспансере в период с 2017 по 2019 годы. Контрольную группу составили больные диссеминированным туберкулезом легких без сопутствующего сахарного диабета (30 человек). Были использованы данные историй болезни стационарного больного.

Результаты и обсуждение. Среди больных основной группы превалировали лица в возрасте от 41 до 50 лет – 19 человек (63,3%), в контрольной группе – пациенты от 31 до 40 лет – 22 человека (73,3%), средний возраст больных составил 44,8+1,1 в основной и 31,3+1,1 в контрольной группе, $p<0,05$. В обеих группах было больше мужчин (58,8% и 60,3%). Впервые выявленный диссеминированный туберкулез был у 26 пациентов основной группы (86,6%) и 24 больных контрольной группы (80%), рецидив туберкулезного процесса – у 4 и 6 пациентов соответственно (13,4% и 20%), $p>0,05$. Анализ методов выявления больных показал, что процентное содержание больных, выявленных при профилактическом осмотре было достоверно выше в основной группе, чем в контрольной группе (16 и 8 больных, 53,3% и 26,7% соответственно, $p<0,05$. Контакт с больными туберкулезом не исключили 15 больных (50%) основной и 14 больных (46,7%) контрольной группы $p>0,05$. Основная часть пациентов относилась к категории безработных – 22 человека основной группы (73,3%) и 24 больных контрольной группы (80%), $p>0,05$, лиц без определенного места жительства было 10% (3 человека) и 13,4% (4 человека), $p>0,05$ соответственно. Более половины пациентов обеих групп оценивали свои условия проживания как удовлетворительные. Вредные привычки имели практически все больные обеих групп – у 26 пациентов основной группы (86,6%) и 24 больных контрольной группы (80%): курение встречалось у 23 и 22 человек, 76,7% и 73,3% ($p>0,05$), алкоголизм – 16 и 19 человек (53,3% и 63,3%) ($p>0,05$). Следует отметить, что у больных диссеминированным туберкулезом с сопутствующим сахарным диабетом достоверно реже встречалась наркотическая зависимость – у 10% (3 человек), в контрольной группе – у 53,3% (16 человек), $p<0,05$. В местах лишения свободы ранее находилось 3 пациента (10%) основной и 4 пациента (13,3%) контрольной группы, с сочетанной патологией, $p>0,05$.

Выводы. Низкая материальная обеспеченность больных диссеминированным туберкулезом, отсутствие санитарной культуры, наличие вредных привычек обусловливают у них отсутствие обеспокоенности о своем здоровье.

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ – НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Нелидова Н.В.
Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель исследования. Изучить течение и эффективность лечения туберкулеза у ВИЧ-позитивных больных туберкулезом.

Материалы и методы. Проведен анализ 84 историй болезни больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией старше 18 лет, пролеченных в казенном учреждении Ханты-Мансийского Автономного округа – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» за 2016-2018 годы.

Результаты и обсуждение. Большую часть больных составляют больные с диссеминированным туберкулезом – 46 больных (54,9%) и инфильтративным туберкулезом – 32 пациента (38,1%). Преобладали лица мужского пола в наиболее трудоспособном возрасте (21-40 лет). Две трети пролеченных больных туберкулезом были выявлены впервые. Основная часть больных туберкулезом за исследуемый период были не заняты трудовой деятельностью (62 больных, 73,8%). Работающих было 11,9% (10 человек), студентов и инвалидов по 1,2% (1 больной), пенсионеров 11,9% (10 человек). Среди пролеченных больных за 2016-2018 годы бактериоскопическим и бактериологическим методами исследования были выявлены микобактерии в мокроте у 35 из 84 больных туберкулезом (41,7%), у 14 больных (16,7%) обнаружена множественная лекарственная устойчивость (40% из числа бактериовыделителей). Полости распада обнаружены у 59%. Все пациенты помимо туберкулеза имели ВИЧ-инфекцию в стадии вторичных заболеваний (4б,4в) (Российская клиническая классификация 2006 года). У 78 пролеченных больных с изученным иммунным статусом (у остальных пациентов данных нет в связи с малыми сроками наблюдения) уровень СД4+ оказался ниже 0,4 *10/9 в мл., что свидетельствует о выраженной иммуносупресии. Менее половины больных (36 человек, 42,6%) регулярно принимали антиретровирусную терапию на догоспитальном этапе, остальные не получали лечение ВИЧ-инфекции по причине низкой приверженности или отказа от посещения Центра Анти-СПИД. Прекращение бактериовыделения наступило у 82,8% больных туберкулезом (29 человек из 35 бактериовыделителей). Закрытие полостей распада достигнуто у 44,4% больных с деструкцией ткани легкого, пролеченных в 2016-2018 годах.

Выводы. Течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных характеризуется туберкулиновой анергией, склонностью к генерализации и прогрессированию процесса, прогрессивным ухудшением заболевания по мере угнетения иммунитета. Основными причинами неэффективности лечения у больных туберкулезом было наличие у данных больных выраженного иммунодефицита на фоне нерегулярного приема или отсутствия приема АРВТ, наличие полидеструктивного распространенного процесса, что является противопоказанием для оперативного лечения, нарушение режима лечения, самовольный уход из отделения, наличие лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Нелидова Н.В.[1], Шкарпеткин Ю.А.[2], Ли Н.В.[2], Стольникова И.Б.[2], Задорина Е.Н.[2]
[1]Сургутский государственный университет,
[2]Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Сургут

Цель исследования. Изучение особенностей гемодинамических изменений у больных диссеминированным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Нами проведен анализ данных исследования 30 больных диссеминированным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

Результаты и обсуждение. В группе преобладали мужчины – 21 человек (70%), средний возраст пациентов составил 31,2±7,02 лет. У 19 человек (63,3%) выявлен вирусный гепатит С, у 3 человек (10%) вирусный гепатит С и В, у 21 пациента (70%) наркотическая и алкогольная зависимости. Среди жалоб наиболее значимыми являлись одышка, общая слабость, потливость, лихорадка. Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 14 больных (46,6%). Распад ткани легкого у 46,7% больных (14 человек). У большей части больных туберкулез появился на фоне ВИЧ-инфекции в продленной стадии со снижением абсолютного уровня CD4-лимфоцитов, у 66,7% больных – ниже 0,2*10/9 л. При спирометрическом обследовании умеренное снижение ФВД – у 10 человек (33,3%), значительное снижение – у 8 больных (26,7%), резкое снижение – у 6 пациентов (20%). Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 5 больных (16,7%), преимущественно по обструктивному типу – у 3 человек (10%), у остальных – по смешанному типу. Электрокардиографически преобладали диффузные изменения миокарда, хроническое легочное сердце установили у 4 пациентов (13,3%). Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к гипотонии (среднее систолическое АД – 108,3±3,0 мм рт.ст., диастолическое АД – 61,5±2,2 мм рт.ст.). Системное систолическое АД у бактериовыделителей с более выраженной интоксикацией составило 106,3±3,0 мм рт.ст., у больных не выделявших микобактерии туберкулеза в мокроте – 118,4±2,5 мм рт.ст., ($P<0,05$), диастолическое – 64,7±1,3 мм рт.ст. и 76.9±1,9 мм рт.ст. ($P<0,05$). Таким образом, чем больше выражены явления туберкулезной интоксикации и, соответственно, выше показатели СОЭ, тем ниже системное АД у больных туберкулезом легких. По данным эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чем свидетельствовало повышение объемов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 5 больных (16,7%).

Выводы. Таким образом, гемодинамические изменения у больных диссеминированным туберкулезом проявляются снижением функции левого желудочка, нарушением показателей центральной гемодинамики в виде повышения ЧСС и гипотонии.

ИЗМЕНЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ БИСОПРОЛОЛА

Немченко В.О., Куликова Л.Е., Ивлева Е.Л., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Одним из патофизиологических проявлений прогрессирования гипертоническая болезни (ГБ) является развитие сердечной недостаточности, ранним маркером развития которой является формирование диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка. Диастолическую функцию сердца в целом можно рассматривать как способность изменять свою форму, приспосабливаясь к изменчивому в процессе жизнедеятельности объему крови, поступающему в желудочки.

Цель исследования. Изучить частоту диастолической дисфункции по данным ЭХОКГ у па-

циентов с гипертонической болезнью при сохранной фракции выброса (ФВ) в условиях монотерапии бисопрололом.

Материалы и методы. В исследование было включено 33 пациента, из них 18 женщин и 15 мужчины. Средний возраст пациентов составил 55,9±8,2 года. ЭХОКГ выполнялось всем пациентам сразу после назначения медикаментозной терапии и через 6 месяцев от ее начала на аппаратах Logiq S8 фирмы General Electric. Обследование проводилось по стандартной методике. После 2-недельного периода элиминации ранее использовавшихся фармакологических препаратов проводилось назначение бисопролола с целью оценки переносимости, подбора дозы и режима приема.

Результаты. При использовании избранного препарата отмечалось достоверное снижение артериального давления на плечевой артерии у всех больных.

Величина индексированного объема ЛП до лечения составила 30,1 мл/кв. м (20,1-33,9), после лечения 28,1 мл/ кв. м (20,1-33,9). Фракция выброса в фоновом исследовании составила 57,2% (51,2-62,5), после 6 месяцев терапии 63,5% (53,5-69,1) Соотношение скоростей E/A (скорость раннего диастолического наполнения левого желудочка (E) и скорости наполнения его в систолу предсердия (A)) соответственно составляла до лечения 0,74 (0,44-0,88), после лечения 0,95 (0,55-1,17). Параметры тканевого допплеровского исследования менялись следующим образом: скорость e'латеральная до начала терапии составляла 10,9 см/с (10,0-15,9 см/с), после терапии – 12,9 см/с (10,2-15,6 см/с), e'септальная 7,4 см/с (7,0-10,2 см/с) и 8,5 см/с (7,1-12,2 см/с), соотношение E/e' 11,7 (6,1-16,9) и 11,2 (8,2-13,3) соответственно. Оценка динамики показала наличие статистически значимых различий для ФВ и соотношения E/A для $p<0,05$.

Результаты углубленного анализа морфометрических и функциональных параметров эхокардиограмм, являющихся маркерами ДД, с использованием критериев, предложенных группой Euro-Filling (2017), показали наличие диастолической дисфункции и повышения КДД в полости ЛЖ только у 8 из 33 пациентов (24,1%). При использовании широко распространенного в отечественной практике критерия соотношения E/A это патологическое состояние отмечалось у 28 из 33 (84,8%) больных.

Выводы. 1. Распространенность диастолической дисфункции у пациентов с ГБ существенно отличается при использовании наиболее распространенного традиционного критерия E/A (84,8%) по сравнению с применением современного набора тестов (24,1%). 2. Отмечается выраженный статистически значимый эффект при применении бисопролола на внутрисердечную гемодинамику, статистически значимых изменений морфометрических показателей не выявлено.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ COVID У ПАЦИЕНТА СТАРОГО ВОЗРАСТА С БИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ВЫСОКОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

Никитина Т.Г., Пелех Д.М., Рыбка М.М., Голухова Е.З.
Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева,
Москва

Цель. Представить клинический случай обследования и этапного лечения больного старого возраста с сочетанной патологией и высокой коморбидностью, перенесшего COVID-пневмонию.

Пациент С., 78 лет, ученый, находился на амб. наблюдении в НМИЦССХ с января 2019 г. DS: ВПС: Миксоматоз МК. НМК 4 ст. НАК 2 ст. Восх. Ао – 46 мм. ЛГ (Р в ПЖ – 65). НТК 3 ст. Кардиомегалия (КДР ЛЖ – 8,2 мм, КДО – 260 мл). ИБС. ПИКС. Снижение ФВ ЛЖ – 32%. Состояние п/о ЧКВ ПМЖВ (2014 г.). НРС: ПБЛНПГ. СССУ. ЖТ. НК 2Б, ФК IV.

EFI – уязвимый (5/12), CCI – 5: ГБ, СД 2 типа (HbA1c – 6,0%), ХОБЛ GOLD 2 (+перенесенная двусторонняя пневмония в XII 2018), ХБП 3 ст. (СКФ – 38 мл/мин), Cr prostāta (гормональная терапия). SF-36 – низкое КЖ (≤ 55) по категориям: ФЗ – 41±6,5, ФФ – 35,1±2,7, РФФ – 50,8±4,7, ОЗ – 49,5±3,3, ЖС – 51±7,4. BNP – 3460 пг/мл. ES II – 41,7%.

На фоне лечения СН (торасемид 10 мг, эплеренон 25 мг, телмисартан 40 мг, бисопролол 2,5 мг, розувастатин 40 мг, АСК+магния гидроксид 75 мг, пантопрозол 40 мг) к сентябрю 2019 г. пациент субкомпенсирован, ФК по NYHA III. ЭхоКГ – НМК 2,5 ст., Р в ПЖ 44 мм.рт.ст., НТК – 2 ст., ФВ ЛЖ 32%, КДР ЛЖ – 7,6 мм, КДО – 190 мл. На фоне лечения СКФ до 68 мл/мин (ХБП 2А ст.), BNP – 800 пг/мл. ХМ ЭКГ – 3 пробежки ЖТ, в связи с чем имплантирован БВС-КВД. КРНТ: физическая способность - 96% от прогностических значений, O_2 пульс – в норме. ПЭТ миокарда – площадь рубцового поражения миокарда в области верхушки и МЖП – 35%, в средних сегментах задней и задне-боковой стенок ЛЖ объем ишемии не более 5-6%. КГ-стеноз ПМЖВ – 75%, выполнено ЧКВ ПМЖВ. ЭхоКГ (декабрь 2019 г.): ФВ ЛЖ – 43%, BNP – 240 мл/мин! ФК по NYHA II-

III, больной вернулся к активной научной и общественной работе: публикует статьи, читает лекции за рубежом. SF- 36: ФЗ – 57±1,9, ФФ – 55,2±2,5, ОЗ – 57±4,7, ЖС – 60±3,8 (p<0,05).

В мае 2020 г. у пациента диагностируется двусторонняя COVID-пневмония (КТ – 4) с 92% поражением легочного интерстиция. SpO2 – 70%. ЭхоКГ – КДО ЛЖ 263 мл, ФВ 50%, МР 1,5 ст., ТР 1.5 ст, Р в ПЖ 52 мм рт.ст. Учитывая тяжесть состояния, лечение пациента проводилось в ОРИТ (левофлоксацин 500 мг, озельтамивир 75 мг). На 2-е сутки в связи с нарастанием явлений ДН больной переведен на ИВЛ в режиме SiPAP и инсуфляцией NO. Однако на фоне терапии к 3-м суткам значимого клинического эффекта добиться не удается и больной был переведен на полную ИВЛ в режиме SIMV-Vol: Vt 450-480 мл, PEEP 10 см вод.ст., MVL 12-14 l/мин через трахеостому. На 5-е сутки лечения присоединяется бактериальная пневмонии (PCT – 12,38 нг/мл), ОРДС, прогрессирует ХБП (креатинин 245 мкмоль/л (СКФ 12 мл/мин), мочевина 16 ммоль/л), гипоальбуминемия – 22 г/л, гипергликемия до 12 ммоль/л, СРБ - 42 мг/л, D-димер с 221 мкг/л → 464 мкг/л. Проводится а/б терапия меропенем → линезолид, мочегонная терапия фуросемидом 120 мг в сутки в/в, спиронолактон 100 мг. На 6-е сутки лечения нестабильная гемодинамика, КТП норадреналином дозе 0,05-0,1 мкг/кг/мин. ЭхоКГ – КДО ЛЖ 216 мл, ФВ 48%, МР 2 ст., остальные показатели прежние. ИВЛ в режиме SIMV-Vol: Vt 450 мл, Rate 24, PS 14 mbar, PEEP+12 mbar, FiO2 0,85. На инсуффляции NO 6 ppm SpO2 - 92%. Однако нарастает метаболический ацидоз, прогрессирует ХБП (креатинин 400 мкмоль/л, мочевина 25 ммоль/л), проводятся сеансы ГД. В лаб. анализах отмечена лейкопения до 0,63*10^9/л, тромбоцитопения до 86*10^9/л, эритропения 3,2*10^12/л, нарастание СРБ – 116 мг/л, мочевины 19->25 ммоль/л. На 8-е сутки лечения констатирована биологическая смерть больного от прогрессирующей СПОН.

Заключение. Таким образом, несмотря на эффективное лечение СН и приверженность больного к терапии СН со значительным улучшением КЖ, старый возраст и высокий уровень коморбидности (ранее застойные явления в МКК, перенесенная двусторонняя пневмония, ХБП, систематическая гормон-терапия Cr prostate) существенно повлияли на течение COVID и привели к стремительному прогрессированию ДН и СПОН.

Накопление опыта и анализа большего объема результатов лечения подобной категории больных может привести к доказательству того, что именно старый возраст и тяжелая сопутствующая патология в большей степени приводят к тяжелому течению COVID-инфекции, чем наличие тяжелой кардиальной патологии.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ И ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Николаева А.А., Шишкин А.Н.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель. Определить факторы риска развития артериальной гипертензии и ее частоту у пациентов с псориазом и псориатическим артритом.

Материалы и методы. В исследование было включено 69 пациентов: у 37 больных был установлен псориатический артрит (среди них 15 мужчин и 22 женщины, средний возраст – 50,82±1,96 лет), у 32 больных псориаз без артрита (среди них 23 мужчины и 9 женщин, средний возраст – 46,59+2,47 лет). Было проведено клиническое (сбор анамнеза, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления) и лабораторное обследование (биохимический анализ крови) пациентов в обеих группах. Статистическое сравнение групп проводилось с определением критерия хи-квадрат.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов с псориатическим артритом (ПсА) артериальная гипертензия была выявлена в 67,6% случаев. Изменения углеводного обмена были представлены нарушением гликемии натощак, нарушением толерантности к глюкозе и сахарным диабетом 2 типа, причем сахарный диабет 2 типа был установлен у 18,9% пациентов. Относительно нарушений липидного обмена стоит отметить повышение уровня общего холестерина у 48,6% пациентов. Увеличение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови более 360 мкмоль/л у женщин и более 420 мкмоль/л у мужчин в данной группе было выявлено в 24,3% случаев.

При сравнении групп пациентов с псориазом и ПсА было установлено, что артериальная гипертензия достоверно чаще встречалась у лиц с ПсА по сравнению с пациентами только с псориазом (p-0,003). Расчет индекса массы тела показал, что избыток массы тела в равной степени наблюдался как при псориазе, так и при ПсА; в то же время ожирение встречалось достоверно чаще у пациентов с ПсА (p-0,003). Нарушения углеводного обмена, в том числе сахарный диабет 2 типа, чаще выявлялись у пациентов с ПсА, однако различия между

группами оказались статистически не значимыми (p-0,362). Гиперурикемия и гиперхолестеринемия с одинаковой частотой определялись в обеих группах. Повышение в крови уровня С-реактивного белка, независимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, достоверно чаще (p-0,015) выявлялось в группе пациентов с ПсА, однако среднее значение СРБ в обеих группах значимо не отличалось (p-0,896).

Выводы. Таким образом, у пациентов с псориазом и ПсА установлена высокая частота артериальной гипертензии (30% и 67,6% соответственно); причем в группе пациентов с ПсА артериальная гипертензия встречалась достоверно чаще. Как при ПсА, так и при псориазе наблюдались нарушения углеводного, белкового и жирового обмена. Ожирение достоверно чаще встречалось при ПсА, чем при псориазе. Частота гипергликемии, дислипидемии, гиперурикемии статистически значимо не отличалась в обеих группах. Повышенный уровень СРБ достоверно чаще отмечался при ПсА, однако разница в среднем значении СРБ в обеих группах не выявлялась. Высокая частота артериальной гипертензии при псориазе и ПсА диктует необходимость изучения факторов риска ее развития для оптимизации терапии и профилактики.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ С ПОМОЩЬЮ ПЛАНАРНОЙ ЛИМФОСЦИНТИГРАФИИ И ГИБРИДНОЙ ОФЭКТ/КТ-ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Николаева Е.А.[1,2], Крылов А.С.[1], Рыжков А.Д.[1]
[1]Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
[2]Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина,
Москва

Цель исследования. Оценить роль планарной лимфосцинтиграфии и ОФЭКТ (в т.ч. гибридной визуализации ОФЭКТ/КТ) в идентификации сторожевого лиматического узла (СЛУ) у пациентов с меланомой.

Материалы и методы. С ноября 2017 г. по ноябрь 2020 г. планарная и ОФЭКТ (в т.ч. гибридная ОФЭКТ/КТ) лимфосцинтиграфия с низкой дозой были выполнены 259 пациентам с диагностированной меланомой кожи различной локализации и стадирования (T1-T4b AJCC).

Результаты и обсуждение. В это исследование мы включили 259 пациентов: 157 (60,6%) женщин и 102 (39,4%) мужчины, средний возраст 52,8±14,7, диапазон 18-86 лет. Средняя толщина первичной меланомы по Бреслоу составляла 2,8±2,2 мм (диапазон 0,2-13,0 мм). Использовался лимфотропный коллоидный РФП, меченный 99mTc, активностью 150 МБк вводился за сутки до операции внутрикожно вокруг рубца резецированной меланомы или перитуморально в 4 точки в случае первичного поражения. Лимфосцинтиграфия выполнялась спустя 3 ч после инъекции РФП на гамма-камере Symbia E или Symbia E (Siemens, Германия), также было выполнено дополнительное исследование методом ОФЭКТ (в т.ч. ОФЭКТ/КТ) на аппарате Symbia T2 (Siemens, Германия).

При локализации меланомы в области спины (n=78) СЛУ чаще обнаруживаются в аксиллярной области (62%), при области нижней конечности (n=57) – паховой (88%), при области верхних конечностей (n=43) – аксиллярной (61%) и подмышечной (35%), при области головы (n=29) затронуты поднижнечелюстные (46%) и шейные (42%) лимфоузлы, при локализации первичной опухоли в брюшной области (n=20) СЛУ чаще в аксиллярной области (45%), при пояснично-крестцовой (n=20) – паховой (67%), если в грудной области (n=12), то СЛУ чаще в аксиллярной (67%). У 21 пациента СЛУ представляли множественный бассейн.

Сравнивались возможности этих двух методов визуализации СЛУ. СЛУ были обнаружены при планарной лимфосцинтиграфии у 244 (93,3%) пациентов, а у 15 (5,7%) выявить СЛУ не удалось, при этом 5 из них по результатам гистологического исследования оказались истинно отрицательными. По результатам ОФЭКТ (в т.ч. ОФЭКТ/КТ) СЛУ обнаружены у 258 (99,6%), при этом 4 оказались ложноположительными. Планарная визуализация идентифицировала 444 СЛУ у 243 (93,8%) пациентов, в среднем 1,7±1,0 (диапазон 0-6 узлов) на пациента. На изображениях ОФЭКТ (в т.ч. ОФЭКТ/КТ) 591 СЛУ обнаружен у 254 (98%) пациентов со средним значением 2,3±1,3 (диапазон 0-9) узлов на пациента, так же у 22 пациентов обнаружены дополнительные зоны, которые не были визуализированы при планарном исследовании.

Выводы. У некоторых пациентов с меланомой кожи ОФЭКТ (в т.ч. ОФЭКТ/КТ) улучшает детекцию сторожевых лимфатических узлов, позволяя отображать узлы, не видимые на планарных сцинтиграммах, поэтому это исследование рекомендуется

для рутинного использования в дополнение к обычной лимфосцинтиграфии, особенно у пациентов с избыточной массой тела или локализации опухоли в области головы и шеи.

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ И ОСТЕОАРТРИТОМ

Новикова А.М., Желябина О.В., Чикина М.Н., Маркелова Е.И., Елисеев М.С.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Сравнить наличие ранних признаков атеросклероза (увеличение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ)) у пациентов с БДПК и остеоартритом (ОА).

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 48 пациентов, в возрасте от 18 лет до 65 лет, 26 пациентов с кристалл-верифицированным диагнозом БДПК (критерии McCarty) (6 (23%) мужчин и 20 (77%) женщин) и 22 пациентов с диагнозом ОА (7 (32%) мужчин и 15 (68%) женщин). Критерии исключения – наличие других ревматических заболеваний, протекающих с симптомами артрита, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца (ИБС), перенесенный ранее инфаркт, инсульт или операция по реваскуляризации миокарда, расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ)<60 мл/мин/1,73м2, высокий и очень высокий ССР по шкале SCORE. Обследование пациентов включило сбор анамнеза, оценку антропометрических параметров и следующие лабораторные тесты: определение сывороточного уровня креатинина (с расчетом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле MDRD), общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), С-реактивного белка (СРБ). Также всем пациентам выполнена ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сонных артерий с оценкой толщины комплекса интима медиа (ТКИМ) – в качестве нормы было принята ТКИМ до 0,9 мм, увеличение ТКИМ >0,9 мм и <1,3 мм, ТКИМ>1,3 мм расценивалась как атеросклеротическая бляшка. Для статистической обработки данных использовалась Statistica 12.0.

Результаты и обсуждение. Группы были полностью сопоставимы по полу, возрасту и всем лабораторным параметрам (таблица 1), повышение уровня СРБ> 5 мг/л несколько чаще выявлялось у пациентов с БДПК – 31% vs 14% пациентов с ОА (p=0,16). Средние значения ТКИМ справа (0,76±0,22 мм vs 0,70±0,18 мм) и слева (0,75±0,18 мм vs 0,70±0,17 мм) достоверно не отличались при БДПК и ОА (p=0,34 и 0,32 соответственно), максимальные значения ТКИМ справа (0,67±0,16 мм vs 0,67±0,16 мм) и слева (0,67±0,14 мм vs 0,66±0,16 мм) при БДПК и ОА также были сопоставимы (p=0,95 и 0,77 соответственно). Однако, увеличение ТКИМ >0,9 мм было выявлено у 13 (50%) пациентов с БДПК и только 5 (23%) при ОА (p=0,02). Увеличение ТКИМ>1,3 мм у пациентов обеих групп обнаружено не было.

Выводы. Микрокристаллическое воспаление может существенно повышать сердечно-сосудистый риск (ССР) и быть причиной раннего развития атеросклероза. Но у пациентов с болезнью депонирования кристаллов пирофосфата кальция (БДПК) соответствующие исследования не проводились. По нашим данным ранние признаки атеросклероза выявляются у 50% пациентов с БДПК без клинических признаков атеросклероза и с низким или умеренным ССР по SCORE – достоверно чаще, чем при ОА (23%), что может быть отражением хронического микрокристаллического воспаления.

РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ОТВЕТЕ НА ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ α ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нуриахметова Т.Ю.[1], Васильев А.Г.[2], Садыкова Л.Р.[3], Абдулганиева Д.И.[1]
[1]Казанский государственный медицинский университет,
[2]Городская клиническая больница №7,
[3]Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель исследования. Определить влияние сопутствующей терапии на эффективность ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО-α) у пациентов с ревматическими заболеваниями и воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. В исследование было включено 111 пациентов (63 мужчины, 48 женщин) с РЗ (анкилозирующий спондилит (n=40) и ревматоид-

ный артрит (n=14)) и ВЗК (болезнь Крона (БК, n=42) и язвенный колит (n=15)). Пациенты получали инфликсимаб (ИНФ, n=36), адалимумаб (АДА, n=41) и цертолизумаб пэгол (ЦЗП, n=34). Длительность проспективного наблюдения за пациентами составила 20 [5; 21] месяцев, длительность терапии на момент включения пациентов в исследование – 8 [3; 16] мес. Для оценки эффективности генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) использовались соответствующие критерии, разработанные для каждой нозологии. У 103 пациентов (51 с РЗ и 52 с ВЗК) был определен уровень антител (АТ) к препарату в сыворотке крови с использованием готовых коммерческих наборов.

Результаты и обсуждение. Эффективность иФНО-α выявлена у 42 (77,8%) пациентов с РЗ и 36 (63,2%) пациентов с ВЗК. Среди пациентов, принимавших сопутствующую терапию (метотрексат, препараты 5-аминосалициловой кислоты, тиопурины), неэффективность иФНО-α достоверно чаще наблюдалась в группе ВЗК, чем при РЗ (18 (41,9%) vs. 6 (19,4%), OR 3,00, 95% ДИ 1,021-8,812, p=0,041). В группе пациентов с РЗ, что отличало их от пациентов с ВЗК, была выявлена тенденция к более высокой эффективности иФНО-α при сопутствующей терапии базисными препаратами (OR=0,238, 95% ДИ 0,057-0,996, p=0,071). При РЗ неэффективность наблюдалась исключительно у пациентов, принимавших низкие дозы сопутствующей базисной терапии (p=0,01), в то время как большинство пациентов с ВЗК и неэффективностью получали высокие дозы сопутствующих базисных препаратов (p=0,05). У пациентов с ВЗК, получавших сопутствующую базисную терапию в сочетании с глюкокортикостероидами, в отличие от РЗ, неэффективность иФНО-α развивалась чаще в случае начала ГИБТ после 30 лет (U критерий Манна-Уитни 16,5, p=0,036).

Положительные АТ определены у 13 (25,5%) пациентов с РЗ и 9 (17,3%) пациентов с ВЗК. У части пациентов положительные АТ определялись на фоне сопутствующей терапии, однако при ВЗК это наблюдалось только на фоне тиопуринов, в отличие от РЗ, у которых АТ выявлялись у пациентов, получавших метотрексат (p=0,002).

У пациентов с РЗ большинство случаев неэффективности были ассоциированы с ними, особенно у пациентов на ИНФ, которые не получали метотрексат или препараты 5-АСК, однако статистическая достоверность не была достигнута (p=0,053).

Выводы. Сопутствующая терапия базисными препаратами повышала эффективность иФНО-α у пациентов с РЗ, но не ВЗК. Высокая частота неэффективности терапии у пациентов с ВЗК, несмотря на сопутствующее применение базисных препаратов, которые, как известно, снижают иммуногенность и влияют на концентрацию иФНО-α, вероятно, обусловлена особенностями патогенеза этих заболеваний.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ α В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Нуриахметова Т.Ю.[1], Черемина Н.А.[2], Абдулганиева Д.И.[1]
[1]Казанский государственный медицинский университет,
[2]Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель исследования. Сравнить концентрацию ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО-α) у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. У 51 пациента с РЗ (анкилозирующий спондилит, n=37, ревматоидный артрит, n=14) и 52 пациентов с ВЗК (болезнь Крона, n=38, язвенный колит, n=14), получающих лечение инфликсимабом (ИНФ, n=32), адалимумабом (АДА, n=40) и цертолизумабом пэгол (ЦЗП, n=31), была однократно измерена минимальная остаточная концентрация иФНО-α и уровень антител (АТ) к препарату. Длительность терапии на момент включения пациентов в исследование составила 8 [3,25; 16] месяцев. Для определения концентрации иФНО-α и АТ к ним в сыворотке крови использовались готовые коммерческие наборы. Низкой считалась концентрация ИНФ менее 0,5 мкг/мл для РЗ и менее 3 мкг/мл для ВЗК, АДА менее 5 мкг/мл, ЦЗП менее 20 мкг/мл.

Результаты и обсуждение. Низкая концентрация была выявлена у 28 (54,9%) пациентов с РЗ и 21 (40,4%) пациента с ВЗК. При анализе концентрации иФНО-α оказалось, что низкая концентрация АДА и ЦЗП (вводимых в стандартных дозировках) достоверно реже встречалась при ВЗК, чем при РЗ (8 (26,7%) vs 23 (56,1%), OR=0,285, 95%ДИ 0,103-0,787, p=0,014), в отличие от ИНФ, дозированного по массе тела.

Медиана концентрация ИНФ составила 0,53 [0,16; 1,72] мкг/мл в группе РЗ и 1,58 [0,72; 3,62] мкг/мл в группе ВЗК (p=0,051), при этом при отдельном анализе пациентов, получавших ИНФ в дозировке 5 мг/кг массы тела, его концентрация при РЗ была ниже, чем при ВЗК (0,32 [0,16; 0,58] мкг/мл vs 1,56 [0,72; 3,26] мкг/мл, p=0,037). Медиана концентрации АДА 2594,9 [1233,9; 9539,3] мкг/мл при РЗ и 12370,4 [4489,1; 13975,9] мкг/мл при ВЗК (p=0,056). У пациентов с ВЗК, получавших АДА менее 12 недель на момент исследования, наблюдалась более

низкая концентрация АДА (5,682,33±2333,0 мкг/мл vs 13625,61±670,63 мкг/мл, p<0,01, t критерий -3,508). При РЗ такой зависимости не было выявлено (p>0,05). Медиана концентрации ЦЗП 20,55 [17,43; 32,85] мкг/мл при РЗ и 28,49 [20,33; 43,2] мкг/мл при ВЗК (p>0,05).

Положительные АТ выявлены у 13 (25,5%) пациентов с РЗ и 9 (17,3%) пациентов с ВЗК. При РЗ положительные АТ во всех случаях сопровождались низкой концентрацией препарата (p<0,001), в отличие от ВЗК, при которых снижение концентрации иФНО-α наблюдалось лишь у 66,7% пациентов с выявленными АТ. Сопутствующая терапия базисными препаратами не влияла на частоту выявления низкой концентрации (p>0,05), за исключением женщин с ВЗК, у которых на фоне сопутствующих базисных препаратов терапевтическая концентрация достигалась во всех случаях (OR 0,455, 95% ДИ 0,238-0,868, p=0,038).

Выводы. У пациентов с РЗ низкая концентрация АДА и ЦЗП выявлялась чаще, чем в группе ВЗК, меньшие концентрации ИНФ и АДА также были определены в группе РЗ. Известно, что пациенты с РЗ чаще и быстрее отвечают на терапию иФНО-α. Учитывая наши результаты, можно предположить, что поиск факторов, обусловливающих различия в концентрации иФНО-α при РЗ и ВЗК, вероятно, будет способствовать лучшему пониманию механизмов патогенеза этих заболеваний и их ответа на терапию.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Оценить клинико-функциональные параметры у больных ХОБЛ и ожирением в сравнении с больными ХОБЛ с нормальной массой тела.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 больных ХОБЛ (группа D, GOLD, 2018 г.) вне обострения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,39±7,72 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ≥30 кг/м^2): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст 61,83±6,85 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу (χ^2=1,66; p=0,12) и возрасту (F=0,11, p=0,24). Наряду с рутинным клинико-лабораторным обследованием оценивали течение ХОБЛ по числу обострений за последние 12 месяцев, не потребовавших госпитализации, а также числу госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ за последние 12 месяцев. Для оценки выраженности кашля, продукции мокроты, одышки, общей слабости использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Степень выраженности симптомов ХОБЛ также оценивалось с помощью опросника COPD Assessment Test (CAT). Из определяемых параметров спирометрии учитывали постбронходилатационные значения ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, выраженные в процентах от должного.

Результаты и обсуждение. Частота обострений ХОБЛ за предыдущий год, не потребовавших госпитализации, а также госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ за последние 12 месяце у больных 1 группы была достоверно выше, чем у больных 2 группы, и составила 1,91±0,32 и 1,4±0,74 (F=7,08, p=0,012), и 1,72±0,54 и 1,31±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±1,33 и 6,03±1,21 (F=24,22, p=0,0000), 3,71±1,64 и 2,86±1,75 (F=6,91, p=0,015), 6,60±1,54 и 5,56±1,15 (F=7,43, p=0,003), соответственно. Выраженность кашля по ВАШ у больных, а также симптомов по CAT между группами достоверно не отличались: 3,68±1,88 и 3,52±1,17 (F=1,45, p=0,35), 23,14±9,35 и 22,01±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±14,29% и 31,39±15,13% (F=38,65, p=0,0000), 73,51±18,65% и 54,39±20,34% (F=37,43, p=0,0000), 62,08±7,18% и 55,54±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) (χ^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 обострениям заболевания по сравнению с больными с нормальной массой тела.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАШЛЕВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Овсянников Е.С., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Резова Н.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), являясь высокораспространенным заболеванием, часто встречается и у больных хирургического профиля, в частности с грыжами передней брюшной стенки. Кашель – один из основных симптомов ХОБЛ – с одной стороны может рассматриваться в качестве провоцирующего и поддерживающего процесс грыжеобразования фактора, а с другой – как нередко наблюдаемое негативное явление в послеоперационном периоде.

Цель. Исследовать чувствительность кашлевых рецепторов, а также эффективность противокашлевой терапии у больных ХОБЛ и оперированными вентральными грыжами.

Материалы и методы. Обследованы 46 больных ХОБЛ I-II стадии и вентральными грыжами до и после операции грыжесечения. Субъективная оценка кашля проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) (от 0 до 10 см) за 4 дня до и на 3-й день после операции. Чувствительность кашлевых рецепторов исследовалась путем ингаляции растворов лимонной кислоты в возрастающих концентрациях (от 0,3125 г/л до160 г/л). Порогом кашлевой чувствительности считали минимальную концентрацию раствора лимонной кислоты, вызывающую 5 и более кашлевых толчков.

Результаты и обсуждение. По результатам теста с лимонной кислотой больные были разделены на 2 группы. Первую составили 20 больных с низким порогом кашлевой чувствительности (менее 5 г/л), вторую – 26 больных с порогом чувствительности кашлевых рецепторов, превышающим 5 г/л. Больные указанных групп были рандомизированы в 4 подгруппы – 1А,1Б, 2А, 2Б. Больным подгруппы 1А и 2А в отличие от 1Б и 2Б за 3 дня до операции и в течение 5 дней после назначался бутамирата дигидроцитрат по 4 мг 3 р/сут. При анализе субъективной оценки кашля до операции у больных подгруппы 1А значения ВАШ составили 6,2 (5,1; 8,0) см, 1Б – 6,3 (5,0; 8,2) см, 2А – 2,6 (0,9; 3,5) см, 2Б – 2,9 (0,5; 3,8) см. Через 3 дня после операции: 1А - 4,1 (3,8; 6,3) см, 1Б – 7,6 (5,9; 8,7) см, 2А – 2,5 (1,0; 3,4) см, 2Б – 3,0 (0,4; 3,9) см.

Выводы. У больных ХОБЛ с порогом чувствительности кашлевых рецепторов менее 5 г/л, выявляемым по результатам теста с лимонной кислотой, целесообразно в периоперационном периоде назначение короткого курса противокашлевых препаратов, что, возможно, будет способствовать улучшению качества послеоперационного периода в плане уменьшения болевого синдрома, скорости заживления послеоперационной раны, и, как следствие, уменьшению сроков госпитализации и частоты рецидивов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АКТИВНУЮ ТЕРАПИЮ, С РАЗНЫМИ ПРОГНОЗАМИ, РАЗДЕЛЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ДИСКРИМИНАНТНОЙ ФУНКЦИИ

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

Цель. Использовать дискриминантную функция у пациентов с ССД и ИПЛ и выделить пациентов с различным прогнозом, дать их клиническую и иммунологическую характеристику.

Материалы и методы. В исследование было включено 140 пациентов с достоверным диагноз ССД и ИПЛ. Средний возраст на момент включения составил 46.7±13.9 лет, женщины 82%, длительность заболевания 6.2±5.8 лет, диффузная форма – 54%. Средняя длительность наблюдения была 73,2±27,8 месяцев. Все пациенты получали низкие и средние дозы глюкокортикоидов (ГК), ритуксимаб (РТМ) (средние дозы 3,14±2,38 гр) и 77 пациентов получали парентеральный циклофосфамид (ЦФ) (средние дозы 15,9±15,6 гр).

Мы использовали дискриминантную функцию, которая включала следующие параметры: матовое стекло (1 – нет; 2 – да); значения индекса активность (EScSG); форсированная жизненная ем-

кость легких (ФЖЕЛ) (ФЖЕЛ≥75=0, ФЖЕЛ<75=1); числовые значения максимальной дозы ГК (мг); значения гаммаглобулинов; ЦФ (0 – нет; 1 – да); диффузионной способность легких (ДСЛ) (ДСЛ<52%=0, ДСЛ≥52=1). Оценка всех параметров производилась при включении в исследование, кроме ДСЛ, которое оценивалось при повторном визите (через 1-2 года). На основании анализа была сформирована формула прогноза: 3.14*матовое стекло+0,70*индекс активности – 1,326*ФЖЕЛ- 0,1*максимальная суточная доза ГК+0,136*гаммаглобулины+1.066*ЦФ – 1.075*ДСЛ≤5,8.

Значения формулы до 5.8 соответствуют благоприятному прогнозу течения ИПЛ или стабилизации состояния, в то время как показатели более 5.8 соответствуют неблагоприятному прогнозу.

Результаты. По результатам дискриминантной функции пациенты были разделены следующим образом: 22 пациента (16%) в зоне стабилизации (Группа 1) и 118 (84%) – в зоне плохого прогноза, среди которых у 13 пациентов был зарегистрирован летальный исход в течение исследования. Таким образом, в группу с плохим прогнозом вошло 105 пациентов ((75%)) и в группу 3 – 13 пациентов с летальным исходом (9%). В ходе деления пациентов нами было получено 3 группы – по возрасту, длительности заболевания, форме ССД и разделению по половому признаку – достоверных различий найдено не было (p>0,05). Основные характеристики групп 1,2,3 соответственно: СОЭ мм/ч 17±16,35; 23,6±17; 22,9±14,3 достоверных различий найдено не было (p>0,05); анти СКЛ-70 62,5±85*; 118,6±93*; 102,1±96 выявлены достоверные различия между группой 1 и 2 (p = 0,01); индекс активности (EScSG) 1,9±1,7*; 3,4±1,9*; 2,9±1,1 выявлены достоверные различия между группой 1 и 2 (p=0,0008); СДЛА мм рт.ст. 31,9±7* **; 35±11,9*; 47,5±23,3** выявлены достоверные различия между группой 1 и 2 (p=0,006) и группой 1 и 3 (p=0,03); Средняя доза ЦФ (гр) 1,5±3* ** ME 0 [0; 2]; 11,4±14,4* ME 4,9 [0;17]; 18,9±23,3** ME 4 [0; 46,5] выявлены достоверные различия между группой 1 и 2 (p=0,002) и группой 1 и 3 (p=0,0018); Средняя доза РТМ 3,15±1,6; 2,63±1,36; 2,2±1,5 достоверных различий найдено не было (p>0,05). Средний уровень антител к СКЛ-70 и индекса активности EScSG были достоверно ниже в группе 1 по сравнению с группой 2. Средние значение СДЛА и дозы ЦФ были достоверно выше в группе 3. Так же следует отметить, что пациенты в группе хорошего прогноза имели более низкие значения всех вышеуказанных параметров и более высокие дозы РТМ.

Заключение. С помощью дискриминантной функции 84% пациента попали в зону плохого прогноза, но только 9% из них имели летальный исход. Данные зоны прогноза могут быть очень полезны для решения вопроса о выборе терапии и дальнейшего ведения пациентов.

МОДИФИКАЦИЯ ИНТЕРВАЛОВ ПРОГНОЗА ДИСКРИМИНАНТНОЙ ФУНКЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

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

Цель. Оценить интервалы прогноза для пациентов ССД и ИПЛ.

Материалы и методы. В исследование было включено 140 пациентов с достоверным диагноз ССД и ИПЛ. Средний возраст на момент включения составил 46.7±13.9 лет, женщины 82%, длительность заболевания 6.2±5.8 лет, диффузная форма – 54%. Средняя длительность наблюдения была 73,2±27,8 месяцев. Клинические, лабораторные и иммунологические данные были собраны на всех пациентов.

На основании дискриминантной функции была сформирована формула прогноза: 3,14*матовое стекло+0,70*индекс активности – 1,326*ФЖЕЛ- 0,1*максимальная суточная доза ГК+ 0,136*гаммаглобулины + 1.066*ЦФ - 1.075*ДСЛ ≤5,8. Значения формулы до 5.8 соответствуют благоприятному прогнозу течения ИПЛ или стабилизации состояния, в то время как показатели более 5.8 соответствуют неблагоприятному прогнозу. Чувствительность формулы была 86%, а специфичность 56%. Точность формулы для неблагоприятного прогноза составила 60%, в то время как для благоприятного прогноза или стабилизации состояния 84%. С помощью ROC анализа была высчитана точка разделения 4.7 чувствительность и специфичность которой составили 65% и 67% соответственно. В результате полученных данных, были сформированы три области различного прогноза: значения до 4.7 – зона хорошего прогноза; с 4.8 до 5.8 – зона стабилизации заболевания и более 5.9 зона плохого прогноза.

Результаты. Пациенты были распределены в группы в зависимости от результатов дискриминационной функции: 14 пациентов (10%) – зона хорошего прогноза (группа 1); 8 пациентов (6%) – зона стабилизации (группа 2) и 118 (84%) – зона плохого прогноза (группа 3). В ходе работы было принято решение объединить пациентов зоны хорошего прогноза и стабилизации в Отдельную группу (О-группа) – 22 пациента (16%). Сравнительная характеристика групп: по возрасту, дли-

тельности заболевания, форме ССД и разделению по половому признаку – достоверных различий найдено не было (p>0,05). Средние значения СРБ и СОЭ также достоверно не различались в группах 1,2, О-группе и группе 3 10±10 мг/мл vs 8,5±10,6 мг/мл vs 9,4±10,4 мг/мл vs 12,6±23,9 мг/мл и 16,7±13,1 мм/ч vs 17,4±21,9 мм/ч vs 17±16,3 мм\ч vs 23,5±16,7 мм/ч соответственно (p>0,05). В группах 1,2, О-группе и 3 группе были следующие средние значения и достоверные различия АНФ-hep-2: 525±322 vs 420±190 vs 487±281 vs 774±430 соответственно, имелись достоверные различия показателей между группой 1 и 3 p=0,038; группой 2 и группой 3 (p=0,02); О-группой и группой 3 (p=0,032); Средний уровень антител к СКЛ-70 ед/мл 59,9±82,7 vs 67±94,5 vs 116±93 vs 62,5±85 соответственно, имелись достоверные различия показателей между группой 1 и 3 (p=0,03), О-группой и группой 3 (p=0,013); средние показатели фракции изгнания(%) 67,3±5,3 vs 65,5±6,1 vs 66,7±5,5 vs 63±6,8 соответственно, достоверные различия были между группой 1 и 2 (p=0,02); О-группой и группой 3 (p=0,017). Таким образом, средние значения АНФ-hep-2 и ат к СКЛ-70 были достоверно ниже, а фракция изгнания достоверно выше в группе 1 и О-группе, чем в группе 3. В группах 1,2 и О-группе средние значения СОЭ, СРБ, СДЛА были ниже, значения теста 6МТХ были выше, чем в группе 3, но недостоверно. Так же отдельно 2 группа не имела достоверных различий с группой 1 и 3.

Заключение. В проведенном исследовании мы не обнаружили каких-либо корреляций между значениями группы 2 с группами 1 и 3, однако средние значения 1-ой группы и объединенной группы (О-группы) имели одинаковые корреляции. Таким образом, будет более рационально выделить только две зоны прогноза до и после точки разделения 5.8.

ВЫБОР ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СКРИНИНГ ТЕСТИРОВАНИЯ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Олесин А.И., Константинова И.В., Зуева Ю.С.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Определение потенциально эффективной терапии желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) у пациентов без структурных изменений сердца (ПБСИС) путем скрининг тестирования противоаритмическими препаратами.

Материал и методы. Наблюдалось 214 ПБСИС в возрасте от 19 до 45 лет с ЖЭ III-V классов, согласно классификации B. Rayn (1984) с субъективным ощущением аритмии и сохраненной сократительной функцией сердца. Всем пациентам, после проведения суточного мониторирования электрокардиограммы (СМЭКГ), выбор потенциально эффективных противоаритмических препаратов для устранения ЖЭ проводился методом их скрининг тестирования. Способ заключается в следующем: при увеличении корригированного индекса экстрасистолии после третьего приема препарата в сравнении с исходными данными ≥2 относительных единиц он считается потенциально эффективным. Точность выбора (ТВ) тестируемых препаратов оценивалась по данным СМЭКГ после проведения короткого курса терапии каждого тестируемого антиаритмического средства на протяжении не менее 5 дней. При выявлении у одного пациента потенциальной противоаритмической активности нескольких антиаритмических средств, для устранения эктопии выбирался препарат с максимальным уменьшением количества ЖЭ в сравнении с исходными данными после проведения короткого курса терапии. Конечной точкой наблюдения являлось продолжительность сохранения положительного антиаритмического эффекта используемых противоаритмических средств.

Результаты. У 50,47% пациентов положительный антиаритмический эффект был выявлен к двум, у 38,32% – к трем, у остальных – к четырем противоаритмическим препаратам. ТВ выделения потенциально эффективных препаратов для устранения ЖЭ у ПБСИС составило в среднем более 90%. У 79,90% пациентов положительный противоаритмический эффект терапии ЖЭ сохранялся более 1 года (в среднем 3,8±0,08 лет). Длительность сохранения положительного клинического эффекта в течение 1 года и более высоко коррелировала с истинно-положительными результатами скрининг тестирования противоаритмических препаратов (r=0,94).

Заключение. У 88% ПБСИС при использовании метода скрининг тестирования противоаритмическими препаратами положительный антиаритмический эффект был выявлен к двум и более антиаритмическим средствам. ТВ выделения потенциально эффективных препаратов для устранения ЖЭ у ПБСИС составило около 90% и более.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ

Орлов М.М.[1], Петелина Е.В.[2], Орлов М.А.[1]
[1]Астраханский государственный
медицинский университет,
[2]Центр реабилитации
Фонда социального страхования «Тинаки»,
г. Астрахань

В настоящее время мир охвачен эпидемией новой коронавирусной инфекции. Появление COVID-19 поставило перед врачебным сообществом много вопросов относительно диагностики, лечения и профилактики данной болезни. На данный момент времени, в связи с большим количеством больных, перенесших коронавирусную инфекцию, реабилитация данной категории лиц приобретает особую актуальность.

Цель. Изучить эффективность реабилитационного процесса на 2 этапе у больных после перенесенной коронавирусной инфекции в условиях санаторно-курортного учреждения.

Материал и методы. В общей сложности в течение 2 месяцев в Центре реабилитации «Тинаки» прошли полный курс восстановительного лечения 102 пациента, которые переболели коронавирусной инфекцией: 34 мужчин и 68 женщин в возрасте от 28 лет до 93. Среди них для наблюдения нами было выбрано 65 пациентов от 50 до 70 лет. Основная сопутствующая патология была представлена в основном сахарным диабетом 2 типа. Также были пациенты с ожирением хроническими бронхолегочными заболеваниями, ИБС и нарушениями ритма. Объем поражения легких по данным компьютерной томографии соответствовал КТ-3-4. Значение показателя шкалы реабилитационной маршрутизации у всех пациентов было 4 балла (выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности). Наиболее часто предъявлялись жалобы на выраженную слабость, одышку в покое и при ходьбе, головокружение, повышенную потливость, боли в мышцах, суставах и позвоночнике, нарушение мочеиспускания.

При поступлении в центр реабилитации и при выписке из него всем пациентам проводилась комплексная оценка клинического состояния, в том числе, с использованием стандартных методов функционального исследования, тестов переносимости гипоксии и т.д. В зависимости от результатов обследования составлялась индивидуальная программа медицинской реабилитации длительностью 14 дней. В нее входили диета, терренкур, прием питьевой минеральной воды, фитотерапия, кислородный коктейль, ингаляции, спелеотерапия, дыхательная и звуковая гимнастика, цигун, массаж грудной клетки, вибротерапия, бальнеолечение, пелоидотерапия, аппаратная физиотерапия, озонотерапия, иглорефлексотерапия, занятия на тренажерах.

Результаты и обсуждение. При подведении итогов реабилитации, было отмечено, что все процедуры показали достаточно высокую эффективность. Все пациенты выписаны с улучшением общего самочувствия, показателей функции внешнего дыхания, уменьшением остаточных симптомов, подтвержденные различными шкалами оценки состояния, методами лабораторного и инструментального исследования.

Выводы. Предварительный анализ полученных результатов позволяет сделать заключение о необходимости индивидуализированного применения реабилитационных технологий и их обязательности у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, для создания прочного и долговременного базиса восстановления здоровья данной категории лиц.

ОЖИРЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Орлова Н.В., Спирякина Я.Г., Ломайчиков В.В.
Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва

Цель работы. Изучение влияния ожирения на течение и прогноз острого коронарного синдрома.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 44 пациента, поступившие в отделение кардиореанимации 13 ГКБ г. Москвы с направительным диагнозом: острый коронарный синдром в возрасте 50-70 лет. После обследования на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих (клинические данные, повышение кардиоспецифических ферментов – тропонина и МВ КФК, изменения ЭКГ с соответствующей динамикой и данных ЭХОКГ) пациентам был выставлен диагноз острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Методом пакета больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 20 больных ОИМ без ОЖ, 2 группа – 24 больных ОИМ с ОЖ (критерием ожирения являлся индекс массы тела > 30 кг/м²). Группы больных были сопоставимы между собой по полу, возрасту и проводимой терапии. В исследование не включались пациенты с сопутствующими воспалительными, аутоиммунными и онкологическими заболеваниями. Всем больным проводился динамический контроль ЭКГ, артериального давления, частоты сердечных сокращений, биохимических показателей крови (тропонин, КФК, МВ-КФК), ЭХО КГ. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа», который специально предназначен для решения статистических задач. Сравнение средних показателей производили с помощью стандартных методов вариационной статистики медико-биологического профиля. Исследования выполнены в соответствии с Хельсинской декларацией.

Результаты. Клинический анализ больных ОИМ с сопутствующим ОЖ выявил, что в данной группе на момент развития ОИМ более часто встречалась артериальная гипертония (АГ), развитие инфаркта наблюдалось при непродолжительном (менее 5 лет) анамнезе ИБС. Течение ОИМ более часто, чем у больных без ОЖ, сопровождалось осложнениями: недостаточностью кровообращения, нарушениями ритма и проводимости, кардиогенным шоком. В то же время в данной группе реже наблюдался летальный исход, в сравнение с больными без ожирения. Аналогичный парадокс, снижения летальности у пациентов с ОЖ после перенесенного ОИМ, в сравнение с больными, у которых был нормальный вес, отмечался в нескольких проведенных исследованиях немецких и швейцарских ученых. Пациенты с повышенной массой тела в 2 раза быстрее восстанавливались после перенесенного инфаркта миокарда. Выявленный протективный эффект, исследователи объясняли повышением уровня эндогенных каннабиноидов и снижением уровня тромбоцитов у данных больных. В то же время авторы подтверждают, что в группе с ОЖ риск развития ССЗ более высокий, что совпадало с результатами нашего исследования. Таким образом, проведенный анализ течения ОИМ с сопутствующим ОЖ выявил более частое развитие осложнений в данной группе больных.

Заключение. Наличие у больных ОИМ сопутствующего ОЖ чаще приводит к развитию осложненного течения – нарушениям ритма и проводимости, развитию недостаточности кровообращения, рецидивам ОИМ.

ОСТЕОПОРОЗ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Осипова И.И., Николаева Л.А.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Остеопороз является одним из самых распространенных метаболических заболеваний в мире. По распространенности остеопороз находится на четверном месте, уступая заболеваниям сердечно-сосудистой системы, онкологическим заболеваниям и сахарному диабету. Частота его непосредственно зависит от возрастной категории пациентов, и в основном поражает лиц пожилого возраста. Наиболее тяжелым клиническим проявлением остеопороза является перелом шейки бедра. В стоматологической практике проблема остеопороза выражается в потере зубов вследствие разряжения костной ткани, повышении частоты развития кариозных поражений зубов, заболеваниях пародонта из-за нарушения минерального обмена, проблемах в ортопедическом и имплантационном протезировании, а также влияние антиостеопоретических препаратов на органы и ткани ротовой полости.

Цель. Определение ранних клинических признаков остеопороза со стороны зубочелюстной системы для возможности их использования участковыми врачами терапевтами и врачами общей практики уже на этапе первичного звена в качестве маркеров ранней диагностики.

Проведен анализ историй болезни 6 пациентов с остеопорозом, среди них 2 мужчин и 4 женщины в возрасте от 52 до 78 лет, проходивших лечение в СПб ГБУЗ ГБ №28 «Максимильяновская». Были изучены признаки проявления остеопороза в полости рта анамнестически, клинически, а также инструментальными методами: внутриротовой рентгеновский снимок, панорамные рентгенограммы, трехмерные изображения при компьютерной томографии.

Результаты. Определены ранние стоматологические симптомы остеопороза: образование пародонтальных карманов, кровоточивость десен, повышение чувствительности зубов к сладкому, кислому; повышение температурной чувствительности, развитие патологической подвижности зубов, обнажение корней зубов, ухудшение индексов гигиены.

При прогрессировании заболевания появлялись соматические жалобы. Все пациенты предъявляли жалобы на мышечную слабость, боли, частые

падения либо наличие более двух переломов. Отмечалось снижение роста, нарушение осанки (сколиоз у мужчин), шаркающая походка или хромота. При осмотре полости рта определялись: обильный зубной налет, твердые зубные отложения, выраженная подвижность зубов.

С помощью инструментальных методов было выявлено диффузное разрежение костной ткани челюстей. По мере прогрессирования остеопороза челюсти выявлялась деструкция, остеолиз, остеомаляция, атрофия и даже некротические процессы.

Таким образом, участковым врачам терапевтам и врачам общей практики для ранней диагностики остеопороза рекомендуем уделять внимание жалобам пациентов на указанные ранние стоматологические симптомы, тщательно осматривать полость рта пациентов, своевременно направлять на консультацию к стоматологу. С другой стороны, большую роль для ранней диагностики остеопороза играет своевременное выявления рисков его развития врачами стоматологами и направление пациента на консультацию к врачу специалисту. В тактике ведения пациентов, принимающих терапию по поводу остеопороза, рекомендуем составление общего плана лечения для междисциплинарной команды врачей. Соответственно, полученные результаты еще раз подчеркивают необходимость в междисциплинарном подходе к диагностике и лечению остеопороза для достижения положительного эффекта как на опорный скелет, так и на зубочелюстную систему.

ОЦЕНКА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДНК ВГВ СРЕДИ HBSAG-НЕГАТИВНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Останкова Ю.В., Серикова Е.Н., Семенов А.В.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка встречаемости ДНК ВГВ среди HBsAg-негативных беременных женщин.

Материалы и методы. Материалом служили 196 образцов плазмы крови, полученные от HBsAg-негативных беременных женщин. ДНК ВГВ экстрагировали с помощью комплекта реагентов для выделения РНК/ДНК из клинического материала «АмплиПрайм Рибо-преп» (ФБУН ЦНИИЭ, Москва), согласно инструкции производителя. Первичное определение ДНК ВГВ проводили методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени» с помощью коммерческого набора «АмплиСенс® HBV-FL» (ФБУН ЦНИИЭ, Россия), согласно инструкции производителя. Дальнейшее определение ДНК ВГВ проводили с использованием разработанных в ФБУН «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» двух способов, позволяющих выявлять ДНК ВГВ в биологическом материале при низкой вирусной нагрузке на основе nested-ПЦР с использованием комплекса перекрывающихся пар специфических праймеров, совместно фланкирующих полный геном ВГВ, с визуализацией результатов в агарозном геле и с детекцией в режиме реального времени. В дальнейшем осуществляли прямое секвенирование генома выявленных изолятов ВГВ.

Результаты и обсуждение. Инфицированность ВГВ беременных женщин во время гестационного периода подвергает плод высокому риску заражения, даже если заболевание протекает бессимптомно, и может привести к неонатальному гепатиту. Отметим при этом, что самый высокий риск (80-90%) хронической инфекции ВГВ наблюдается среди новорожденных с неонатальным гепатитом. Другие осложнения включают низкий вес при рождении и преждевременные роды в острой фазе заболевания, а также дородовое кровотечение и преждевременные роды. По оценкам почти 25% людей, зараженных вертикальным путем, умирает в зрелом возрасте от хронических заболеваний печени, связанных с инфекцией.

Средний возраст пациенток обследуемой нами группы составил 33,4 года (от 21 года до 46 лет). Среди 196 женщин 27,5% являлись суррогатными матерями. Срок беременности, на котором происходило взятие крови для анализа варьировал от 10 до 25 недель и составил в среднем 15,1 неделю. При использовании коммерческого диагностического набора не удалось выявить ДНК ВГВ. Однако при использовании разработанных нами способов ДНК ВГВ выявили у 7 женщин, то есть в 3,57% случаев. Отметим, что ни одного случая ВГВ не показано среди суррогатных матерей. Таким образом, среди женщин с естественной беременностью распространенность оккультного гепатита В составила 4,92%. Беременные женщины считаются дозорной группой, так как представляют собой относительно невыделенную группу населения, для которой данные о встречаемости вирусных маркеров могут быть распространены на все сексуально активное гетеросексуальное население, то есть, можно предполагать сходную распространенность оккультного ВГВ.

При филогенетическом анализе показано преобладание ВГВ генотипа D по сравнению с ВГВ генотипа А. Субгенотип D2 определен у 3 пациенток, D1 – у 2 пациенток, по одному случаю субгенотипы D3 и A2.

Выводы. Встречаемость оккультного гепатита В среди HBsAg-негативных 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.

РЕПЛИКАЦИЯ ВИРУСА В ТКАНЯХ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Останкова Ю.В.[1], Серикова Е.Н.[1], Прийма Е.Н.[2], Басина В.В.[2], Габдрахманов И.А.[3], Семенов А.В.[1]
[1]Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
[2]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
[3]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить репликацию вируса гепатита В в тканях печени у пациентов с разными стадиями заболевания хроническим вирусным гепатитом В.

Материалы и методы. Материалом служили образцы биопсийного материала ткани печени от 171 пациента, проживающих на территории РФ и стран Средней Азии. Представлены пациенты со следующими первичными диагнозами: 16 пациентов с неактивным носительством HBsAg, 25 пациентов с ХВГВ умеренной активности, 36 больных ХВГВ в фазе иммунного контроля, 29 больных ХВГВ в фазе реактивации, 31 пациент с ХВГВ с выраженным фиброзом и циррозом печени, 11 пациентов с ХВГВ с выраженным фиброзом и циррозом печени с коинфекциями, в том числе 6 пациентов с ВГВ + ВГД и 5 пациентов с ВГВ+ВГС, а также 23 пациента с выраженным фиброзом и циррозом печени иной этиологии, в том числе 13 больных с первичным диагнозом ХВГС и 10 с гепатитом неясной этиологии. Выявление и количественную оценку кольцевой ковалентно-замкнутой ДНК ВГВ проводили согласно методике T. Pollicino с модификациями, разработанными в НИИ им. Пастера.

Результаты и обсуждение. Известно, что содержание ккз ДНК ВГВ в тканях печени отражает активность репликации вируса. При количественной оценке содержание ккз ДНК ВГВ в ткани печени больных ХВГВ умеренной активности и неактивных носителей HBsAg достоверно отличалось ($p<0,034$), и в пересчете количества копий ккз ДНК ВГВ на клетку у больных ХВГВ умеренной активности составило 1,71±1,32 копий/кл, а у неактивных носителей HBsAg – 0,15±0,14 копий/кл. Содержание ккз ДНК ВГВ у больных ХВГВ в фазах реактивации и иммунного контроля составило 1,03±0,03 копий/кл и 1,02±0,01 копий/кл, соответственно, достоверных отличий между фазами естественного течения ХВГВ не выявлено. Среди больных с выраженным фиброзом и циррозом печени количество ккз ДНК ВГВ у пациентов с моноинфекцией ВГВ составило в среднем 2,5±0,4 копии/кл, с коинфекцией ВГВ+ВГД – 0,7±0,25 копий/кл, с коинфекцией ВГС+ВГВ – 0,45±0,07 копий/кл.

Обращает на себя внимание группа из 13 пациентов с первичным диагнозом ХВГС и 10 пациентов с гепатитом неясной этиологии. При использовании общепринятых методов анализа с помощью коммерческих наборов ДНК ВГВ в биоптатах выявлены не были. Однако кольцевая ковалентно замкнутая ДНК ВГВ была выявлена в тканях печени у 8 из 13 пациентов с ХВГС и у 9 пациентов с гепатитом неясной этиологии. Таким образом, частота выявление оккультного ВГВ у больных ХВГС составила 61,5%, у больных с гепатитом неясной этиологии – 90%, соответственно. При количественном анализе содержание ккз ДНК ВГВ у пациентов с предварительным диагнозом ХВГС в среднем составило 0,12±0,04 копий/кл, а у пациентов с гепатитом неясной этиологии – 0,2±0,05 копии/кл.

Выводы. Отличие уровней репликации ВГВ в тканях печени у пациентов в обследуемых группах способствует пониманию механизма прогрессирования заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности оккультного ВГВ у пациентов с выраженным фиброзом и циррозом печени и предварительным диагнозом ХВГС и гепатит неясной этиологии, что свидетельствует о необходимости внедрения более чувствительного анализа при работе с такими пациентами.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МУТАЦИЙ ВИРУСА ГЕПАТИТА В ПРИ МОНО- И КОИНФЕКЦИИ

Останкова Ю.В.[1], Серикова Е.Н.[1], Прийма Е.Н.[2], Габдрахманов И.А.[3], Семенов А.В.[1]
[1]Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
[2]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
[3]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Сравнительный анализ распространенности клинически значимых мутаций ВГВ у пациентов с моно- и коинфекцией.

Материалы и методы. Материалом служили образцы плазмы крови, полученные от пациентов с острым гепатитом В, хроническим гепатитом В, пациентов с коинфекцией ВИЧ+ВГВ. ДНК ВГВ экстрагировали с помощью комплекта реагентов для выделения РНК/ДНК из клинического материала «АмплиПрайм Рибо-преп» (ФБУН ЦНИИЭ, Москва), согласно инструкции производителя. Проводили ПЦР с использованием комплекса перекрывающихся пар специфических олигонуклеотидов, совместно фланкирующих полный геном ВГВ, с последующим секвенированием нуклеотидных последовательностей изолятов.

Результаты и обсуждение. В ходе работы не выявлены мутации лекарственной устойчивости или вакцинного бегства среди пациентов с острым гепатитом В. У пациентов с хроническим гепатитом В клинически значимые мутации выявлены в 23,2% случаев. Мутации вакцинного бегства (R122K, M133I, 134N) выявлены у 16,7% больных ХВГВ. Ассоциированные с развитием гепатоцеллюлярной карциномы мутации в pre-Core регионе (S11F, G1896A) показаны у 8,6% пациентов. Мутации лекарственной устойчивости не выявлены, однако показаны естественные полиморфные замены в позициях лекарственной устойчивости Р-области (236, 250). Среди изолятов ВГВ, выявленных у ВИЧ-инфицированных пациентов, также были обнаружены мутации, имеющие клиническое значение. Так, у 5,67% пациентов обнаружены мутации, приводящие к устойчивости по отношению к ламивудину и перекрестной устойчивости к телбивудину и энтекавиру – L180M, M204V. У 11,53% больных обнаружен штамм с мутацией G1896A в pre-Core регионе, ассоциированной с развитием тяжелых форм заболеваний печени, а также с риском развития гепатотоксичности при антиретровирусной терапии.

У 15,7% больных в регионе Pre-S1/Pre-S2/S обнаружена мутация D144A, отвечающая за развитие лекарственной устойчивости, а также способная снижать связывание с антителами анти-HBs при вакцинации против гепатита В за счет изменения аминокислотных остатков в области детерминанты «а» поверхностного антигена, минуя нейтрализующую активность этих антител, то есть приводящая к ускользанию вируса от вакцины. В этом же регионе у 3,84% пациентов выявлены мутации, приводящие к появлению стоп-кодона и нарушению синтеза белка.

Выводы. Своевременное выявление клинически значимых мутаций вируса гепатита В будет способствовать эпидемиологическому надзору за штаммами с мутациями вакцинного бегства и мутациями лекарственной устойчивости, а также позволит предсказать прогрессирование заболевания.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ЭНТЕРОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА: ЧТО ВАЖНО ДЛЯ КЛИНИЦИСТА?

Оточкин В.В., Розенгауз Е.В., Чернышев М.Д., Занин С.Е.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Болезнь Крона – это хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание, которое поражает различные отделы желудочно-кишечного тракта. Визуализация тонкой кишки для оценки степени и протяженности воспалительных изменений затруднена для всех методов лучевой и эндоскопической диагностики. Магнитно-резонансная томография (МРЭ) – это единственный неинвазивный метод лучевой диагностики, который позволяет определить не только локализацию и протяженность изменений, но и структуру стенок тонкой кишки, что дает колоссальные возможности для дифференциальной диагностики болезни Крона.

Цель работы. Определить возможности магнитно-резонансной энтерографии в дифференциальной диагностике воспалительных и опухолевых изменений тонкой кишки.

Материалы и методы. Магнитно-резонансная томография выполнялась на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла с получением Т1, Т2 взвешенных изображений (ВИ) с подавлением жира (2D FIESTA) в трех плоскостях и диффузионно-взвешенных изображений (ДВИ). Препараты, содержащие полиэтиленгликоль и маннитол, использовались в качестве пероральных контрастных агентов. МРЭ выполнена у 93 пациентов. Среди симптомов наиболее часто встречались: боли в животе, повышение температуры тела, кровь в стуле.

Результаты и обсуждение. Необходимость дифференциальной диагностики болезни Крона с опухолевым процессом возникала только при впервые выявленном выраженном активном воспалении при МРЭ с утолщением стенок более 6 мм. Трудности в дифференциальной диагностике природы утолщения стенок связаны со схожими МР-характеристиками воспаления и опухоли: МР-сигнал средней интенсивности на Т1 и Т2 ВИ от утолщенных стенок, рестрикция на ДВИ и поражение лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки. Терминальный отдел подвздошной кишки был вовлечен у 69 пациентов (n=69; 74%). При патоморфологическом исследовании удаленных участков у

7 пациентов (n=7; 10%) была выявлена лимфома, у 2 пациентов – рак илеоцекального угла (n=2; 3%), у остальных (n=60) по данным биопсии при проведении фиброколоноскопии диагностирована болезнь Крона. Для опухолевого процесса тонкой кишки было характерно утолщение стенок до 8-10 мм с полицикличными контурами (n=9) и отсутствием анатомической структуры; рестрикция на ДВИ. Стенки тонкой кишки у пациентов с болезнью Крона во всех случаях были утолщены не более 6 мм с сохранением анатомических слоев. МР-сигнал на ДВИ от утолщенных стенок был повышен у 42 пациентов с болезнью Крона (n=42; 70%), из них лишь у 25 пациентов отмечалась рестрикция на ADC-картах. Изменения стенок тонкой кишки у остальных пациентов (n=17) были обусловлены поствоспалительным фиброзом с отсутствием повышения МР-сигнала на ДВИ.

Выводы. При всей схожести диагностических критериев при МР-энтерографии и клинических симптомов болезни Крона и опухоли тонкой кишки нельзя пропустить новообразование. Среди дифференциально-диагностических критериев воспалительных изменений и опухолевого процесса тонкой кишки при МР-энтерографии наиболее значимыми являются: степень утолщения стенок, характер контуров, сигнальные характеристики на диффузионно-взвешенных изображениях.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

Пайкова А.С., Романова С.Е., Большакова Л.И., Ушакова С.Е.
Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

Цель исследования. Оценить эффективность стабилометрического тренинга с биологической обратной связью для коррекции риска падений у пациентов с синдромом старческой астении (ССА).

Материалы и методы. На базе гериатрического отделения ОБУЗ ИКБ им. Куваевых было обследовано 55 пациентов в возрасте от 63 до 92 лет (средний возраст 75,7±0,9) с синдромом падений по данным Краткой батареи тестов физической активности (The Short Perfomance Battary, SPPB). В группе обследованных было 45 женщины (82%) и 10 мужчин (18%). Всем пациентам проведено общеклиническое обследование. На стабилометрическом комплексе «ST-150» были получены показатели риска падений и проведен пятидневный тренинг «Восстановление баланса». Математическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica» версии 6.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты и обсуждение. При проведении комплексной гериатрической оценки у всех обследованных выявлен ССА и гериатрический синдром полиморбидности. Артериальная гипертония была выявлена у 91% пациентов, хроническая сердечная недостаточность у 65% пациентов, инсульт в анамнезе у 14% пациентов, хроническая ишемия головного мозга 2 стадии у 87% пациентов, хронические заболевания легких у 14% пациентов, заболевания желудочно-кишечного тракта у 24% пациентов, хроническая болезнь почек у 13 % пациентов, сахарный диабет у 53% пациентов, остеоартроз и остеопороз у 45% и у 5% пациентов соответственно. У 37% пациентов имелось выраженное нарушение функции равновесия, у 59% пациентов – умеренное нарушение функции равновесия. 45% пациентов имели выраженную фронтальную асимметрию влево, 22% пациентов выраженную фронтальную асимметрию вправо, а 89% пациентов выраженную сагиттальную асимметрию назад. Нормально сбалансированный зрительно/проприоцептивный контроль был зафиксирован у 19% пациентов, проприоцептивный контроль преобладал у 18% пациентов, а зрительный контроль у 63% пациентов. У всех пациентов с риском падений было зафиксировано увеличение амплитуды колебаний центра давления (ЦД), что привело к увеличению площади статокинезиограммы (S(о) 391,6000 [12,6; 3346,0] мм@^{2}, и S(з) 276,35 [18,0; 2825,1] мм@^{2}, повышению скорости движения ЦД (V(о) 16,15 [-160,9; 45,3] мм/с и V(з) 17,4000 [154,000; 43,000] мм/с, увеличению энергозатрат на поддержание равновесия (Av(о) 267, 3050 [36,050; 3600,990] мДж/с и Av(з) 344,0450 [39,670; 4247,910] мДж/с). После проведения тренинга с биологической обратной связью (БОС) была зафиксирована положительная динамика: улучшение общей результативности у 82% пациентов (от 4% до 92%, в среднем на 48±7,9%); улучшение функции равновесия у 70% пациентов (от 9 до 62%, в среднем на 35,5±5,2%); улучшение когнитивного контроля у 53% пациентов (от 18% до 179%, в среднем на 98±15,0%); улучшение времени реакции у 82% пациентов (от 8% до 55%, в среднем на 31.5±5,2%); улучшение координации движения у 53% пациентов (от 5% до 83%, в среднем на 44±6,6%). Получено достоверное снижение V(з), что свидетельствует об улучшении баланса. Полученные данные соответствуют данным современной литературы, в которых было доказано, что стабилометрический тренинг с визуальной БОС

улучшает состояние баланса при некоторых церебральных патологиях: болезни Паркинсона, инсульте, рассеянном склерозе. Применение тренинга со слуховой БОС также улучшает равновесие у пациентов с заболеваниями центральной нервной системы.

Выводы. Включение стабилометрического тренинга с БОС в комплексное лечение ССА и синдрома падений улучшает показатели баланса у лиц пожилого и старческого возраста.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ

Панарина И.Н., Шкатова Я.С., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Сердечно-сосудистые заболевания довольно часто встречаются у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и утяжеляют ее течение. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается при изменении показателей липидного спектра крови (повышении уровня холестерина и липопротеидов низкой плотности).

Цель. Определить влияние терапии статинами на показатели функции внешнего дыхания (ФВД) у больных с ХОБЛ 2-3 ст. в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Обследованы 30 больных ХОБЛ 2-3 ст. с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС и/или гипертоническая болезнь). Всем больным проводились клинико-лабораторные методы исследования, спирометрия с определением ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, показателей липидного спектра крови (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП) до и после терапии симвастатином (20 мг в сутки) в течение 2 месяцев.

Результаты и обсуждение. На фоне приема симвастатина у 30 больных с ХОБЛ и сердечно-сосудистыми заболеваниями наблюдалось снижение общего холестерина в среднем на 14,5 (12,1; 18,8) %, триглицеридов на 9,2 (8,5; 10,9) %. Помимо этого отмечалось улучшение показателей функции внешнего дыхания: ОФВ1 на 6 (5; 7,8) %, индекса Тиффно на 3 (2,1; 5,3) %, ФЖЕЛ на 5 (4,3; 6,5) %.

Таким образом, использование статинов у больных ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывает действие не только на показатели липидного спектра крови, но и улучшает некоторые параметры ФВД, что возможно связано с описанными плейотропными эффектами статинов в виде уменьшения выраженности системного воспаления.

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА (ПФР) У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИК

Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Голухова Е.З., Бокерия Л.А.
Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева,
Москва

Цель. Сравнительный анализ анкет-опросников оценки психофизиологического статуса больных ≥75 лет и ≤60 лет до хирургической коррекции КПС. Материалы и методы: 173 пациента, средний возраст – 68±12,6 лет (от 55,2 до 81,5 лет), до операции коррекции КПС было проведено анкетирование по шкалам-опросникам ПФР: EFI, CCI, SF-36 и SAGE. I группа – 92 пациентов ≥75 лет (ср. возраст 78±2,3 лет) и II группа контроля – 81 больных ≤60 лет (ср. возраст 57,1±2,6 лет). В I группе к III ФК по NYHA было отнесено 39-42,4% больных, к IV ФК – 53-57,6%. Во II группе к III ФК по NYHA было отнесено 45 пациентов – 55,6%, к IV ФК – 36-44,4%. Ср. ES II в I группе составил 13,1±4,1% (3,9-22,9%), ср. ES II во II группе – 10,9±2,0% (0,7-15,3%) (p>0,05).

Операции в I группе: коррекция 1 клапана – 58,7%, 2-х клапанов – 18,5%, 3,3% пациентам были выполнены сочетанные операции. ЧКВ коронарных артерий при сопутствующей ИБС было выполнено 19,5% пациентам перед коррекцией КПС. Операции в группе контроля: коррекция 1 клапана – 18,5%, 2-х клапанов – 46,9%, сочетанные операции выполнены 32,1% больным. Этапное лечение было проведено 2 (2,5%) пациентам.

Ср. время ИК в I группе - 129±3 сек., пережатие Ао – 33±4 мин. Ср. время ИК в группе контроля – 140±1,2 мин., пережатие Ао – 46±5,7 мин. (p<0,05).

Результаты. По EFI в I группе от уязвимых → изношенных было отнесено 75,3% пациентов (13% изношенный), 24,7% пациентов были сохранные. Во II группе 55,2% пациентов были сохранными, 44,1% – уязвимыми и болезненными, 3 (3,7%) – умеренно изношенными. Т.о., в I группе преобладало больше изношенных больных, чем в группе контроля (p<0,05).

Ср. CCI в группе старых больных составил 6,1±2,7 (3-8). При этом ГБ у 100%, ХБП 3 ст. (СКФ≤50 мл/мин) у 78,1% пациентов, ХОБЛ (GOLD 1-2 с MVV=<50% от должного) – у 46%, ИБС – у 22,8%, СД 2 типа (HbA1c>7,8%) – у 26,8%, ожирение (ИМТ ≥30) – 11,3%. В группе контроля ср. балл по CCI – 3,2±1,8 (1-6): ГБ – у 76%, ИБС – у 34,6%, ХБП 3 ст. (СКФ≤50 мл/мин) – у 7,1%, СД 2 типа (HbA1c >7,8%) – у 6,4%, ХОБЛ (GOLD 2 с MVV=<50% от должного) – у 5%, ожирение – у 10%, ОНМК/ТИА – у 3% пациентов. Т.о., больные I группы были более коморбидны, чем во II группе (p<0,05).

По SF-36 в I группе низкое КЖ было отмечено по всем категориям оценки, кроме жизнеспособности (ЖС), а в группе контроля низкие баллы были получены только по категориям РФФ (53,6±3,3) и боль (48,8±6). По опроснику SAGE, нами отмечено, что у 60,7% больных старого возраста до операции не было выявлено когнитивных нарушений (17-22 баллов), а у 30,9% пациентов были от умеренных до тяжелых когнитивных нарушений (15-12 баллов). Во II группе у 82,7% больных не было когнитивных нарушений, а у 17,3% больных отмечены умеренные когнитивные нарушения. Т.о. в I группе было значительно больше больных с умеренными и пограничными когнитивными нарушениями (p<0,05).

Нелетальные осложнения после операции в группе старых – 43,9%: ОСН – 14,6%, пневмония –10,9%, СПОН – 8,5%, кровотечение – 6,1% (3 – реторакотомии, 1 – колоректальное), ОНМК – 3,8% больных. В группе контроля – 14,5%: ОСН – 6% (1 ВАБК), СПОН (ГД при ОПН) – 6%, пневмония – 2,5%. Предикторами развития нелетальных осложнений в обеих группах были: ES II - ≥8, балл по CCI≥3, показатель по EFI уязвимый → изношенный (p<0,05). Возраст ≥75 лет значительный предиктор п/о осложнений, чем возраст <60 лет. Предиктором развития ОСН и СПОН в обеих группах был: сочетанный характер вмешательства, CCI – 5 (p<0,05). Показатель ES II не был предиктором п/о осложнений в обеих группах, что вероятно обусловлено малой выборкой больных (p>0,05). Низкий уровень КЖ и балл по SAGE (≤17) также не оказывали влияния на развитие нелетальных осложнений в обеих группах (p>0,05).

Госпитальная летальность в I группе – 11,9% (10): ОСН – 5, пневмония – 2, ОНМК – 2 и ТЭЛА – 1. После сочетанных операций 2 летальных исхода – 2,2%. В группе контроля – 3,7% (3): ОСН – 2, СПОН – 1. Предикторы летальности в I группе: сочетанная операция, ES II ≥8 (p<0,05). Предикторы летальности в обеих группах: сочетанная операция, CCI≥6 (p<0,05).

При выписке из клиники группе старых больных улучшение ФК по NYHA: 38 (46,3%) больных перешли из IV ФК в III ФК по NYHA, а 44 (53,7%) пациент перешел из IV и III ФК во II ФК по NYHA. Во II группе больше больных перешли из IV в III ФК, а большинство (76,3%) перешло из IV и III во II ФК по NYHA. Т.о. в группе контроля было больше пациентов, выписанных из клиники во II ФК по NYHA (p<0,05).

Заключение. Пациенты старого возраста были более изношенный (EFI), коморбидны (CCI), имели более высокий риск лечения по ES II чем больные контрольной группы, имели крайне низкое КЖ (SF-36) по всем категориям. Среднее время ИК в группе контроля при этом было достоверно вше, что обусловлено преобладанием сочетанных вмешательств в данной группе. Предиктором нелетальных осложнений в обеих группах был сочетанный характер вмешательства и высокая коморбидность, однако возраст ≥75 лет был более значимым предиктором п/о осложнений. Нами отмечено, что показатель ES II, КЖ (SF-36) и низкий когнитивный статус (SAGE) не оказывал влияния что на показатель нелетальных осложнений, что связано с малой выборкой больных и требует от нас набора большего материала.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С БЕССИМТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19

Первак М.Б., Герасименко В.В.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Изучить возможности мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной полости (ОГП) в выявлении и оценке изменений в легких у больных с бессимптомным течением COVID-19.

Материалы и методы. Проведена МСКТ ОГП 58 пациентам с положительным ПЦР-скринингом, не имевшим клинических симптомов COVID-19. У 29 пациентов выполнению МСКТ предшествовала рентгенография ОГП.

Результаты и обсуждение. По данным проведенной МСКТ, у 14 пациентов (24,1%) изменения в легких не выявлены. У остальных 44 пациентов (75,9%) определялось субплевральное и перибронховаскулярное распределение участков уплотнения легочной ткани, при этом двусторонняя инфильтрация отмечалась у 31 пациента (70,5%), односторонняя – у 13 исследу-

емых (29,5%). При двустороннем поражении у 24 пациентов (54,5%) визуализировались субплевральные периферические участки уплотнения, у 7 пациентов (15,9%), помимо этого, также участки инфильтрации в центральных отделах легочных долей, по ходу бронхов и сосудов: в 3 случаях (6,8%) – без их деформации и сужений, в 4 (9,1%) – с сужением видимых сосудистых веточек, вовлеченных в структуру уплотненной ткани. При одностороннем поражении изменения определялись чаще в правом легком – в 9 случаях (20,5%), реже – в левом (4 случая, 9,0%), участки перибронховаскулярного уплотнения ткани визуализировались только у 2 обследуемых (4,5%). При полисегментарном двустороннем поражении легких отмечалось превалирующее вовлечение средней и нижней долей правого легкого, нижней доли левого легкого, у 11 пациентов (25,0%) определялось вовлечение всех пяти долей с наличием мультифокальных разнокалиберных участков инфильтрации, у 23 пациентов (52,2%) отмечалось нарастание распределения инфильтрации в кранио-каудальном направлении. Только инфильтрация вторичной легочной дольки по типу «матового стекла» была выявлена у 38 больных (86,4%), у 6 пациентов (13,6%), помимо альвеолярной инфильтрации, отмечались единичные участки консолидации легочной ткани, при этом в задне-базальных отделах легких визуализировалась мелкоячеистая структура междолькового интерстиция за счет утолщения его стенок. По сравнению с МСКТ-данными у больных с клиническими проявлениями COVID-19, у обследованного контингента отмечалась более округлая форма участков инфильтрации в верхних долях легких, в нижних отделах легких снижение пневматизации легочной ткани имело пятнистый характер изменений, с наличием тонких тяжей к плевре. Результаты МСКТ были распределены на 4 группы (согласно визуальной эмпирической шкале оценки объема поражения легочной паренхимы): у 14 пациентов (24,1%) инфильтративные изменения в легких выявлены не были–КТ0, у 33 (56,9%) была установлена степень КТ1 (до 25% поражения легких), у 9 (14,7%) – КТ2 (от 25 до 50% поражения легких), у 2 (3,4%) – КТ3 (от 50 до 75% вовлечения легких). Субтотальный объем поражения паренхимы легких не определялся. Сопоставление данных МСКТ с результатами предшествующей рентгенографии ОГП показало, что у всех больных с КТ0, у 9 пациентов с КТ1 и 1 пациента с КТ-2 изменения в легких на рентгенограммах не визуализировались. В 5 случаях протяженность зон уплотнения легочной ткани при рентгенографии была значительно меньшей, чем при МСКТ.

Выводы. МСКТ ОГП является незаменимым методом для выявления изменений в легких у больных COVID-19 и показана даже при бессимтомном течении заболевания у пациентов с положительным ПЦР-скринингом.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Перцев А.В., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

В профилактике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) большое внимание уделено программам легочной реабилитации (ЛР), которые включают в себя физические тренировки дыхательной мускулатуры. Особую важность представляет собой течение ХОБЛ совместно с ожирением, которое оказывает влияние на степень тяжести, прогрессирование и дальнейший прогноз. У пациентов с сочетанием этих патологий наблюдается снижение качества жизни, учащение госпитализаций, что приводит к повышению затрат на лечение и росту показателей инвалидности и смертности.

Цель исследования. Повышение клинической эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких с ожирением за счет разработки и внедрения комплексной системы реабилитации пациентов, включающей обучение, использование общих физических тренировок и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы. В исследование было включено 84 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести с ожирением (44 мужчин, 40 женщин; средний возраст – 48,37±0,32 лет). Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 44 человек, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ был проведен курс ЛР; 2-ая группа – 40 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «(Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты и обсуждение. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ с ожирением, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания был проведен курс ЛР выявлена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: снижение числа обострений и госпитализаций в 2,3 и 2,7 раз соответственно,

достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья в 2,3 раза, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 62,51 м.

Выводы. Курс легочной реабилитации необходимо включать в схемы ведения пациентов с ХОБЛ и ожирением для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов в общей врачебной практике.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Перцев А.В., Перцева М.В., Ромашов Б.Б.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Эндемический зоб представляет собой увеличение объема щитовидной железы, что связывают с дефицитом йода в среде обитания. Постоянный дефицит йода приводит к разрастанию ткани железы и изменению ее функциональных свойств и структуры. Очень часто увеличение в объеме щитовидной железы не обеспечивает необходимый уровень тиреоидных гормонов в организме, и развивается гипотиреоз. При снижении уровня тиреоидных гормонов в крови отмечается повышение секреции тиреотропина, что вызывает сначала диффузную гиперплазию железы, а затем происходит развитие узловых форм зоба. При длительной сохраняющейся недостаточности йода развивается гиперплазия и гипертрофия тиреоцитов, одновременно с этим их очаговая дистрофия, некробиотические изменения, склеротические процессы в железе.

Цель исследования. Выявить распространенность и особенности изменений щитовидной железы у жителей г. Воронежа и Воронежской области, обосновать программу необходимых лечебно-профилактических и диагностических мероприятий у данного контингента населения.

Материалы и методы. В качестве базовой основы для анализа были использованы материалы диспансерного обследования пациентов в возрасте 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 T-теста в программе Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных было установлено, что объем щитовидной железы не превышал показатели возрастной нормы, составляя 6,7+1,3 $см^3$. 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+1,2 $см^3$, у женщин – 7,3+1,2 $см^3$. 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.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Перцев А.В., Резова Н.В., Шкатова Я.С., Перцева М.В., Токмачев Р.Е.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – третья ведущая причина смерти во всем

мире. В ее патофизиологии не последнюю роль играют ожирение и диета. Ожирение с одной стороны, ассоциировано со снижением легочных функций, с другой оказывает протективное действие при тяжелой ХОБЛ. Характер потребления питательных веществ и режим питания также связаны с легочными функциями, что отражается на характере течения и прогрессировании ХОБЛ.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ХОБЛ у больных с ожирением, проанализировать степень влияния ожирения на течение ХОБЛ в целом для разработки комплексной программы легочной реабилитации.

Материалы и методы. В исследование было включено 98 человек с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести в стадии ремиссии – 42 женщин (43,0%) и 56 мужчин (57,0%), 49,31±0,18 лет – средний возраст. Все пациенты на основании комплексного обследования были разделены на 2 группы – больные ХОБЛ без ожирения и больные ХОБЛ с ожирением, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ была проведена вакцинация против гриппа. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной Гриппол однократно в осенне-зимний период. Комплексное обследование включало в себя оценку антропометрических показателей с расчетом индекса массы тела (ИМТ); оценку липидного спектра крови, спирометрию и оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «(Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты и обсуждение. Через 12 месяцев наблюдения у пациентов с ХОБЛ и ожирением на фоне стандартной медикаментозной терапии и вакцинации против гриппа в 1,6 раза снизилось число обострений основного заболевания; в 1,4 раза уменьшилось число госпитализаций, отмечалась положительная динамика степени выраженности клинических симптомов ХОБЛ, статистически значимо снизилась активность системного воспалительного ответа проявившаяся в виде снижения уровня показателей провоспалительного профиля – ИЛ-6 в 1,3; ИЛ-8 в 1,4; ФНО-α в 1,3 раза.

Выводы. У больных ХОБЛ и ожирением за счет снижения числа обострений основного заболевания, госпитализаций, уменьшения выраженности клинической симптоматики, получено достоверное положительное влияние на эмоциональное восприятие болезни, психосоциальную адаптацию, физический и психологический компоненты качества жизни.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРА

Перцева М.В., Гречкин В.И., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Лихорадочные состояния – это важный и часто встречающийся в терапевтической практике универсальный диагностический симптом, за которым может скрываться широкий спектр заболеваний. Прежде всего к ним относятся болезни инфекционного характера, неопластические и воспалительные системные заболевания, включающие немало жизнеопасных патологий. Отдельного внимания засуживают лихорадки неясного генеза, характеризующиеся стойким (от 3 недель) повышением температуры выше 38ºС при отсутствии инфекционной или локальной симптоматики и невозможности постановки диагноза после рутинного обследования длительностью 7 дней.

Цель исследования. Оценить структурную характеристику лихорадочных состояний больных с различной клинической картиной терапевтического профиля и возможности их дифференциальной диагностики на этапе стационара.

Материалы и методы. В исследование было включено 80 человек, которые находились на обследовании или лечении по поводу наличия лихорадочного состояния длительностью более 5 дней в терапевтическом, пульмонологическом и кардиологическом отделениях БСМП. Данным пациентам на этапе приемного отделения были проведены рутинные диагностические мероприятия (общие анализы крови и мочи, биохимические исследования), по показаниям – рентгенография органов грудной клетки, КТ, УЗИ внутренних органов. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» и кафедры факультетской терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2019 по 2020 год. Обследуемым всех групп были проведен стандартный спектр диагностических мероприятий, необходимых для постановки окончательного диагноза. Регистрация и обработка полученных о пациентах, данных осуществлялась с применением программы STATISTICA 6.1.

Результаты и их обсуждение. Из 80 обследованных нами лихорадящих больных было выявлено на стационарном этапе 32 случая пневмонии (из них 10 диагнозов было поставлено уже на этапе поликлиники), 6 случаев бронхита, 14 – инфекционного

эндокардита, 5 – хронического гепатита алкогольной этиологии, 2 случая системной красной волчанки, 2 – псевдосептического варианта ревматоидного артрита, 10 – острого пиелонефрита и 9 – опухолей различной локализации. При наличии симптомов пневмонии из 32 исследуемых больных только у 24-х определялся лейкоцитоз со сдвигом влево (75% случаев), а инфильтрация в легких в первые 3 дня – у 28 пациентов (88%), что затрудняло диагностическую задачу на первом этапе. Наиболее частыми причинами возникновения лихорадочного состояния у исследуемых больных были следующие заболевания: пневмония, пиелонефрит, инфекционный эндокардит.

Выводы. Подробный анализ наблюдаемой клинической картины с учетом выявления групп риска и в сочетании с достаточным объемом и качеством лабораторно-инструментальных исследований в большинстве случаев позволяет правильно дифференцировать причину возникновения лихорадочного состояния у больных на поликлиническом и стационарном этапах. При этом некоторые полученные показатели могут оказаться малоинформативными и требуют повторения диагностической процедуры для уточнения диагноза.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА

Перцева М.В., Гречкин В.И., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Проблема дифференциальной диагностики систолического шума на верхушке сердца попрежнему является актуальной. Систолический шум, выслушиваемый на верхушке сердца, может быть связан с различными заболеваниями, поражением, как клапанов, так и неклапанных структур. Дифференциальная диагностика при этом может быть сопряжена с определенными трудностями, тактика зачастую оказывается различной - наблюдение, медикаментозная терапия, оперативное лечение. Все это требует систематизации знаний врача терапевта, кардиолога, умения интерпретировать результаты как простых, так и сложных методов диагностики.

Цель исследования. Изучить структуру заболеваний и методы дифференциальной диагностики у пациентов с наличием систолического шума на верхушке сердца, а также выработать тактику врача при том или ином состоянии.

Материалы и методы. Всего обследовано 67 больных в возрасте от 20 до 58 лет с преимущественной локализацией систолического шума на верхушке сердца, находившихся на лечении в кардиологических и терапевтическом отделениях больницы скорой медицинской помощи. Всем больным, помимо рутинных методов клинического и биохимического исследования крови и мочи, проводились ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца с использованием методик импульсно- и постоянноволнового допплеровского исследования, цветного допплеровского картирования.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частой причиной систолического шума в области верхушки сердца оказался пролапс митрального клапана. Он был выявлен у 27 больных. Из 27 больных с установленным диагнозом пролапса митрального клапана у 12 были жалобы на ноющие и колющие боли в области сердца, у 5 – перебои в работе сердца, у остальных жалобы отсутствовали. При осмотре грудной клетки у 3 пациентов была выявлена «грудь сапожника», у 2 – «куриная грудь». Перкуторно границы сердца у всех обследуемых были нормальными. При аускультации у 8 пациентов определялся систолический шум (у 4-х – поздний), у 5 – систолический щелчок и поздний систолический шум, у 2-х – изолированный систолический щелчок, у остальных изменений аускультативной картины выявлено не было. При ультразвуковом исследовании сердца у 12 пациентов выявлен пролапс передней створки митрального клапана, у 6 – задней створки, у 9 – пролапс обеих створок митрального клапана. При рентгенологическом исследовании у данной категории больных отклонений выявлено не было.

Выводы. 1. Систолический шум на верхушке сердца является наиболее частой аускультативной находкой. 2. Причиной систолического шума на верхушке сердца в 27 случаях явился пролапс створок митрального клапана, в 23 – недостаточность митрального клапана той или иной этиологии, в 2 случаях – гипертрофическая кардиомиопатия, в 5 – стеноз устья аорты с максимальной интенсивностью шума на верхушке. 3. Дифференциальная диагностика должна базироваться на тщательном анализе клинической картины, данных современных инструментальных методов исследования. 4. Своевременное выявление того или иного порока митрального клапана является залогом его успешной коррекции.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ АНЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Перцева М.В., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из распространенных и прогрессирующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Увеличение продолжительности жизни населения и возрастание доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения способствует возрастанию у них количества патологических состояний. В основе анемии всегда лежит уменьшение в периферической крови концентрации переносчика кислорода – гемоглобина, что влечет за собой нарушение биохимических процессов, гипертрофию сердечной мышцы и постепенное нарастание стойких изменений миокарда.

Цель исследования. Определить влияние анемии на развитие тревожно-депрессивных расстройств у больных с ХСН различных возрастных групп, наблюдаемых в стационарных условиях.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 76 пациента с ХСН, в том числе 42 мужчина (55%) и 34 женщин (45%), в возрасте от 38 до 67 лет, средний возраст составил 62,3±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 состояние – 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.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

Петров А.А., Орехова Л.Ю., Лобода Е.С.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить функциональное состояние системы микроциркуляторного русла тканей пародонта при различных клинических случаях.

Материалы и методы. Проводилось стандартное стоматологическое обследование 60 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет. В дальнейшем проводилась градация пациентов на следующие исследуемые группы: А (n=15) – пациенты, не состоящие на учете у врача-интерниста; Б (n=15) – пациенты, курящие сигареты; В (n=15) – пациенты с синдромом «Text neck»; Г (n=15) – пациенты с сахарным диабетом 2 типа. Определялся пародонтологический статус пациентов посредством индексной оценки гигиенического (OHI-s, SL) и пародонтологического (PMA, SBI) состояния, а также использовались специальные методы исследования – рентгенодиагностика (КЛКТ) и ультразвуковая допплерография тканей пародонта.

Результаты и обсуждение. В ходе обработки искомых данных были получены следующие результаты: гигиеническое состояние группы А и Б, находится на удовлетворительном уровне, что соответствует индексной интерпретации (OHI-s, SL) – средний уровень индекса – группа А: 0,84±0,05 б. и 0,73±0,05 б.; группа Б: 0,89±0,05 б. и 0,77±0,05 б. В свою очередь, показатели индексов гигиены (OHI-s, SBI) хуже в группах В: 1,72±0,04 б. и 1,64±0,03 б. и Г: 1,68±0,04 б. и 1,52±0,04 б. А наибольшие показатели пародонтологического состояния наблюдаются в группах Б, В и Г: группа Б: PMA – 26,14±0,41%; SL – 1,11±0,01; группа В: PMA – 38,12±0,46%; SL – 1,34±0,02; группа Г: PMA – 37,24±0,51%; SL – 1,29±0,02 относительно группы А: PMA – 12,24±0,76%; SL – 0,97±0,02, что свидетельствует о воспалительных явлениях в тканях пародонта. Наибольшие исходные показатели микроциркуляции в тканях пародонта были обнаружены в группе А (7,29±0,24 см/с), наиболее сниженные показатели – в группе Г (4,46±0,28 см/с). С целью определения реактивности сосудов пародонта проводилась функциональная проба по непрямому воздействию тепла и холода, в которой зарегистрированы атипичные виды реакций (монотонная, замедленная) в группах Б, В и Г.

Выводы. Понимая особенности функционального состояния тканей пародонта при различных клинических ситуациях, практикующий врач может использовать соответствующие клинические процедуры для достижения благоприятных результатов лечения. В данном исследовании доказано, что при сравнении различных исследуемых групп, а именно курящих пациентов, пациентов с синдромом «Text neck», пациентов с сахарным диабетом 2 типа наблюдаются отличия индексной оценки (OHI-s, SL, PMA, SBI), а также исходных и динамичных показателей микроциркуляции в тканях пародонта.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Петрова Ю.В.[1], Иванова Р.Л.[1], Горемыкина М.В.[1], Ан И.К.[2], Адильханова Г.О.[2]
[1]Медицинский университет Семей,
г. Семей, Республика Казахстан,
[2]Городская больница №4,
г. Усть-Каменогорск, Республика Казахстан

Актуальность. По официальным данным МЗ Республики Казахстан за период с 2015 по 2020 годы отмечается динамика прироста БКМС на 25,7%, в том числе ревматоидного артрита на 67,8% на территории Восточно-Казахстанской области (ВКО). Так на 2020 год в поликлиниках ВКО состоит на учете 1899 больных. По данным литературы, у 20% пациентов стандартная базисная терапия не дает желаемого результата и такие больные нуждаются в применении генно-инженерных биологических препаратов. В Казахстане для лечения РА зарегистрированы и включены в клинические протоколы, утвержденные в 2016 г., почти все известные группы биологических препаратов. Однако их применение в реальной клинической практике ограничено высокой стоимостью этих препаратов. Последние 3 года подкожные формы ГИБП, в частности голимумаб, некоторые больные РА и АС получают за счет оплаты из республиканского бюджета, что позволило увеличить число больных получающих ГИБП.

Цель исследования. Изучить возможности применения ГИБП в реальной клинической практике в Восточном Казахстане.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ 59 медицинских карт больных, получающих лечение ГИБП на базе кабинета генно-инженерной терапии Университетского госпиталя НАО «МУС» и поликлиник городов Семей и Усть-Каменогорск за период 2015-2020 годы. Из них женщин – 50 (85%), мужчин – 9 (15%). Средний возраст на момента начала терапии – 45,7±10,2 года. Средняя продолжительность заболевания – 6,7±4,4 года. Из 59 пациентов у 51 – серопозитивный, у 8 – серонегативный ревматоидный артрит. За данный период 16 человек получали лечение препаратом тоцилизумаб, 43 человека – препаратом голимумаб. 1-3 инфузии получили 19 пациентов, 4 и более – 34, полный курс получили – 6.

Результаты и обсуждение. Была отмечена высокая клиническая эффективность у 52 больных (88,1%), резистентных к предшествующей базисной терапии. У всех пациентов купировались внесуставные проявления РА после 2-3 инфузий, максимальный клинический эффект достигнут после 4-5 инфузий. Средние значения индекса DAS28 до лечения составили 5,7 (±0,84), после 3-х инъекций DAS28=4,74 (±4,11), у пациентов, получивших полный курс DAS28=4,54 (±2,90). Среднее значение СОЭ до начала лечения =27,92 (±1,52) мм/час, после 1 инфузии – 18,26 (±1,69) мм/час, после 3-х инфузий – 18,20 (±1,57) мм/час, у больных, получивших полный курс лечения, – 15,5 мм/час (±1,52). Из 59 пациентов 8 не получили полный курс инъекций. Основные причины: появление различных побочных эффектов – 5 человек, смена места жительства- 3 человека. У остальных 51 пациента в процессе лечения и после не отмечалось каких-либо существенных побочных эффектов.

Выводы. Полученные данные подтверждают высокую эффективность биологических препаратов, однако их применение в реальной практике врача-ревматолога Восточного Казахстана ограничено, в связи с высокой стоимостью и большим количеством больных нуждающих в проведении генно-инженерной терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ПРИЗНАКАМИ ХОЛЕСТАЗА

Печерских М.В.[2], Ефремова Л.И.[1], Шаверская Э.Ш.[1]
[1]Ижевская государственная медицинская академия,
[2]Медицинский центр «Юнимед»,
г. Ижевск

Цель исследования. Совершенствование медицинской помощи больным хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ).

Материал и методы исследования. В условиях дневного стационара было обследовано 123 пациента с ХНХ. Всем больным помимо клинического были проведены лабораторно-инструменальные исследования, включая многофункциональное дуоденальное зондирование и динамическую радиоизотопную гепатобилисцинтиграфию.

Достоверные признаки холестаза были выявлены у 74,5% больных ХНХ. Нами оценивалось клиническое течение ХНХ у пациентов с признаками холестаза и отдельно – без холестаза.

В группе больных с холестазом были наиболее выражены дискинетические расстройства желчного пузыря (ЖП) и сфинктерного аппарата билиарного тракта, признаки внутрипеченочного холестаза, желчной гипертензии и недостаточности функционирования гепатоцитов, которые формируются на фоне аномалий ЖП в виде различных деформаций.

Исследование показало, что основными факторами, провоцирующими развитие внутрипеченочного холестаза у больных ХНХ, служат: аномалия развития ЖП, гиперкинетическая дискинезия ЖП и гипертонус сфинктера Люткенса, а также психо-эмоциональное перенапряжение и высокий уровень тревожности. Напряжение внутрипеченочных капиллярных и внутриклеточных транспортных систем на фоне холестаза ведет к нарушению функционирования гепатоцитов, способствует риску развития цитолиза и повреждению гепатоцитов.

Выводы. Выявленные особенности течения ХНХ с синдромом холестаза требуют дополнительной медикаментозной коррекции.

СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19

Пинаева А.С., Сукманова И.А.
Алтайский краевой кардиологический диспансер,
г. Барнаул

Цель исследования. Изучить стратегию ведения пациентов с острым коронарным синдромом в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфекционном госпитале Алтайского краевого кардиологического диспансера с 16 октября по 31 декабря 2020 года. За данный период времени в отделение было госпитализировано 373 человека с COVID 19, из которых 115 человек (80 мужчин и 35 женщин) были пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте от 40 лет до 91 года (средний возраст составил 70±1,1 лет). Пациенты с ОКС были разделены на 2 группы: первую группу составили лица с ОКСпST (52 (45,21%) человека), вторую с ОКСбпST (63 человека (54,78%), в том числе пациенты с нестабильной стенокардией – 28 человек (24,35%)). Всем пациентам выполнены общеклинический и биохимический анализ крови, в том числе определение в динамике высокочувствительного тропонина I крови, уровня С-реактивного белка, ферритина, ЛДГ, ЭКГ в 12-ти отведениях, эхокардиография на аппарате Phillips, мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (МСКТ ОГК), коронароангиография с о стентированием на ангиографе Phillips. Полученные данные обработаны при помощи статистических программ Microsoft Exel Word.

Результаты. Коронароангиография проведена у 72 (62,6%) пациентов с ОКС, из них ЧКВ выполнено у 48,7% (52 человека), 56,5% (65 человек) больных – пациенты с ранее проводимым ЧКВ в анамнезе. По данным КАГ многососудистое поражение коронарных артерий имели 58,57% (67 человек) пациентов с ОКС, поражение одной коронарной артерии наблюдалось в 4,29% (5 человек). Стеноз ствола левой коронарной артерии наблюдался в 22,2%, передней межжелудочковой артерии – в 84,72%, огибающей артерии – 69,44%, правой коронарной

артерии – 76,39%. Тромболитическая терапия (ТЛТ) проведена у 30,77% пациентов имеющих ОКСпST (16 человек), из них: у 37,5% (6 человек) догоспитально, 31,25% (5 человек) – госпитально, у 31,25% (5 человек) ЧКВ проведено после предшествующего тромболизиса, в 43,75% случаев сохранялась окклюзия сосуда с показаниями для его стентирования. Общее количество ЧКВ в группе пациентов с ОКСпST составило 32 человека (61,53%), у пациентов с ОКСбпST – 20 человек (31,75%). У 43 человек (37,39%), поступивших в госпиталь с клиникой ОКС, выбрана консервативная тактика ведения, в данной группе 58,14% (24 человека) составили пациенты с ОКСбпST.

Помимо стандартной терапии ОКС, 96,5% госпитализированных получали терапию ингибиторами РНК-зависимой РНК-полимеразы (фавипиравир). У 15,7% пациентов дополнительно применялись ингибиторы ИЛ-6 (олокизумаб, тоцилизумаб), 59,1% получали гормональную терапию, 81,7% – тройную антитромбоцитарную терапию на разных этапах госпитализации. По данным МСКТ ОГК в 78,3% течение основного заболевания осложнялось наличием пневмонии (КТ-1 – 31,1%; КТ-2 – 33,3%; КТ-3 – 28,9%; КТ-4 – 6,7%). 53,04% получали кислородную поддержку.

Выводы. Оказание высокотехнологичной кардиологической помощи в условиях пандемии COVID-19 – важная задача, так как ЧКВ имеет положительное влияние на прогноз пациентов с ОКС и неоспоримый приоритет перед проведением ТЛТ и консервативным ведением.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ

Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е., Филатова Е.С., Амирджанова В.Н.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить эффективность лечения и удовлетворенность анальгетической терапией пациентов с диагнозом ревматоидный артрит (РА) и остеоартрит (ОА) по данным опроса в рамках исследования КОМПАС (Качество Обезболивания по Мнению Пациентов с Артритом и болью в Спине).

Материал и методы. В работу были включены 428 пациентов (235 с диагнозом РА и 193 с ОА) из когорты больных, включенных в исследование КОМПАС. 79,4% были женщины, средний возраст 56,8±13,6 лет. 60,4% пациентов имели высшее образование и 39,6% – среднее. 37,4% больных продолжали работать по специальности, 28,5% имели различную степень инвалидности, 32,9% больных являлись пенсионерами. В качестве терапии основного заболевания, 60% пациентов с РА получали базисные противовоспалительные препараты (БПВП), 27,6% – глюкокортикоиды (ГК), 8,2% – генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). 18% пациентов с ОА получали симптоматические препараты замедленного действия (СПЗД). При этом, 88,9% пациентов нуждались в дополнительной обезболивающей терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Эффективность терапии боли оценивалась пациентом за последний месяц, предшествовавший опросу по 5-бальной шкале, где 1 – нет эффекта и 5 – превосходный эффект. Также оценивалась удовлетворенность пациентов лечением, возможные причины недостаточной эффективности терапии боли и факторы, влияющих на неудовлетворенность пациентов результатом анальгетической терапии. Для выявления факторов, влияющих на неудовлетворенность пациентов результатом анальгетической терапии, сопоставлена частота ответа «совсем не удовлетворен» лечением боли у пациентов, имевших и не имевших ряд клинических и демографических особенностей.

Результаты и обсуждение. Пациенты с РА, в целом выше оценивали результат обезболивающей терапии, чем пациенты с ОА. Так, они достоверно чаще отмечали хороший эффект НПВП (25,9% и 16,9% соответственно, p=0,003) и реже сообщали об отсутствии эффекта (2,3% и 7,9%, p=0,002). Низкий эффект терапии отмечался у 22,8% пациентов с РА и 23,2% пациентов с ОА (p=0,622), умеренный – у 46,4% и 51,3% соответственно, p=0,075, превосходный – у 2,6 и 0,7%, p=0,125. Также у пациентов с РА реже отмечалась неудовлетворенность лечением (17% и 25,3%, p=0,01), удовлетворены, но не полностью оказались 68,5% пациентов с РА и 62,0 пациентов с ОА (p=0,095), полностью удовлетворены – 14,5% и 12,7% соответственно, p=0,111. Самой частой причиной недостаточной эффективности лечения боли оказалось опасение развития нежелательных явлений (НЯ), связанных с приемом препаратов (29,7% для РА и 39,7% для ОА). Около трети пациентов в обеих группах предпочитали терпеть боль и принимали НПВП в максимально низкой дозе в течение короткого времени или в режиме «по требованию». На втором месте

у пациентов с РА оказались «слабые лекарства» (23,7%), а у больных с ОА недостаточное внимание врачей к жалобам (22,5%). С неудовлетворенностью пациентов лечением боли четко ассоциировались следующие параметры: ИМТ >30 кг/м^2 ОШ 1,506 (95% ДИ 1,055-2,152), p=0,029; диагноз ОА 1,111 (1,026-1,203), p=0,010; сильная боль в суставах 2,131 (1,519-1,988) 0,001; сильная боль в спине 4,204 (2,975-5,942), p=0,001; болевые ощущения сразу в нескольких анатомических областях 1,894 (1,344-2,669), p=0,001.

Выводы. У пациентов с РА, результат обезболивающей терапии и удовлетворенность лечением были выше, чем у пациентов с ОА. Самой частой причиной недостаточной эффективности терапии боли оказалось использование неадекватных терапевтических курсов в связи с опасением развития НЯ, связанных с приемом НПВП.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Полонская И.И.[1], Родионова А.Ю.[1], Тринитка Г.Г.[2]
[1]Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов,
[2]Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу Минтруда России филиал-бюро №20,
Санкт-Петербург

В настоящее время существует множество данных свидетельствующих о том, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) является наиболее частой причиной смертности и инвалидности в России.

В ряде исследований показано, что при проведении коронарного шунтирования (КШ) отмечаются низкие показатели смертности, высокая клиническая эффективность и увеличение продолжительности жизни пациентов, даже при наличии у них коморбидных заболеваний.

Цель исследования. Провести анализ коморбидных заболеваний, степень выраженности нарушенных ими функций и влияние данной патологии на программу реабилитации у инвалидов вследствие ИБС после КШ.

Материалы и методы. Основную группу (ОГ) составили 221 пациент с ИБС после проведенного КШ и 45 пациентов контрольной группы (КГ) с ИБС, получающие только медикаментозную терапию.

Результаты. На основании комплексной оценки различных клинико-экспертных показателей выявлены стойкие умеренные нарушения функций сердечно-сосудистой системы у 100% обследованных основной и контрольной групп. У обследованных выявлялась различная коморбидная патология, которая также способствовала развитию стойких нарушений функций организма. Так стойкие умеренно выраженные нарушения выявлены со стороны эндокринной системы (в ОГ – 0,90%, в КГ – 2,22%), нарушения сенсорных функций у 1,36% ОГ и нарушения статодинамических функций у 12,67% ОГ и 17,78% КГ. Кроме того, стойкие незначительные нарушения чаще встречались стороны пищеварительной и эндокринной систем. Не стойкие нарушения выявляются при заболеваниях центральной нервной системы, пищеварительной системы, дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Выявленные нарушения функций у данных пациентов привели к ограничениям жизнедеятельности: способности к самообслуживанию 85,07% в ОГ и 88,89% КГ; способности к самостоятельному передвижению 81,90% ОГ и 86,67% КГ; способности к трудовой деятельности I степени у 100% обследованных ОГ и КГ.

Всем обследованным пациентам проводились реабилитационные мероприятия в виде медикаментозного лечения. Пациентам КГ реже назначалось санаторно-курортное лечение (79,64% ОГ, и КГ 77,78%) из-за значимых нарушений ритма, III степени СН, сахарного диабета, поражения ОДА. Среди мер профессиональной реабилитации пациенты нуждались в более легких условиях работы, со снижением объема и трудоустройстве по другой профессии. Пациенты контрольной группы чаще работали в более легких условиях труда и реже нуждались в профессиональной реабилитации (КГ 48,78% и ОГ 62,44%). Все 100% обследованных пациентов нуждались в разнообразных мероприятиях социальной реабилитации. У пациентов КГ чаще выявлена сопутствующая патология, приводящая к умеренным нарушениям статодинамических и сенсорных функций, что требовало применение технических средств реабилитации для компенсации нарушенных функций (КГ 13,33% и ОГ 8,60%).

Вывод. Коморбидная патология чаще всего носила нестойкий характер, в ряде случаев имели место стойкие, но незначительно выраженные нарушения функций. Стойкие умеренные нарушения со стороны нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций, функций эндокринной системы и сенсорных функций не позволяли провести реабилитационные мероприятия в полном объеме.

ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Польшкова А.А., Шевцова В.И., Шевцов А.Н.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Введение. Имеется большое число исследований, посвященных кардиоренальным взаимоотношениям, однако число работ, посвященных изменению функционального состояния почек при фибрилляции предсердий, невелико. В связи с этим, встает вопрос о правильности подбора антикоагулянтной терапии, так как практически все оральные антикоагулянты имеют почечный путь выведения. При сниженной СКФ происходит изменений их фармакокинетики, из-за этого требуется коррекция дозы. Также известно, что у лиц, страдающих фибрилляцией предсердий, имеющих сниженную СКФ, возрастает риск развития тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования. Оценить функциональное состояние почек у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе поликлиники №2 ТОГБУЗ Рассказовской ЦРБ. Проводился анализ 60 карт амбулаторных пациентов, средний возраст составил 69,48±9,4 лет. Все пациенты страдали гипертонической болезнью. Основную группу составляли пациенты, имеющие в своем анамнезе длительное время (не менее 3лет) одну из форм ФП – 30 человек (50%), в группу сравнения вошли пациенты без ФП – 30 человек (50%).

Ретроспективно был произведен анализ амбулаторных карт, в которых учитывался уровень креатинина плазмы, антропометрические данные каждого пациента (рост, вес), был произведен расчет СКФ по формуле CKD – EPI, клиренса креатинина (Кл/Кр) по формуле Кокрофта-Голта, а также проанализированы антикоагулятные препараты, принимаемые пациентами.

Результаты исследования. На первом этапе был произведен расчет средних показателей уровня креатинина и СКФ в каждой исследуемой группе. В обеих группах наблюдалось снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м^2, что свидетельствует о развитии у большей части больных ХБП. В ходе исследования выявлены значимые различия в уровне креатинина и СКФ, рассчитанной по формулам CKD-EPI и Кокрофта-Голта у пациентов двух групп.

Далее было проведено сравнение показателей функции почек у пациентов с фибрилляцией предсердий разных форм – пароксизмальной и постоянной.

Показатели функции почек у пациентов с разными формами ФП были снижены, но значимо не отличались. Следовательно, функция почек при ФП снижается в равной степени не зависимо от формы, что требует внимания врача при назначении антикоагулянтной терапии независимо от формы ФП.

Анализ фармакотерапии показал, что 13 (43,33%) пациентов не используют антикоагулятную терапию, ривароксабан принимают 11 человек (36,67%), варфарин 3 (10,00%), дабигатран 2 (6,67%), апиксабан 1 человек (3,33%).

Анализ литературы показал, что одним из самых безопасных антикоагулянтов у больных с нарушением функции почек на данный момент является ривароксабан в сниженной дозе.

Выводы. 1. При фибрилляции предсердий происходит ухудшение функционального состояния почек, причем снижение функции почек происходи независимо от формы фибрилляции предсердий. 2. При выборе антикоагулянтной терапии у больных ФП необходимо учитывать функциональное состояние почек и вести постоянный мониторинг его изменения под влиянием препаратов.

ПОЗДНЯЯ ОТСРОЧЕННАЯ НЕЙТРОПЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННАЯ РИТУКСИМАБОМ, У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ

Попов И.Ю., Бабак В.В., Бекетова Т.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва

Актуальность. Системные васкулиты (СВ), ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), представляет собой группу тяжелых полиорганных заболеваний, включающую гранулематоз с полиангиитом (ГПА), микроскопический полиангиит (МПА) и эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (ЭГПА). Прогресс в лечении АНЦА-СВ, прежде всего, связан с внедрением анти-В клеточной терапии Ритуксимабом (РТМ). К важным проблемам лечения РТМ при АНЦА-СВ следует относить риск поздней отсроченной нейтропении (ПОН), генез которой до конца не ясен. По данным литературы ПОН встречается при ГПА чаще, чем при ревматоидном артрите (23% и 3% соответственно). В то время, как у гематологических пациентов при развитии ПОН наблюдается относительно невысокий риск инфекций, при ГПА и системной красной волчанке ПОН сопровождается более высокой частотой тяжелых инфекций, включая сепсис.

Цель. У пациентов с АНЦА-СВ, получающих лечение РТМ, изучить частоту ПОН и оценить ее исходы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ нежелательных реакций (НР), включая ПОН, у 138 пациентов с АНЦА-СВ, получавших лечение РТМ в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и/или региональных ревматологических центрах. У 63 пациентов диагностирован ГПА, у 45 – МПА, у 22 – ЭГПА, у 8 – недифференцированный АНЦА-СВ. Медиана возраста пациентов 51 (20-83) лет, 61% женщины. Медиана суммарной дозы РТМ составила 3,5 (0,5-9,5) г. Как правило повторные курсы РТМ проводили с использованием редуцированной дозы 500 мг. Длительность наблюдения превышала 6 месяцев после первого введения РТМ. Степени нейтропении определяли в зависимости от абсолютного числа нейтрофилов (АЧН) в 1 мкл крови согласно критериям ВОЗ (2017 г): I степень 2000-1500; II степень 1500-1000; III степень 1000-500; IV степень <500.

Результаты и обсуждение. У 14 (10,1%) пациентов с АНЦА-СВ отмечена ПОН, индуцированная РТМ (медиана возраста 41,5 (24-75) лет, 64% женщины), из них: 6 пациентов с ГПА, 4 – МПА, 2 – ЭГПА, 2 – недифференцированным АНЦА-СВ.

У 7 из 14 пациентов (50%) ПОН развилась после первого курса РТМ. У 3 пациентов наблюдалась I степень ПОН (АЧН 1,68-2,0x10^9/л, через 2-15,5 месяцев после последнего введения РТМ), еще у 3 пациентов – II степень (1,1-1,5x10^9/л, через 3-9 месяцев после введения РТМ), во всех случаях ПОН разрешилась самостоятельно, без НР. У 8 пациентов отмечено развитие ПОН IV степени (0,06-0,3x10^9/л, через 1,1-11 мес после введения РТМ), из них троим проводили лечение стимуляторами лейкопоэза (Филграстим, Нейпомакс) с нормализацией АЧН, при этом в одном случае ПОН IV степени развивалась дважды (в 2017 г. через 11 месяцев после введения РТМ и в 2019 г. через 4 месяца после РТМ: фебрильная ПОН осложнилась маточным кровотечением). Летальный исход наступил в 4 из 14 случаев ПОН (29%), у 1 пациента с МПА и 3-ГПА. При этом у троих пациентов с летальным исходом ПОН осложнилась пневмонией (в двух случаях с септическим шоком), еще у одного - острым инфарктом миокарда и прогрессированием хронической почечной недостаточности.

Общая летальность среди 138 пациентов с АНЦА-СВ, получавших терапию РТМ, составила 10,4%, при этом среди 15 летальных исходов у 4 пациентов (27%) развилась ПОН. В остальных 11 случаях причиной смерти стали острый инфаркт миокарда (1 пациент), тромбоэмболия легочной артерии (1), полиорганная недостаточность (2), панкреатит (1), пневмония (1), НР после эндопротезирования коленного сустава (1), COVID-19 (4).

Большинство фатальных исходов ПОН (3 случая) отмечено в 2013-2014 гг, что в первую очередь можно связывать с использованием в этот период более высоких доз циклофосфана (>2 г) перед введением РТМ и недостаточным информированием пациентов о риске ПОН, что способствовало позднему обращению пациентов, запоздалому выполнению общего анализа крови и несвоевременной диагностике НР. Кроме того, на начальном этапе внедрения РТМ применяли оригинальный препарат Мабтера, в то время как после 2014 г. преимущественно использовали его биоаналог Ацеллбия.

К недостаткам данного исследования следует отнести отсутствие информации о АЧН у 4 пациентов с COVID-19 и летальным исходом. Тем более, что лечение ингибиторами интерлейкина-6, применяемое при COVID-19 тяжелого течения, также может осложняться нейтропенией.

Выводы. По собственным данным ПОН, индуцированная РТМ, может развиваться у 10,1% пациентов с АНЦА-СВ, что значительно превышает данные литературы частоты ПОН у пациентов с РА (1,3-3%), но ниже частоты ПОН при АНЦА-СВ, представленной D.Tesfa, и соавторами (23%), на что могло повлиять применение нами редуцированных повторных курсов РТМ. ПОН составляет значительную долю в структуре летальных исходов пациентов с АНЦА-СВ (27%), что обосновывает необходимость тщательного мониторинга АЧН у пациентов, получающих лечение РТМ, и информированности как пациентов, так и врачей первичного звена о риске ПОН. Следует также принимать во внимание тот факт, что в настоящее время в условиях повсеместной ориентации учреждений здравоохранения на COVID-19, диагностика и лечение ревматологических пациентов с ПОН может встречать непреодолимые препятствия.

РОЛЬ ТУССОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Попова К.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) может быть триггером бронхиальной астмы (БА) и ухудшать ее течение.

Цель исследования. Выявить распространенность ГЭР у астматиков и определить влияние противорефлюксной терапии на течение БА.

Материалы и методы. С помощью спектральной туссофонобарографии, а также 24-часовой pH-метрии в комбинации с туссографией было

обследовано 32 больных БА, у которых кашель был ведущим симптомом. Кашель считался вызванным рефлюксом, если уменьшение pH 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 pH-метрии. Среди оставшихся 14 больных, отрицавших пищеводные симптомы ГЭР, данные pH-метрии не соответствовали норме у четырех. У 18 из 22 астматиков с ГЭР в среднем 78% кашлевых толчков (КТ) ассоциировалось с эпизодами рефлюкса. Временно-частотный спектр звука кашля был характерным для больных БА. По окончании 8-недельного курса противорефлюксной терапии 7 пациентов отметили уменьшение кашля, что подтверждалось снижением количества КТ по данным туссографии (в среднем 283 КТ в сутки до начала лечения и 46 – после), а спектр звука кашля приблизился к норме.

Таким образом, у больных БА наблюдается высокая встречаемость ГЭР. С помощью одновременного проведения 24-часовой pH-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.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Порошина Е.Г.[1], Вологдина И.В.[2], Жабина Р.М.[2], Красильникова Л.А.[2]
[1]СевероЗападный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска кардиоваскулярных осложнений для раннего выявления возможных кардиоваскулярных осложнений у женщин с раком левой молочной железы на этапе проведения химиолучевой терапии в условиях повседневной клинической практики.

Материалы и методы. В исследование включено 112 пациенток с раком левой молочной железы. Пациентки были отобраны методом случайной выборки из общего числа больных, госпитализированных в 1 радиологическое отделение ФГБУ РНЦРХТ имени академика А.М. Гранова. Проводилось разделение больных на две группы по возрасту (средний-пожилой) с учетом значимости этого показателя как фактора риска сердечно-сосудистых осложнений. В 1 группу вошли 53 женщины (средний возраст 49,3±3,6 лет). Во 2 группу включено 59 женщин (средний возраст 63,9±2,9 лет). Всем пациенткам на предшествующих этапах была проведена мастэктомия с последующим лечением доксорубицином. Проводилась оценка риска кардиотоксичности (Herrmann J. et al. 2014). Проводилась оценка дополнительных факторов риска, включая психосоциальные. Обследование включало сбор анамнеза, общий осмотр, подсчет индекса массы тела, определение уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина в крови, стандартную ЭКГ и ЭХОКГ с оценкой систолической и диастолической функции.

Результаты и обсуждение. Гипертоническая болезнь была выявлена у 33% больных среднего возраста и 41% пожилых больных ($p<0,01$). ИБС по результатам предыдущих исследований была выявлена у 18% пациенток среднего возраста и 48% пожилых больных ($p<0,001$). Гиперхолестеринемия отмечалась у 51% пациенток среднего возраста и 64% пожилых ($p=0,033$). Гипергликемия выявлена у 9% пациенток среднего возраста и 15% пожилых больных. Полученные данные соответствуют возрастным показателям многоцентрового исследования ЭССЕ-РФ, проведенного на территории Российской Федерации в 2011-2013гг. Распространенность потребления табака была ниже по сравнению со значением среди взрослых женщин на территории России в целом (13,6%) и составила 7% у пациенток среднего возраста и 4% у пожилых. Полученные результаты, вероятно, связаны с высокой мотивацией отказа от курения с целью добиться лучшего результата проводимого лечения по поводу онкологического заболевания. Распространенность ожирения в РФ по данным эпидемиологических исследований среди женщин составляет 30,8%. Полученные нами данные выше среднестатистических, что можно объяснить имеющимися у этих пациенток гормональными нарушениями и нарушением пищевого поведения, связанными со стрессом вследствие основного заболевания. Низкая физическая активность выявлена у 67% пациенток среднего возраста и 72% пожилых.

Низкую физическую активность можно объяснить болевым синдромом после перенесенного оперативного вмешательства и вследствие основного заболевания. Ранние признаки кардиотоксичности выявлены у пациенток среднего возраста в 35,7% случае, у пожилых пациенток в 56,5% случаев (ОР 0,643, 95%ДИ 0,470-0,880). Наиболее часто у пациенток выявлялись такие психосоциальные факторы, как острый, хронический стресс и проблемы в семье. У всех обследованных больных выявлен высокий уровень личностной тревожности.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости персонализированного подхода с оценкой факторов риска у пациенток разных возрастных групп с раком левой молочной железы на этапе подготовки и проведения химиолучевой терапии. Необходим расширенный сбор анамнеза с учетом не только основных, но и дополнительных факторов риска.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ФАСЦИИТЕ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

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

Диффузный эозинофильный фасциит (ДЭФ) входит в группу склеродермических заболеваний и нередко вызывает трудности в дифференциально-диагностическом и терапевтическом планах.

Цель. Клиническое наблюдение пациента с ДЭФ.

Результаты и обсуждение. Пациент Т., 1961 г.р., в сентябре 2016 г. после физической нагрузки обратил внимание на развитие симметричных плотных отеков голеней и предплечий, сопровождающихся скованностью, миалгиями и формированием кожи по типу «апельсиновой корки». Позже подобные изменения возникли в области живота. В анализах крови: СОЭ 54 мм/ч, СРБ 13 мг/л, эозинофилия до 10%, АНФ и антитела к РНК-полимеразе III негативны. Заподозрена Системная склеродермия диффузная форма (ССД). В январе 2017 г. пациент был проконсультирован в ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой. В анализах крови АНФ Нер2, антитела к топоизомеразе 1 (Scl-70) и АЦА негативны. По данным капилляроскопии ногтевого ложа неспецифические изменения. При обследовании внутренних органов висцеритов не обнаружено. Таким образом, данных за ССД не выявлено. Диагностирован ДЭФ. С января 2017 получает метипред 8 мг/сут, метотрексат 15 мг/нед (отменен через месяц из-за гепатотоксичного эффекта), симптоматическую терапию (сосудистые препараты и витамины группы В). На фоне терапии нормализовались показатели СОЭ и СРБ. В апреле 2018 года в связи развитием стероидного диабета доза метипреда была снижена до 4 мг/сут. На фоне снижения дозы отмечалось прогрессирование заболевания с усилением индурации подлежащих коже тканей предплечий, голеней и формированием сгибательных контрактур локтевых и голеностопных суставов, инвалидизирующих пациента. Учитывая прогрессирование болезни, невозможность повышения дозы метипреда из-за развития стероидного диабета к терапии добавлен в качестве антифиброзного препарата ритуксимаб с сентября 2018 г. (суммарная доза 1,5 гр. за 18 мес.). На фоне лечения отмечен выраженный положительный лечебный эффект: купировались уплотнения подлежащих коже тканей предплечий, живота, скованность и миалгии, сгибательные контрактуры локтевых и голеностопных суставов, изменения кожи по типу «апельсиновой корки». Однако сохраняются блеск кожи, незначительная гипотрофия и уплотнение мягких тканей голеней. Пациент остается под наблюдением и продолжает получать метипред 4 мг/сут, симптоматическую терапию.

Вывод. В связи с прогрессирующим склеродермическим синдромом, приводящим к инвалидизации пациента, любой положительный опыт терапии имеет большое значение у данной категории больных, в том числе препаратов of label (ритуксимаб).

ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Пошехонова Ю.В.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Выявление стигм дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и исследование уровней гистамина, серотонина в крови детей с функциональной диспепсией (ФД).

Материалы и методы. Обследовано 88 детей с ФД в возрасте от 5 до 15 лет и 30 здоровых детей-сверстников, составивших контрольную группу.

Диагностика ФД проводилась в соответствии с Римскими критериями IV. Всем детям проведено определение наличия стигм ДСТ (Клинические рекомендации РНМОТ, 2017). Содержание гистамина и серотонина в одной пробе крови детей определялось методом Л.Я. Прошиной (1981).

Результаты и обсуждение. Наличие стигм ДСТ было выявлено в фенотипе 87,5±2,3% детей с ФД: до 5 стигм имели 52,3±3,6% больных, 6 и более стигм – 35,2±3,1% пациентов, в том числе 10 и более стигм было отмечено у 5,7±1,2% детей. Среднее количество стигм ДСТ у одного ребенка с ФД составило 5,2±0,4. Среди проявлений ДСТ чаще всего выявлялись: деформация позвоночника (54,5±3,7%), астеническое телосложение (47,7±4,5%), аномалии развития ушных раковин (44,3±4,7%) и стоп (25,±3,9%), аномалии развития кистей (23,9±3,7%), гипермобильность суставов (20,5±3,6%), гиперэластичность кожи (17,0±3,4%), брахицефалия (17,0±3,4%), плоскостопие (17,0±3,4%), пролапс митрального клапана (16,0±3,3%), аномалии положения толстого кишечника (15,9±3,5%). Хотя среднее количество стигм ДСТ при различных клинических вариантах ФД достоверно не отличалось, у детей с эпигастральным болевым синдромом (ЭБС) проявления ДСТ встречались в 95,8±4,1% случаев, а при постпрандиальном дистресс-синдроме (ПДС) – 84,4±4,5% ($p \leq 0,05$).

У детей с ФД выявлены гипергистаминемия (100,2±8,4 нг/мл, здоровые дети – 79,3±6,1 нг/мл, $p \leq 0,05$) и гиперсеротонинемия (88,8±7,8 нг/мл, здоровые дети – 70,8±5,6 нг/мл, $p \leq 0,05$) при сохраненном соотношении между этими нейротрансмиттерами (1,13±0,11, здоровые дети – 1.12±0,14). Выраженная степень гипергистаминемии (105±10,5 нг/мл) с дисбалансом уровней нейротрансмиттеров наблюдалась у детей с ЭБС (серотонин – 81,2±9,4 нг/мл, соотношение 1,30±0,15). ПДС характеризовался одинаковой степенью повышения в крови гистамина (100,2±9,4 нг/мл) и серотонина (87,5±8,7 нг/мл, соотношение – 1,16±0,12). Наличие ДСТ при ФД характеризовалось нарастанием уровней гистамина и серотонина с постепенным нарушением равновесия между ними: норма у детей без ДСТ; 99,7±7,2 нг/мл и 86,1±7,8 нг/мл (соотношение – 1,16±0,10) при наличии до 5 стигм; 106,4±10.4 нг/мл и 99,0±9,7 нг/мл (соотношение – 1,07±0,09) при наличии 6 и более стигм; 113,5±11,0 нг/мл и 81,5±9,3 нг/мл (соотношение – 1,39±0,21) при наличии 10 и более стигм.

Выводы. Таким образом, наличие ДСТ у детей с ФД сочетается с постепенным нарастанием уровней нейротрансмиттеров в крови и усилением дисбаланса в их содержании вследствие повышения степени гипергистаминемии. Данные изменения максимально выражены у детей с ФД, имеющих множественные проявления ДСТ, что может обуславливать более тяжелое течение заболевания с высоким риском трансформации функциональных нарушений желудка в органическую патологию гастродуоденальной зоны.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РАННИЕ СРОКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пулатов Х.Х., Набиева Д.А., Ганиева Н.А., Арипова Н.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Целью исследования являлась оценка эффективности применения эналаприла малеата и каптоприла при остром инфаркте миокарда (ИМ), осложненном сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 больных в возрасте от 40до 74 лет, у которых ИМ осложнился развитием левожелудочковой недостаточности без признаков кардиогенного шока. 1-ю группу составили 26 больных острым ИМ, получающих только базисную терапию, 20 больных, включенных во 2-ю группу, на фоне базисноц терапии получали каптоприл в начальной дозе 6,25 мг/сут, с последующим увеличением дозы под контролем уровня АД до 25-50 мг/сут. У 20 больных 3 группы использовался эналаприла малеат в дозе 1,25-5 мг в сутки в течении стационарного лечения. Измерение параметров центральной гемодинамики проводилось на 1-е, 3-е, 5-7-е, 10–-12-е сутки ИМ и пи выписке на 20-25 день болезни.

Результаты. Результаты исследования показали, что ингибиторы АПФ вызывают эффективную гемодинамическую разгрузку левого желудочка, достоверное увеличение сердечного индекса (СИ) и ударного индекса, а также уменьшение ЧСС и двойного произведения (ДП), обеспечивая возрастание производительности левого желудочка. Значительное увеличение СИ у больных 2-й и 3-й групп позволило сохранитьбез существенных изменений уровень среднего АД, несмотря на достоверное снижение ОПСС и ДП. На фоне лечения у больных 2-й и 3-й групп отмечены снижение конечно-диастоли-

ческого и систолического обьема, достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ), предупреждая процесс ремоделирования ЛЖ.

Выводы. Таким образом, применение ингибиторов АПФ с первых суток острого ИМ, осложненного недостаточностью кровообращения, следует считать патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения.

Заключение. На фоне лечения с ингибиторами АПФ групп отмечены снижение конечно-диастолического и систолического обьема, достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ), предупреждая процесс ремоделирования ЛЖ из за этого следует считать патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А., Алиева К.К.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение содержание интерлейкина 17 (ИЛ-17) в сыворотке крови больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе ревматологического отделения и Артрологического СКАЛа Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Критериям включения соответствовали 73 пациента с достоверным диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.). Средний возраст пациентов составил (47,3±1,5), среди которых было 38 (52,1%) мужчин и 35 (47,9%) женщин. Средний возраст пациентов составил 38±14,8 лет, среди которых было 46 (77%) мужчин и 14 (23%) женщин. Длительность заболевания более 5 лет отмечалась у 25 (42%) пациентов, продолжительность болезни менее 5 лет – у 35 (58%) человек.

В ходе исследования все больные получали комплексную терапию с учетом тяжести АС: сульфасалазин в дозе от 2 до 4 г в сутки; метотрексат от 10 до 20 мг в неделю; а также дополнительно нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в пересчете на диклофенак 150 мг в сутки продолжительностью приема 7-10 дней, глюкокортикостероиды от 5 до 15 мг в день. Для оценки активности заболевания использовался BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Высокая активность (BASDAI≥4) и умеренная активность (BASDAI<4). Контрольную группу составили 20 относительно здоровых лиц, средний возраст которых был 42,3±2,6 лет, из них 12 мужчин (60%) и 8 женщин (40%), сопоставимых по полу и возрасту. В контрольную группу не включались лица, имеющие клинические признаки острых или хронических заболеваний любой природы. Всем больным осуществлялось общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование, а также концентрация интерлейкина-17 в сыворотке крови человека.

Результаты и обсуждение. В нашей работе проведено определение уровня ИЛ-17 в сыворотке крови больных АС. Уровень цитокинов также определялся и в контрольной группе. Было установлено достоверно более высокое содержание ИЛ-17 в сыворотке крови всех больных АС по сравнению с контролем. Достоверных различий концентрации ИЛ-17 в зависимости от клинического варианта АС отмечено не было.

При изучении корреляционной связи между уровнем ИЛ-17 в сыворотке крови и маркерами воспаления у пациентов с АС установлено наличие прямых умеренных достоверных связей между увеличением значения ИЛ-17 и показателем активности АС. Также выявлены достоверные корреляции между уровнем ИЛ-17 в сыворотке крови и скоростью оседания эритроцитов (СОЭ). Учитывая достоверные корреляции ИЛ-17 и некоторых клинических и лабораторных показателей АС, можно говорить об определенной роли данного цитокина в иммунопатогенезе АС.

Перспективным направлением является применение препаратов, полученных генно-инженерным путем и оказывающих селективное действие на компоненты патологической аутоиммунной реакции.

Выводы. У пациентов с АС отмечается достоверное повышение концентрации ИЛ-17 в сыворотке крови по сравнению со здоровыми донорами, что свидетельствует об информативности использования определения уровня ИЛ-17 в качестве диагностического критерия АС.

Сывороточное содержание ИЛ-17 достоверно коррелирует с клиническими и лабораторными показателями АС, что подтверждает роль данного цитокина в иммунопатогенезе анкилозирующего спондилита.

Таким образом, учитывая заинтересованность компонентов иммунной системы, актуальным является изучение роли интерлейкина-17 при АС для уточнения роли этого цитокина в патогенезе заболевания с целью определения дополнительных критериев диагностики и оценки эффективности лечения.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Пулатова Ш.Х., Тухтаев А.А., Сафаров Н.Ш.
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Введение. Сохраняется устойчивая тенденция неуклонного роста числа вызовов скорой медицинской помощи в РФ по поводу гипертонических кризов (ГК), наиболее серьезных осложнений артериальной гипертонии. Оказание эффективной и, в то же время, безопасной неотложной терапии пациентам с ГК на догоспитальном этапе является в настоящее время одной их актуальных проблем современной кардиологии, решение которой должно существенно повлиять на прогноз и качество жизни больных с АГ. Целью работы является оценка эффективности медикаментозной терапии у больных с гипертоническим кризом на догоспитальном этапе г. Бухары.

Материал и методы. Проведен анализ статистических данных вызовов с поводом повышение АД за период 2015-2220 годы. Это позволило выявить, что число вызовов по поводу ГК в последние пять лет стабильно остается высоким ($p<0,05$), что составляет практический каждый шестой из общего числа зарегистрированных вызовов. В результате ретроспективного анализа эффективности лечения неосложненных ГК по 3487 картам вызовов РНЦЭМП Бухарского филиала за июнь 2015, июнь 2016, июнь 2017 годов у больных, в возрасте от 18 до 65 лет, которым была оказана догоспитальная медицинская помощь по поводу повышения АД», установлено: стали чаще применять современные инъекционные гипотензивные препараты – ИАПФ, β- блокаторы, α–адреноблокаторы, реже – α-блокаторы центрального действия и блокаторы Са каналов, что эффективно снижает повышенное АД на догоспитальном этапе.

Результаты. Обнадеживающие данные были получены в результате анализа 78 карт вызовов в июне 2020 года по использованию антигипертензивного препарата с многофакторным действием α-адреноблокатора моксонидин (физиотенз 8мг 1т) при лечении больных с ГК. В картах вызовов отмечено, что препарат применялся в дозировке 1 таблетки больным. Снижение АД при купировании ГК физиотензом отмечено в 84,6% случаях. Исходно высокие значения систолического артериального давления 211,9±21,17 мм рт.ст. снизились в среднем до 159,2±24,6 мм рт.ст. Диастолическое артериальное давление с 106,5±13,8 мм рт.ст. снизилось в среднем до 89,2±9,6 мм рт.ст. ($p<0,05$). ЧСС до употребления моксонидин – 73,3±12,2 в минут и после – 71,3±9,9 в минуту и ЧД – 16,6±0,9 в минуту и 16,5±0,8 в минуту соответственно. Время нахождения на вызове бригады составило – 36,9±11,3 минут. Из них госпитализированы только 11,5% больных.

Заключение. Таким образом, установлено, что число вызовов по поводу ГК остается высоким за последние пять лет ($p<0,05$). При лечении РНЦЭМП Бухарского филиала СМП стали чаще применять современные гипотензивные препараты. Использование многофакторного α-блокатора моксонидин при купировании ГК показал его эффективность.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИЙ Г. БУХАРЫ

Пулатова Ш.Х.[1], Тухтаева О.Ф.[2]
[1]Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
[2]Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Цель. Изучить в сравнительном аспекте факторы риска при гипертоническом болезни города Бухары.

Материалы и методы. В нашем клиническом исследование было включено 90 больных с клиническом установленном диагнозом «Гипертоническая болезнь». средний возраст составил 47,8±8,6 лет. Из групп 58 составил мужчин и 32 женщин. Все больные получали лечения в РНЦЭМП Бухарского филиала. Всем больным проводилось трех кратное измерения артериального давление в течение суток, общий анализ крови, свертывание система в крови, биохимические анализы в крови, общий анализ в мочи и электрокардиография. Всем больным был собран анамнез заболевание. Из групп больных у 47 было обнаружено сахарный диабет (СД), у 65 ишемическое заболевание сердца (ИБС) осложненным гипертрофической левого желудочка, у 36 было хроническое нефропатия разной степени и 13 был цирроз печени. Всем больным был изучен их фактора риска (употребление поварней соли, вредные привычки, пол, возраст, гиподинамия, генетическая предрасположенность).

Результаты исследование. В нашем исследование с 1 степенью артериальной гипертонией (АГ) выявлено у 36 больных, у 41 было 2 степень АГ и у 22 был АГ Ш степени. У 1 ст АГ варелировало зло-

бой потребление поварней соли и спиртного, а у 2 ст АГ зачастую генетическая предрасположенность, гиподинамия и у 3 степени АГ уже отмечалось несколько видов фактора риска, что требовалось несколько этапность чтобы добиться целевого уровня. 1 ст АГ больным был использован монотерапия, а у 2 ст АГ с двумя препаратами (диуретики+В блокатори, АПФ ингибитори+диуретики, АРА ингибитори+диуретики) и у 3 ст был использован трех и более лекарственные комбинацы (диуретики+В блокатори+ингибиторы кальциевых каналов, АПФ ингибитори+диуретики+ингибиторы кальциевых каналов В блокаторы, АРА ингибитори+диуретики ингибиторы кальциевых каналов В блокаторы+альфа адреноблокаторы).

Выводы. С нашего клинического исследование было получено следующие результаты:

Чем высокое степени АГ, чему требовалось этапность стратификация фактора риска. Что требовалось долгой тратой средств, затрать и психоэмоционального равновесия и со сторонни больного и вокруг него.

Чем высокое степени АГ, тем нужно выбирать адекватную выбор препаратов, основном комбинация трех и более препаратов. Это одновременно и неудобно, что часто больной забывает или же нехочеть принимать лекарство, и что требует финансовых затрат.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ И ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

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

Актуальность работы. Известно, что аутоиммунные ревматические заболевания часто сочетаются с патологией щитовидной железы и могут отягощать течение друг друга. В то же время применение современных методов терапии ревматических заболевай, и, в частности, спондилоартритов с использованием генно-инженерных биологических препаратов может влиять на течение патологии щитовидной железы.

Цель работы. Оценить взаимосвязь клинико-лабораторных показателей спондилоартритов с параметрами гормонального статуса щитовидной железы на фоне применения генно-инженерных биологических препаратов.

Материалы и методы. В исследование было включено17 пациентов от 32 до 75 лет (14 мужчин и 3 женщины, средний возраст 46,35±13,2 лет). У 12 пациентов верифицирован анкилозирующий спондилит (АС), у 3 – аксиальный спондилоартрит (АксСпА), у 2 – псориатический артрит (ПсА). Диагнозы ревматической патологии установлены согласно современным классификационным критериям. Обязательным критерием включения пациентов в исследование было наличие в качестве терапии спондилоартритов препаратов генно-инженерной биологической терапии либо в виде монотерапии, либо в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами. Аутоиммунный тиреоидит выявлен по данным медицинской документации у 3 (18%) больных. Определение активности АС и АксСпА проводилось согласно индексу $ASDAS_{СРБ}$ (средние значения в исследуемой когорте – 1,96±0,71), активности ПсА – по индексу DAS-28. Метаболические и острофазовые показатели определялись стандартными методами. Определение уровней Т3,Т4, ТТГ и АТ к ТГ проводилось с помощью твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). Всем пациентам выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы, у 3 пациентов выявлены изменения в виде узлов одной или двух долей щитовидной железы (категория TI-RADS 2). Референсными значениями показателей тиреостата считали: T_3=2,5-7,2 пмоль/л, T_4=10,0-23,2 пмоль/л, ТТГ=0,23-3,4 мкМЕ/мл, АТ к ТГ-менее 0,9 МЕ/мл. Большинство обследованных находилось в состоянии эутиреоза, у 12% (2 исследуемых) отмечался гипотиреоз. У одного пациента имелось повышение уровня T_3 и T_4 при нормальном значении ТТГ и АТ к ТГ. Заместительную гормональную терапию пациенты не получали.

Результаты. По данным медицинской документации у трех пациентов (18%) верифицирован диагноз аутоиммунного тиреоидита, у них отмечался нормальный уровень ТТГ, заместительную гормональную терапию эти пациенты не получали. Еще у двух пациентов имелся латентный гипотиреоз без ультразвуковых признаков патологии щитовидной железы с нормальным уровнем АТ к ТГ, еще у одного пациента имелся дистиреоз (незначительно повышенный уровень T_3 и T_4 при нормальном уровне ТТГ и титра АТ к ТГ). При использовании корреляционного анализа по методу Спирмена получены следующие данные: выявлена достоверная отрицательная связь между уровнем фибриногена и ТТГ ($R=-0,81$, $p<0,05$). Также получены данные о связях между уровнями СОЭ и T_4 (R=0,45), фибриногена и T_3 (R=0,51), величиной индекса ASDAS и ТТГ (R=-0,51), однако эти связи не достигали статистической значимости.

Выводы. Полученные результаты отражают взаимосвязь воспалительных (по уровню фибриногена) параметров и показателей тиреостата (по уровню ТТГ) у больных спондилоартритами, получающих терапию генно-инженерными биологическими препаратами. Учитывая полученные данные, показано дальнейшее исследование вопроса с большим количеством обследованных лиц.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ ХОЛОДОВЫХ НАГРУЗКАХ

Пушникова М.А.[1], Белокрылова Л.В.[1], Фишер Т.А.[2], Пушников А.А.[1]
[1]Тюменский государственный медицинский университет,
[2]Тюменский научный центр,
г. Тюмень

Цель работы. Оценить влияние питания на индивидуальную устойчивость организма к холоду.

Материалы и методы. Объект исследования – 30 здоровых лиц (сформирована группа методом случайной выборки), занимающихся зимним плаванием (общее количество членов клубов – 348), стаж занятий холодовыми процедурами в исследуемой группе составил от 3 до 10 лет. Средняя интенсивность холодовых нагрузок от 20 до 30 минут пребывания в ледяной воде (t воды от 0 до 4C°) в день. Для оценки физического состояния использовались стандартные методики антропометрии. Изучение фактического питания проведено анкетным методом, использован валидизированный опросник по частоте потребления продуктов. Сравнительная оценка частоты использования продуктов в рационе проведена с результатами кагортного исследования «Возрастные особенности питания населения Тюменской области». Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием методов описательной статистики. Для сравнения групп использовался непарный двухвыборочный U-критерий Mann-Whitney. Результаты считались достоверными при $p<0,05$. Статистическая обработка материала проводилась в программе «Statistica 6.0».

Результаты. В исследовании приняли участие 30 здоровых лиц, занимающихся зимним плаванием. Средний возраст в исследуемой группе составил 48,25±12,26 лет. Из них 46% составили мужчины (14 человек), средний возраст 46,92±14,1 лет и 53% – женщины (16 человека), средний возраст 49,57±11,2 лет. Основные показатели антропометрии находились в диапазоне нормальных значений с учетом пола и возраста. Конституциональные особенности отложения подкожно-жировой клетчатки соответствовали полу и возрасту.

Нутриционный статус в исследуемой группе соответствовал нормативным показателям в соответствии с полом и возрастом. При оценке частоты употребления продуктов в рационе, были выявлены достоверные различия при сравнении с контрольной группой: употребление яйца в неделю (3,8±0,44) на 20% чаще, чем в популяции (2,94±0,95); сливочного масла (3,55±0,41) на 30% выше; растительного масла (4,77±0,88) на 18% больше; кондитерских изделий (3,55±0,4) на 30% чаще.

Выводы. В группе здоровых лиц, занимающихся зимним плаванием, отсутствуют гендерные различия по основным компонентам рациона, при сохранении гендерных различий в конституциональных особенностях строения тела. Выявлены особенности частоты употребления растительного масла, сливочного масла, кондитерских изделий, яиц, при отсутствии гендерных различий. Данная группа продуктов на 18-30% чаще встречается в диете людей, подверженных регулярным холодовым нагрузкам. Такая особенность питания, возможно, позволяет повысить резистентность к воздействию холода.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОДАРИНА (ДИАЦЕРЕИНА) У ПАЦИЕНТОВ С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ПЕРЕНЕСШИМ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ 2019 ГОДА

Раймуев К.В.[1], Малышев М.Е.[2]
[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Введение. Глобальная пандемия коронавирусной инфекции 2019 года (COVID-19) выявила большое количество внелегочных проявлений острого респираторного синдрома вызванного коронавирусной инфекции 2 (SARS-CoV-2). В то время как миалгия является распространенной клинической особенностью COVID-19, другие нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, как проявления COVID-19, редко описывались в начале пандемии. Однако в последнее время появились сообщения о множестве нервно-мышечных и ревматологических осложнений, связанных с COVID-19. В течение болезни фиксировались различные синдромы, включая миозит, невропатию, артралгии и артриты, воспалительные и сосудистые аномалии

мягких тканей. COVID-19, как правило, в большей степени ассоциировалась с артралгией и миалгией, чем с клиническим артритом. На сегодняшний день в литературе зарегистрировано лишь несколько случаев острого клинического артрита, вторичного по отношению к COVID-19, некоторые из которых демонстрируют признаки, наводящие на мысль о реактивном артрите или кристаллическом артрите, а не о вирусном артрите, подчеркивая важность оценки других причин артропатии в этих сценариях. Воспалительные артропатии могут быть спровоцированы COVID-19 даже у пациентов с легкими респираторными симптомами или при бессимптомном выделении коронавирусной инфекции.

Цель. Исследовать эффективности препарата Диацереин у пациентов с суставным синдромом перенесших COVID-19 и выявить его положительное влияние на клинические проявления суставного синдрома и некоторые лабораторные показатели.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 11 пациентов суставным синдромом (8 пациентов имели артралгии и 3 пациента – клинические проявления артрита) Средний возраст больных составлял 52±5,3 года, длительность суставного синдрома – 1,5±0,5 недели; Дифференциальная диагностика суставного синдрома осуществлялась на основе критериев Американской Коллегии Ревматологов (ACR). А так же с использованием лабораторных критериев исключающих дебют классических ревматических заболеваний (РА, АС, СКВ, ОА и т.д.).

В качестве исследуемого препарата нами использовался Диацереин в дозе по 2 капсулы 2 раза в день в течение 2 недель. Уровни IL-1β, IL-6, IL-8, TNF-α измерялись при поступлении и через 2 недели методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы “Amersham”, (Англия).

Результаты. Практически все пациенты, получавшие Диацереин, отмечали существенное уменьшение клинических проявлений суставного синдрома, что выражалось в снижении болевого синдрома по ВАШ и повышением толерантности к физической нагрузке (Отсутствие признаков функциональной недостаточности суставов). Наибольшая редукция клинических проявлений отмечалась у пациентов с артритами. К концу второй недели у 9 пациентов из 11 полностью отсутствовали клинические проявления суставного синдрома, у двух пациентов отмечался незначительный болевой синдром при пальпации и активных движениях.

Динамика содержания в сыворотке крови провоспалительных цитокинов IL-1b, IL-6, IL-8, TNF-a у пациентов на фоне терапии Диацереином была следующей; До лечения: IL-1β – 0,81±0,09 пг/мл, IL-6 – 8,95±1,23 пг/мл, IL-8 – 82,1±21,5 пг/мл, TNF-α – 0,54±0,15 пг/мл, после лечения: IL-1β – 0,12±0,02 *пг/мл, IL-6 – 2,37±0,46*пг/мл, IL-8 – 53,9±12,5 пг/мл, TNF-α – 0,35±0,09 пг/мл,

*– $p<0,05$.

Заключение. Терапия суставного синдрома препаратом Артродарин оказалась эффективной. Уже на третий день приема препарата у большинства пациентов отмечена выраженная положительная динамика уменьшения болевого синдрома и проявлений артрита. К концу второй недели приема только у двух пациентов отмечался незначительный болевой синдром при пальпации и активных движениях. Полученные результаты лабораторных показателей указывают на уменьшение активности иммунновоспалительного процесса у пациентов с суставным синдромом перенесших COVID-19. Получено достоверное снижение содержания ИЛ-1b и IL-6 ($p<0,05$) и отмечена тенденция к снижению содержания IL-8 и TNFa. Переносимость лечения была хорошая, побочных реакций и осложнений не отмечено.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТЕОАРТРИТА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Раймуев К.В.[1], Малышев М.Е.[2]
[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Введение. Остеоартрит (ОА) – хроническое гетерогенное прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся деградацией экстрацеллюлярного матрикса хряща, которое сопровождается патологическим ремоделированием тканей сустава и проявляется болевым синдромом, развитием краевых остеофитов с нарушением функциональной активности и снижением качества жизни больных. В настоящее время ОА рассматривается как органное поражение, т.е. заболевание всего сустава, при котором в процесс вовлекаются хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, связки, капсула, околосуставные мышцы, в основе которого лежит т.н. субклиническое воспаление (low-grade inflammation). Остеоартрит занимает первое место среди всех ревматических болезней (около 10% в популяции), при этом его частота значительно увеличивается с возрастом. По данным эпидемиологических исследований, в России ОА страдают более

14% населения, причем в последние годы вызванная им нетрудоспособность возросла в 3-5 раз. При ОА чаще всего поражаются коленные, тазобедренные, мелкие суставы кистей и позвоночник. Заболевание представляет важную социально-экономическую проблему в связи со стойкой потерей трудоспособности больных и является одной из ведущих причин инвалидизации в мире.

В последнее время, имеет место возрастание доли мужского населения среди больных ОА. Создается впечатление, что этиология этого многофакторного заболевания различна для разных индивидуумов и связана с генетическими факторами, особенностями гормонального и иммунного статуса, состоянием метаболизма и локальными биомеханическими факторами.

Материалы и методы. Современная ранняя диагностика ОА молодых пациентов базируется на следующих методах: УЗИ пораженных суставов; МРТ суставов с Т2-картированием хряща; Артроскопия с биопсией и гистологическим исследованием синовиальной оболочки и хряща; Определение цитокинов в сыворотке и синовиальной оболочке; Гормональные и биохимические маркеры обмена хрящевой и костной ткани; МРТ, в силу своей высокой контрастности, отсутствия ионизирующего излучения и возможности многоплоскостного исследования, превосходит более традиционные методы оценки суставного хряща. В отличие от рентгенографии, при помощи МРТ можно непосредственно оценить гиалиновый хрящ и дать точную количественную оценку его изменений.

Обсуждение. Воспалительный и дегенеративный процессы в суставе развиваются в течение длительного времени и патогенные события различны на ранних, средних и поздних стадиях заболевания. Ключевым событием в развитии ОА считают повреждение суставного хряща и аномальное поведение хондроцитов, определяющее последующий репаративный ответ с формированием остеофитов и развитием синовиита. При нарушении процессов дифференцировки хондроциты избыточно продуцируют ферменты, разрушающие матрикс (металлопротеназы, коллагеназы и аггреканазы). При нарушении дифференцировки хондроцитов происходят изменение в передаче анаболических сигналов (в частности, от TGF-1) в хондроцитах, что приводит к вырождению хряща. TGF-β1 известен как анаболический фактор, который может противодействовать действиям катаболического цитокина IL-1. Предполагается, что у лиц молодого возраста активная блокировка дифференцировки хондроцитов в суставном хряще поддерживается достаточно высокими уровнями половых гормонов. Показано, что хондроциты экспрессируют весь набор ферментов, обеспечивающих местный синтез половых гормонов из DHEA, и рецепторов к этим гормонам. Кроме половых стероидов процессы пролиферации и дифференцировки хондроцитов регулируются гормоном роста (соматотропным гормоном) и глюкокортикоидами, а также многими ростовыми факторами (IGF-I, MGF, Indian hedgehog protein, PTHrP, FGF, BMP, VEGF). К числу фактов, поддерживающих катаболические процессы в хряще, относятся прежде всего IL-1β, а также такие цитокины как TNF, IL-6, IL-8, IL-15 которые избыточно производятся хондроцитами, вовлеченными в воспалительный процесс.. Диагностика тонких хрящевых повреждений до сих пор остается сложной, поэтому для улучшения качества диагностики таких повреждений дальнейшее улучшение методики МРТ исследования путем применения так называемого Т2 и Т1 картирования суставного хряща.

Заключение. Глубокое понимание тонкой регуляции процессов гомеостатической регуляции суставных тканей необходимо для оптимизации лечения воспалительно-дегенеративных заболеваний опорно-двигательной системы с учетом ведущих патогенетических процессов, которые различаются у лиц разных возрастных групп, связанны с полом и генетическим полиморфизмом.

Для молодых пациентов самыми важными в ранней диагностике являются гормональные и биохимические маркеры анаболизма и катаболизма тканей и МРТ суставов.

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Рахимова С.Р., Шевцова В.И., Шевцов А.Н.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Введение. В конце 2019 года в провинции Хубэй случилась вспышка новой тяжелой инфекции, вызванная возбудителем из группы коронавирусов – SARS-CoV-2. 11 февраля 2020 г. ВОЗ закрепила болезни официальное название COVID-19 («Coronavirus disease 2019»).

Китайское общенациональное исследование и Британские исследования, основанные на данных медицинских электронных информационных систем, показали влияние сопутствующих заболеваний на клиническое течение и прогноз у пациентов с COVID-19.

Цель исследования. Изучение коморбидности больных новой коронавирусной инфекцией в городе Воронеже, и ее влияния на течение и исход заболевания.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедры поликлинической терапии и отделения №1 для лечения пациентов с коронавирусой инфекцией стационарного подразделения №2 ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» города Воронежа». Анлизировались 60 историй болезни пациентов с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (средний возраст – 63,63 из них 30 женщин и 30 мужчин, оценивались: сатурация на атмосферном воздухе и с респираторной поддержкой, степень поражения легких по результатам компьютерной томографии (КТ), максимальная температура тела в течение болезни, уровень С-реактивный белкок (СРБ) при поступлении и перед выпиской (в случае летального исхода – перед смертью). Для расчета индексов коморбидности была использована система Charlson, также определялась структура коморбидности.

Статистическая обработка данных была произведена при помощи программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 20.0 с использованием критерия Пирсона Отличия между группами считались значимыми при $p \leq 0,05$. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от исхода заболевания: выздоровление или смерть. В группах значимо отличались параметры сатурации, СРБ.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что в общей структуре сопутствующих заболеваний преобладает патология сердечно-сосудистой системы,

Умершие пациенты имели более высокую распространенность всех диагностированных сопутствующих заболеваний, 71,42% больных с летальным исходом имели хроническую патологию сердечно-сосудистой системы, 33,34% болели сахарным диабетом 2 типа, у 85,71% была гипертоническая болезнь, диагноз злокачественных новообразований имелся только у умерших.

В ходе расчета индексов коморбидности по системе Charlson, было выявлено, что средние показатели ИК по всем системам с возрастом имеют тенденцию к увеличению, как у мужчин, так и у женщин. В группе пациентов с благоприятным исходом ИК составил 2,70±1,53, а с неблагоприятным – 6,44±2,06, что значимо ниже ($p=0.00026$). Максимальное значение индекса коморбидности среди выписанных больных – 7, минимальное среди умерших – 2.

Выводы. Уровень коморбидности значимо выше у пациентов с неблагоприятным исходом и является его прогностическим маркером.

МЕЛАТОНИН, КАК ПРЕДИКТОР ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С БЕССОННИЦЕЙ

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

В настоящее время большинство пациентов с артериальной гипертензией (АГ) сталкиваются с такой проблемой как нарушения сна. Циркадианные колебания артериального давления (АД) вероятнее всего связаны с регулирующим влиянием мелатонина. Широко известен тот факт, что у пациентов с АГ при уменьшении выработки мелатонина не наблюдается адекватного снижения АД во время сна.

Цель исследования. Проанализировать качество сна, хронотипы, клинико-инструментальные и лабораторные показатели в зависимости от уровня мелатонина в моче для определения прогноза течения АГ у больных с бессонницей.

Материалы и методы. Мы обследовали 178 больных, находившихся на амбулаторном лечении (98 мужчин и 80 женщин) с диагнозом ГБ и бессонница средний возраст которых составил 60,2±0,92 года. Диагноз ГБ был выставлен согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества (2020) – АГ у взрослых, диагноз бессонница был выставлен на основании международной классификации нарушений сна. Всем пациентам проводили: оценку тяжести АГ (оценивали: количество визитов к врачу общей практики и/или врачу терапевту участковому и/или врачу кардиологу, вызовы БСМП, количество госпитализаций за прошедший год), количественную оценку симптомов АГ (головная боль, головокружение, мелькания «мушек» перед глазами, общая слабость) по шкале ВАШ, определение антропометрических данных (ИМТ), оценку индивидуального хронотипа согласно MEQ-SA опроснику, оценку индекса качества сна с помощью PSQI опросника, 24-часовой мониторинг АД, определение уровня мелатонин сульфата в моче, оценку уровня тревожности и депрессии (шкала тревоги Спилбергера, шкала депрессии Цунга) и оценку качества жизни с помощью опросника SF-36.

Результаты и обсуждения. Выявлено, что больные АГ с бессонницей имеют более тяжелое клиническое течение заболевания, с частыми обращениями за медицинской помощью, измененной вариабельностью АД, высоким уровнем тревожности и депрессии, и низким уровнем качества жизни. По данным шкалы депрессии Цунга, были выявлены пациенты без депрессии – 40 (22,5%), а также с легкой (невротической) депрессией – 83 (46,6%) и маскированной депрессией – 55 (30,1%). Пациенты с АГ и бессонницей имеют низкий уровень мелатонин сульфата в моче (11,49±1,56 нг/мл), который коррелирует со степенью АГ – 32,56±1,64 нг/мл при 1-й степени, 13,14±1,02 нг/мл при 2-й степени и 3,05±0,11 нг/мл при 3-й степени (F=77,44; p=0,0003), хронотипами, высоким систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), ИМТ, высоким уровнем тревожности и депрессии и низким уровнем качества жизни по физическому и психологическому его компонентам. А результаты опросника PSQI продемонстрировали плохое качество сна (8,61±0,31 балов).

Кроме того, используя множественный регрессионный анализ, мы определили факторы, влияющие на уровни САД и ДАД у больных АГ с бессонницей.

Выводы. Разработанные методики расчета уровней САД и ДАД в зависимости от уровня мелатонин сульфата в моче, ИМТ, уровня тревожности, депрессии и индекса нарушения сна позволяют достоверно оценивать и контролировать уровень АД у больных АГ с бессонницей.

ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Резова Н.В., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Шаповалова М.М.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

На протяжении многих десятков лет артериальная гипертензия (АГ) по-прежнему остается актуальной проблемой в современной медицине. В настоящее время все больше и больше исследований посвящено изучению факторов, влияющих на течение АГ. Известно, что в норме АД во время сна значительно ниже по сравнению с периодом бодрствования, а циркадианные колебания АД вероятнее всего связаны с регулирующим влиянием гормона – мелатонина. Уменьшение его секреции приводит к ухудшению сна, к отсутствию адекватного снижения АД во время сна у пациентов с АГ. Помимо этого, сейчас представляет немаловажный интерес к изучению тироидного статуса у лиц с АГ. Многие работы, посвящены изучению нарушений в работе сердечно-сосудистой системы при различных видах дисфункции щитовидной железы (ЩЖ).

Цель работы. Проанализировать особенности течения АГ у больных с нарушением сна в зависимости от уровня мелатонин сульфата в моче и параметров тиреоидного статус (уровень ТТГ, свободного тироксина (св.Т4) и свободного трийодтиронина (св.Т3)).

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов, проходивших лечение в кардиологических отделениях с диагнозом АГ в возрастной группе от 59,4±6,5 лет. Диагноз АГ был поставлен на основании рекомендаций ESC/ESH по ведению АГ 2018 года и клинических рекомендаций Российского Общества Кардиологов – АГ у взрослых (2018). Всем пациентам проводили общеклинические исследования, включающие: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование тиреоидного статуса, суточное мониторирование АД, пульсового АД, среднего АД и степени ночного снижения АД, тестирование для определения индекса качества сна (Питтсбургский опросник), а также определение мелатонин сульфата в утренней порции мочи.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования уровень мелатонин сульфата в моче составил 10,4±9,5 нг/мл (1,6-40 нг/мл). При проведении корреляционного анализа установлена умеренная обратная корреляционная связь между уровнем мелатонин сульфата в моче и цифрами максимального систолического артериального давления (САД) (r=-0,46, p=0,001), и максимального диастолического артериального давления (ДАД) (r=-0,48, p≤0,001). Наиболее тесная обратная корреляционная связь между уровнем мелатонин сульфата в моче и цифрами адаптированного САД (r=-0,85, p≤0,001) и адаптированного ДАД (r=-0,75, p≤0,001). Результаты исследования тиреоидного статуса показали, что уровень ТТГ составил 2,94±1,45 мЕд/л (0,4-4,0мЕд/л), св.Т4 – 14,21±1,45 пг/л (10-22 пмоль/л), св.Т3 – 5,41±0,86 пг/л (2,6-5,7пг/л). Индекс качества сна у обследованных пациентов составил 7,36±1,3. Выявлена умеренная прямая корреляционная связь между ТТГ и среднесуточным САД (r=0,50, p<0,001), среднесуточным ДАД (r=0,45, p<0,001) и среднесуточным средним АД (r=0,46, p<0,001), а также слабая прямая – между ТТГ и СНСАД (r=0,25, p=0,017). А уровень св.Т3 со среднесуточным САД и среднесуточным ДАД имеет умеренную обратную корреляционную связь (r=-0,61, p<0,001и r=-0,63, p<0,001соответсвенно).

Выводы. Выявленные взаимосвязи тиреоидного статуса с показателями суточного мониторирования АД позволяют предположить о влиянии гормонов ЩЖ на регуляцию сосудистого тонуса, а

использование препаратов мелатонина совместно с основной антигипертензивной терапией, вероятно, позволило бы скорректировать нарушение сна у пациентов с АГ и усилить эффективность терапии АГ.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ НА ПРОФИЛЬ И РОСТ КОМОРБИДНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ

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

Пандемия Covid19 изменила жизнь на всей планете. За прошедший год в РФ на 60% возросло число обращений за психологической поддержкой. Однако структура психопатологических расстройств претерпевает серьезные изменения. Поэтому актуальной представляется цель работы: верифицировать патоморфоз коморбидных психопатологических расстройств у пациентов за время пандемии.

Материалы и методы. На основании данных фокус-групп, проведенных с 137 врачами в 2020, 2021гг., по итогам структурированных интервью с врачами-слушателями, были проанализированы их представления о частоте встречаемости в их практике коморбидной астении в начале заболевания Covid19 и в формате постковидного синдрома, тревожности, психосоматических расстройств (сердечно-сосудистой системы), а также их взгляды на лечение коморбидной астении при Covid19 и после него.

Результаты и обсуждение. По итогам структурированных интервью и фокус групп с врачами, в первую волну пандемии в 2020 г. среди коморбидных психопатологических расстройств преобладали нарушения тревожного спектра: паническое расстройство с паническими атаками, генерализованное тревожное расстройство. Эпизоды тревоги и паники наиболее сильно проявлялись в период верификации диагноза Covid19 и в половине случаев требовали медикаментозного лечения анксиолитиками в течение 2-3 дней. 90% врачей фиксировали рост психосоматических заболеваний (на 25-50%). Астения наблюдалась с самого начала заболевания, сохранялась спустя 2 месяца, постепенно уменьшаясь, у половины пациентов. Фокус-группы во время второй волны пандемии в феврале, марте 2021 г. свидетельствуют о росте коморбидной астении, которую врачи наблюдали у 27% своих пациентов с самыми разными заболеваниями. У пациентов с Covid19 по наблюдениям 73% врачей в постковидном синдроме были панические расстройства, а астения встречалась более, чем в 5 раз чаще, чем с самого начала заболевания, при этом тяжесть острого периода не имела достоверных связей с тяжестью последующей астении или панического расстройства.

В лечебном процессе врачи дифференцировали различные клинические виды астении и по-разному их лечили. Гепатогенную астению часто наблюдали у больных после интоксикации, терапии гидроксихлорохином, и другими гепатотоксичными лекарствами. Ее лечили адеметионином. Соматическую астению с разнообразной клиникой: затяжной кашель, боль и тяжесть в груди, одышка, слабость, головная боль, диарея, высыпания, субфебрилитет, колебания уровня сахара крови, бессонница, потливость – лечили препаратами L-карнитина, малатом цитруллина, сульбутиамином. Астению в психической сфере, которую характеризуют когнитивные дисфункции: трудности в обработке информации, быстрая утомляемость при умственном усилии, ухудшение памяти, нарушения концентрации внимания, высших интегративных функций мозга, снижение воли, а также астению в аффективной сфере: лабильность настроения, плаксивость, ранимость, раздражительная слабость, конфликтность. лечили препаратами янтарной кислоты вместе с синергическими ноотропными средствами (например, цитофлавин и холина альфосцерат). Последняя схема особенно часто назначалась при нарушении обоняния, вкуса, зрения в клинике Covid19. Обращает внимание, что диагноз астении врачи ставили клинически, не используя психодиагностические методы, например MFI-20.

Вывод. Астения чаще встречается в 2021г. в постковидном синдроме, но стандартизованных алгоритмов лечения постковидного синдрома, астении в частности, сегодня не существует, опираться приходится на клинический опыт, который продолжает нарабатываться врачами во время пандемии.

ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Родина А.С.[1], Шубина М.Э.[1], Курбатова И.В.[2], Дуданова О.П.[1]
[1]Петрозаводский государственный университет,
[2]Институт биологии – обособленное подразделение Карельского научного центра,
г. Петрозаводск

Цель. Определить характер печеночно-клеточного воспаления при разных формах алкогольной болезни печени (АБП).

Материалы и методы. Обследовано 115 пациентов АБП: 16 (14,4%) стеатозом печени (СП), 18 (18,3%) стеатогепатитом (СГ) и 81 (67,3%) циррозом печени (ЦП); мужчин 56 (48,1%), женщин 59 (51,9%); в возрасте – 48,5±9,1 года. Диагноз верифицирован на основании клинических признаков, опросника CAGE, исключения вирусного и аутоиммунного генеза поражения печени, данных инструментального и лабораторного исследования. Учитывались Определялись печеночные функциональные тесты: уровни аланинаминотрансферазы (АЛАТ), аспартатаминотрансферазы (АСАТ), билирубина, гамма-глютамилтранспептидазы (ГГТП), альбумина, протромбина, маркеры воспаления: СРП, ИЛ-1β, ТНФ-α, ИЛ-6, ИЛ-8 («Вектор-Бест», Россия). Контрольную группу составили 39 здоровых лиц: мужчин – 20 (51,2%), женщин – 19 (48,7%), возраст – 48,5±8,3 года. Уровень провоспалительных цитокинов у них составил ИЛ-1β – 3,2±1,2 пг/мл, ТНФ-α – 4,2±1,4 пг/мл, ИЛ-6 – 1,6±1,4 пг/мл, ИЛ-8 – 5,8±3,4 пг/мл. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программного обесрпечения «StatGraphics 2.1» с использованием теста Манна-Уитни и корреляции Спирмена. Значения $p<0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение. При СП уровень аминотрансфераз, билирубина, щелочной фосфатазы, альбумина, протромбина, СОЭ, СРП, количество лейкоцитов не превышали референсных значений, только активность ГГТП увеличивался в 2-3 раза, составив 101,3±12,4 Ед/л. Наблюдался достоверный рост по сравнению со здоровыми лицами провоспалительных цитокинов: ИЛ-1β – 4,7±0,8 пг/мл, ТНФ-α – 9,0±1,4 пг/мл, ИЛ-6 – 6,2±1,7 пг/мл и ИЛ-8 – 8,40±1,5 пг/мл. При СГ по сравнению со СП достоверно возрастали уровни АЛАТ – 76,5±38,9 Ед/л, АСАТ – 91,8±35,1 Ед/л, СРП – 15,8±4,5 мг/л (против 4,1±0,7 мг/л при СП), ТНФ-α – 12,9±3,5 пг/мл и ИЛ-6 – 19,4±3,7 пг/мл. При ЦП по сравнению со СГ достоверно увеличивались уровни АСАТ – 138,9±47,8 Ед/л, билирубина – 197,8±72,1 мкмоль/л и всех цитокинов – ИЛ-1β – 7,2±2,4 пг/мл, ТНФ-α – 17,2±3,6 пг/мл, ИЛ-6 – 48,6±10,2 пг/мл и ИЛ-8 – 32,7±4,6 пг/мл, уровень СРП снижался – до 11,8±3,6 мг/л ($p>0,05$). Наблюдалась прямая связь между активностью АЛАТ и АСАТ – $r=0,75$ ($p<0,01$), между АСАТ и ИЛ-6 – $r= 0,42$ ($p<0,05$), между АЛАТ и ИЛ-8 – $r= 0,43$ ($p<0,05$). Маркеры воспаления коррелировали друг с другом: ИЛ-1β с СРП – $r=0,56$ ($p<0,05$), ИЛ-6 с ИЛ-8 – $r=0,49$ ($p<0,05$), с СРП – $r=0,52$ ($p<0,05$), ИЛ-8 с СРП – $r= 0, 69$ ($p<0,05$).

Выводы. При стеатозе печени, несмотря на отсутствие некротически-воспалительного процесса по данным традиционных лабораторных тестов, отмечался достоверный рост провоспалительных цитокинов по сравнению со здоровыми лицами, подтверждая наличие слабоуровневого воспаления. Печеночно-клеточное воспаление возрастало при прогрессировании от стеатоза печени до стеатогепатита и цирроза печени. Уровень цитокина ИЛ-6 возрастал почти в 30 раз и ИЛ-8 – в 5 раз при циррозе печени по сравнению со здоровыми лицами, это могло свидетельствовать о наличии не только локального печеночного, но и системного воспаления, что прогнозировало вероятность развития полиорганной недостаточности.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГИБИТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 ПРИ ТЯЖЕЛОМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Румянцева Д.Г., Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Ингибиторы ИЛ6 (иИЛ6) на основании результатов, проведенных рандомизированными клиническими исследованиями (РКИ) по тоцилизумабу и сарилимумабу, признаны неэффективными при анкилозирующем спондилите (АС). Однако имеются данные, что ИЛ6 активно участвует в патогенезе заболевания. Кроме того, показана эффективность иИЛ6 у пациентов со вторичным АА-амилоидозом.

Цель. Анализ эффективности применения иИЛ6 – тоцилизумаба (ТЦЗ) у больных АС с высокой активностью и/или вторичным амилоидозом.

Материал и методы. В анализ вошли 10 больных АС, получавших терапию ТЦЗ, из них 8 (80%) мужчин, 2 (20%) женщин, все позитивные по HLA B27. Средний возраст больных составил 40±8,6 лет, средний возраст дебюта болезни – 13,4±7,5 лет, средняя длительность АС – 25,6±6,5 лет. У 9 пациентов был гистологически подтвержденный вторичный АА-амилоидоз: у всех имелось поражение почек, у 6 (66,6%) больных имелось также поражение желудочно-кишечного тракта и у 3 (33,4%) – сердца. У всех пациентов имелись внеаксиальные проявления АС: артриты и коксит.

Результаты. В качестве первого биологического препарата ТЦЗ был назначен 2 больным в связи с наличием проявлений вторичного АА-амилоидоза, а 8 пациентов уже имели предшествующий опыт лечения одним или более ингибитором фактора некроза опухоли-α (иФНО-α). Средняя длительность лечения ТЦЗ составила 22,0 мес. [1,0; 36,0]. Восемь (80%) пациентов продолжают принимать терапию ТЦЗ по настоящее время, а 2 (20%) переведены на иФНО-α.

Лабораторный ответ на терапию ТЦЗ. Средний уровень С-реактивного белка (СРБ) до лечения ТЦЗ составил (Me [25‰; 75‰]) 95,2 мг/л [52.2;

189.0], после лечения ТЦЗ – 10,8 мг/л [0.8; 8.0], (p<0,05). Суточная протеинурия у пациентов с АА-амилоидозом почек до лечения ТЦЗ составила (Me [25‰; 75‰]) 1,6 г/сут. [1,0; 2,1], после лечения – 0,08 г/сут. [0; 0,3] (p<0,05).

Клинический ответ на терапию ТЦЗ. BASDAI до лечения составил (M±α) 6,1±1,6, после лечения ТЦЗ – 3,3±0,9, (p<0,05). ASDAS СРБ до лечения составил (M±α) 4,3±1,1, после лечения – 2,2±0,7, (p<0,05). 8 (80%) пациентов отметили купирование воспалительной боли в спине (ВБС) и артритов после начала терапии ТЦЗ. У 5 (%) пациентов отмечается купирование коксита на фоне терапии.

Выводы. Выше представленные данные показали, что отвергнутое на основании результатов РКИ метод лечения АС ингибиторами ИЛ6 в определенных клинических ситуациях, в первую очередь таких как неэффективность иФНО, высокие уровни СРБ и развитие вторичного АА-амилоидоза, может быть высокоэффективным. Поэтому желательно продолжить набор клинических наблюдений по терапии особо тяжелых пациентов с АС, леченных не стандартными методами.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К КОЛЛАГЕНУ II ТИПА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Русанова О.А.[1], Емельянова О.И.[1], Трофименко А.С.[1], Емельянов Н.И.[2]
[1]Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,
[2]Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Определить влияние проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий на динамику антител к коллагену II типа у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 92 человека, с ревматоидным артритом, у и 30 практически здоровых лиц-доноров станции переливания крови, сыворотку которых использовали в качестве контроля. В зависимости от вида проводимой терапии было сформировано три группы. В состав первой группы из 39 человек вошли пациенты, которые получали нестероидные противовоспалительные, базисные препараты, ГКС. II сформировали из 24 человек для лечения которых использовали НПВП и базисные препараты в сочетании с плазмоферезом. Антитела к коллагену II типа определяли иммуноферментным методом при фиксации антигена эмульсионной полимеризацией в потоке газообразного азота с включением магнитного материала и ковалентного связывания глютаровым альдегидом.

Результаты. По данным иммуноферментного анализа у 63 пациентов обнаружены антитела к коллагену II типа. Уровень антител к коллагену II типа у здоровых лиц составил 0,060±0,004 е.о.п. У пациентов первой группы при поступлении в стационар уровень антител составлял 0,194±0,018 е.о.п., при выписке 0,152±0,006 е.о.п. Во второй группе 0,249±0,022 е.о.п и 0,074±0,015 е.о.п соответственно. У больных при поступлении в стационар, отмечался повышенный уровень АТ к коллагену II типа по сравнению со здоровыми лицами (p<0,001). В ходе наблюдения пациентов I группы произошло снижение антител, однако оно не носило статистически достоверных характер (p>0,005). В ходе лечения пациентов II группы выявлено достоверное снижение уровня антител (p<0,001).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о положительном влиянии в комплексном лечении больных Ревматоидным артритом базисных препаратов, являющихся основой реабилитационных мероприятий и экстракорпоральных методов (плазмафереза), приводящих к значимому снижению интенсивности антителогенеза, нормализации уровня антител к коллагену II типа. Выявленная динамика исследуемых показателей позволяет использовать определение уровня АТ к коллагену II типа в оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий на стационарном этапе. Снижение количества антител к коллагену II при ревматоидном артрите в период стационарного этапа реабилитации свидетельствует о положительном воздействии комплексной терапии на иммунные звенья патогенеза заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕЦИДИВОВ САРКОИДОЗА

Рыжова А.С., Черников А.Ю.
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель. выявить особенности клинических и рентгенологических проявлений саркоидоза у пациентов Курской области.

Материалы и методы. Методом компьютерной генерации выделено 80 больных с рецидивом саркоидоза (1 группа) и 80 больных с впервые выявленным случаем данного заболевания (2 группа).

Все больные сопоставимы по полу, возрасту и клинико-рентгенологическим формам. Анализировались клинические, рентгенологические (включая компьютерную томографию органов грудной клетки), лабораторные и функциональные данные амбулаторных карт. Дизайн исследования: рандомизированное, ретроспективное, сравнительное.

Результаты исследования. При профилактическом осмотре наиболее часто выявлялись первичные случаи (60, 74,5%), в то время как рецидивы чаще выявлялись при обращении пациента с жалобами (62, 77,6%) ($p<0,05$). Средний срок возникновения рецидива составлял 2-3 года, большая часть зарегистрирована при общем сроке диспансерного наблюдения 4 года. Наиболее часто в 1 группе зафиксированы внелегочные жалобы: артралгия (58, 73,6%), припухлость суставов стоп и кистей (55, 68,6%), увеличение периферических лимфоузлов (13, 16,3%), появление кожных бляшек (5, 6,3%). Признаки генерализации процесса установлены чаще в 1 группе (52, 65,0%; 24, 29,9%) ($p<0,05$). Для 2 группы было более характерно наличие симптомов интоксикации (общая слабость, субфебрилитет, беспокойство) (57, 70,7%), грудных жалоб (кашель, одышка) (39, 48,9%), а также бессимптомность (23, 28,8%). Узловатая эритема чаще встречалась во 2 группе (5, 6,3%; 16, 19,6%) ($p<0,05$). В 1 группе в 74 случаях (92,2%) новые рентгенологические данные появлялись на фоне старых фиброзных, интерстициальных или очаговых изменений. При впервые выявленном саркоидозе изменения чаще развивались на интактном фоне – 73 пациента (90,9%). Увеличение внутригрудных лимфоузлов встречалось у 34 больных (41,7%) в 1 группе. Во 2 группе увеличение внутригрудных лимфоузлов установлено у 76 (95,4%). При рецидиве наиболее часто увеличиваются бронхопульмональные лимфоузлы ($p<0,05$), в то время как при впервые выявленном саркоидозе различия в увеличении внутригрудных лифоузлов разных групп не достигают статистической значимости ($p>0,1$). Диссеминации встречались в обеих группах с одинаковой частотой (68, 85,4%; 63, 79,1%), однако в 1 группе преобладают среднеочаговые (4-6 мм) тени, а во 2 группе – мелкоочаговые (1-3 мм) изменения ($p<0,05$). Также в 1 группе увеличена частота асимметричного расположения очагов – 16 (20,3%) ($p<0,05$). Инфильтративные изменения чаще регистрировались при рецидиве – 8 (10,6%), во всех случаях поражались верхние доли. В 1 группе рестриктивные (55, 68,8%) и обструктивные (49, 61,3%) нарушения функции внешнего дыхания встречались одинаково часто, во 2 группе – преобладали обструктивные (45, 56,2%) изменения над рестриктивными (13, 16,2%) ($p<0,05$). Кроме этого, в 1 группе чаще отмечены различные нарушения ритма и проводимости сердца на электрокардиограмме (33, 41,3%; 10, 12,5%) ($p<0,05$).

Выводы. Рецидив саркоидоза наиболее часто выявляется при самообращении пациента. Для него характерно появление внеторакальных жалоб, равно как и частое поражение других органов и систем организма. Рецидиву саркоидоза органов дыхания более свойственно развитие на измененном легочном фоне, асимметричные среднеочаговые диссеминации и инфильтративные изменения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМОТЕРАПИИ (БОТП) В КОМБИНАЦИИ С ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ ER:YAG, ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА И ДРУГИХ МЕТОДОВ

Сабиров У.Ю., Ташпулатов Ш.Ш.
Республиканский специализированный научно-практической медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Витилиго – мультифакториальное заболевание характеризующееся нарушением пигментации кожи. Лечение витилиго также является актуальным, но консенсус методов лечения изменился за последние годы. Долгое время одним из наиболее эффективным методом лечения являлось облучение УФ-лучами. Существуют различные фототерапевтические процедуры, которые состоят из PUVA, узкополосного UVB (NUVB), эксимерного лазера и лампы, обычно основанной на стимуляции меланоцитов во внешней корневой оболочке волосяных фолликулов и по краям очагов помимо этого остаточные внутриочаговые меланоциты мигрируют и вновь заселяют витилигинозные участки. Появление ультрафиолетовых облучателей, излучающих монохромный когерентный свет, соответствующий середине диапозона УФВ-308 нм, представлял особенный интерес для дерматологов. Так как, естественным стимулятором функциональной активности меланоцитов является ультрафиолет. При его воздействии на кожу происходит резкое усиление отростчатости меланоцитов. выработки ими меланоцитами. что ведет к его накоплению в клетке. последующей передаче кератиноцитам. которые защищаются от вредного воздействия ультрафиолетовых лучей. Активация меланогенеза под влиянием ультрафиолетовых лучей связана с ликвидацией блока тирозиназы. которая ингибирована глютатионом и пептидазами. С развитием лазеротерапии дерматозов на сегодняшний день наибольшую эффективность показал метод лечения лазером Er:YAG при витилиго который испускает свет длинной волны 2940 nm.

Цель. Оценка эффективности лечения витилиго с использованием лазеротерапии Er:YAG в комбинации с богатой тромбоцитами плазмотерапии (БоТП) и других методов терапии.

Материал и методы. Проведено объективное клиническое обследование 30 больных с диагнозом витилиго в возрасте от 10 до 50 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. Первая группа пациентов получила лечение согласно стандартам по дерматовенерологии и косметологии, которая включала микроэлементы, витамины, антиоксиданты и гепатопротекторы, наружно применялся эксимерный свет в комбинации с БоТП и топических стероидных средств. Вторая группа пациентов получала лечение согласно стандартам в комплексе с эрбиевым лазером с длиной волны 2940 нм Er:YAG в комбинации с БоТП. Курс лазеротерапии и БоТП в среднем составил 4-8 процедур с перерывом 1 месяц. Третья группа пациентов получила лечение согласно стандартам по дерматовенерологии и косметологии, которая включала микроэлементы, витамины, антиоксиданты и гепатопротекторы, наружно применялись УФО, инфракрасный лазер, ПУВА и ультразвуковой массаж с топическими стероидными средствами в комбинации с БоТП.

Результаты и обсуждение. Сравнительная оценка после проведенного лечения показала, что во второй группе больных получавших комплексное лечение с применением лазеротерапии Er:YAG в сочетании богатой тромбоцитами плазмотерапии (БоТП) наблюдалось более значительное уменьшение размера очагов депигментации и увеличение показателя, а также репигментации, особенно в течение коротких периодов после терапии, по сравнению с группой больных получавших традиционное лечение. Таким образом, применение лазерной терапии в сочетании с БоТП могут способствовать сокращению сроков репигментации, а также достижению более быстрого ответа на лечение и улучшении приверженности пациентов.

ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Савушкина И.А., Филатова О.Н., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Инфаркт миокарда (ИМ) – одна из форм ишемической болезни сердца, характеризующаяся развитием локального некроза чаще всего вследствие тромботической окклюзии коронарной артерии и являющаяся одной из наиболее частых причин смерти в развитых странах. Проведение тромболитической терапии (ТЛТ) является одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения ИМпST.

Цель. Определение влияния тромболитической терапии на наличие осложнений, исход и прогноз инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. Обработаны материалы 60 медицинских карт стационарных больных с основным диагнозом «Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Пациенты были разделены на две группы: группа 1 (30 человек: 15 женщин и 15 мужчин от 39 до 86 лет, средний возраст 65±11,6 лет) – лица, которым ТЛТ не проводилась в связи с наличием противопоказаний, группа 2 (30 человек: 15 женщин и 15 мужчин от 35 до 86 лет, средний возраст 64±11,9 года) – лица, которым была проведена ТЛТ. Оценивались исход, осложнения ИМ и ТЛТ, наличие сопутствующих заболеваний (сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) разных стадий). Прогноз у пациентов оценивался по шкале TIMI (Thrombolisis I n Myocardial Infarction) для ИМпST (риск 30-дневной смерти после ИМпST). Статистическая обработка данных проводилась в программе STATGRAPHICS CENTURION V. Данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением. Для анализа использовалось значение хи-квадрата, достоверными считались различия при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Летальность в группе без ТЛТ составила 33,33%, в группе с ТЛТ 16,67%, статистически значимых различий не установлено ($p= 0,1360$). В группе без ТЛТ суммарно осложнения были выявлены у 53,33% пациентов, с ТЛТ – у 26,66% пациентов. В группе с ТЛТ нарушения ритма и кардиогенный шок встречались на 10% реже, отек легких на 13,33% реже. Напротив, разрыв миокарда в группе с ТЛТ встречался чаще: 6,67% против 3,33%. Статистически значимых отличий по распространенности осложнений не обнаружено ($p=0,1611$, 0,3472, 0,2733, 0,5536). Также не установлено статистически достоверной зависимости исхода ИМ в группах пациентов 1 и 2 от наличия СД и от наличия и стадии ХСН ($p=0,2053$, $p=0,2887$). Средний балл по шкале TIMI для пациентов с ОКС с подъемом ST в группе 1 составил 4,8±2,61, в группе 2 – 4,43±2,57 (11,6% и 9,3% риски 30-дневной смерти). Статистически значимых различий прогноза не обнаружено ($p=0,5852$).

Выводы. Статистически значимых различий летальности в группах без ТЛТ и с ТЛТ не обнаружено. Однако итальянское исследование GISSI-1 (Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico) свидетельствует о снижении

летальности при применении ТЛТ. Отличие результатов можно объяснить размерами выборок и различием применяемых препаратов (в исследовании GISSI-1 – стрептокиназа, в данной работе – пуролаза). Не выявлено различие в распространенности осложнений ИМ среди лиц, получивших и не получивших тромболизис. Не установлено зависимости исхода ИМ от наличия СД и ХСН. Однако обзор исследований по данному вопросу показывает, что смертность от ИМ в 1,5-2 раза выше при наличии СД 2 типа. Нами не обнаружено различий 30-дневного риска смерти у пациентов с ТЛТ и без ТЛТ. Вместе с тем ряд недавних исследований продемонстрировал снижение как больничной, так и более поздней смертности, происходящее с увеличением частоты реперфузионной терапии с применением тромболизиса.

КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сагатова Д.Р., Муминова Н.И., Ганиева Н.А., Арипова Н.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучить частоту и особенности изменения брахиоцефальных артерий (БЦА) у больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследовано 33 женщины, в том числе 10 больных с достоверным диагнозом ССД (средний возраст 47,6±3,9 года) и 23 клинически здоровые женщины (средний возраст 48±1,8 года; p=0,984). От всех участниц исследования получено информированное согласие. Обследование проводились в СКАЛЕ и ревматологическом отделении 1 клинике Ташкентская Медицинская Академия Средняя длительность ССД составила 80±21 мес, у всех больных имелась диффузная форма болезни. В 100% случаев при ССД установлено поражение кожи, сосудов, суставов. У 9 пациенток диагностированы интерстициальные изменения легких. Семь больных имели поражение сердца, четыре – склеродермическое поражение пищевода. Терапия 7 больным проводилась D-пеницилламином, 5 – аминохинолиновыми препаратами, двум пациенткам метотрексатом. Глюкокортикоидную терапию получали 5 женщин с ССД. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий выполнено на аппарате Vivid 7 (General Electric, США) линейным датчиком 7 L на частоте 8 МГц в режиме триплекс. Результаты оценивались согласно рекомендациям ВНОК. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS 17.0, для сопоставления количественных данных использован U-критерий Манна-Уитни, для сравнения частоты появления признака в группах применен 2-критерий Пирсона.

Результаты. Атеросклеротические бляшки БЦА диагностированы у 3 больных ССД (30%) и 5 женщин контрольной группы (21,7%; p=0,611). Гемодинамически значимые стенозы в каротидном бассейне установлены у двух пациенток с ССД (20%) и двух женщин контрольной группы (8,7%; p=0,361). Патологическая извитость БЦА выявлена в 4 случаях при ССД (40%) и в 5 случаях в группе контроля (21,7%; p=0,279).

Выводы. Небольшое количество обследованных нами больных ССД не позволило получить статистически значимых различий, однако при ССД установлена тенденция к более высокой частоте развития патологической извитости БЦА и возникновению гемодинамически значимых стенозов.

ВЛИЯНИЕ ДИАЦЕРЕИНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ

Сагатова Д.Р., Набиева Д.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Целью настоящего исследования была оценка эффективности препарата диацереин при остеоартрите и его влияния на эндотелиальную дисфункцию у пациентов с коморбидной патологией – артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В открытом перспективном когортном исследовании приняли участие 47 пациентов-женщин в возрасте от 44 до 69 лет, имеющих остеоартрит коленных суставов I-II стадии. От всех участниц исследования получено информированное согласие. Обследование проводились в СКАЛЕ и в ревматологическом отделении первой клиники Ташкентской Медицинской Академии. Все включенные в исследование пациенты имели артериальную гипертензию I-II степени. Участники исследования были рандомизированы блочным методом на две группы: пациенты основной группы получали диацереин в дозировке 50 мг 2 раза в день и парацетамол, пациенты группы контроля получали только парацетамол. Для оценки степени выраженности эндотелиальной дисфункции использовался метод J. Hladovec (1978), принцип которого заключается в изоляции клеток эндотелия. На область плеча пациента накладывалась манжета, в которой создавалось

давление, превышающее систолическое на 40–50 мм рт. ст., через 4 минуты проводилась декомпрессия и производился забор крови из подкожной локтевой вены, после чего в плазме крови определялось количество циркулирующих (десквамированных) эндотелиоцитов в расчете на 100 мкл плазмы.

Результаты. В результате проведенного анализа было выявлено, что назначение диацереина в течение 45-дневного срока терапии статистически значимо эффективнее по сравнению с монотерапией парацетамолом: лечение диацереином в большей степени снижает значение индекса Лекена – на 1,0 балл (95% ДИ: 0,1; 1,9), в большей степени снижает выраженность болевого синдрома – на 10 мм (95% ДИ: 3; 17), а также снижает суточную потребность пациента в парацетамоле – на 323 мг (95% ДИ: 39; 608), по сравнению с монотерапией.

Заключение. Курс терапии диацереином в течение 45 дней в сочетании с парацетамолом эффективнее монотерапии парацетамолом: в большей степени снижает значение индекса Лекена – на 1,0 балл (95% ДИ: 0,1; 1,9), в большей степени снижает выраженность болевого синдрома – на 10 мм (95% ДИ: 3; 17), снижает суточную потребность в парацетамоле – на 323 мг (95% ДИ: 39; 608).

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ОТЯГОЩЕННОГО ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА

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

Цель исследования. Оценить особенности клинических проявлений новой коронавирусной инфекции (НКИ) у пациентов без отягощенного преморбидного фона на основе представлений о патогенезе заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 44 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 25 лет с НКИ, находившихся на лечении в клиниках ВМедА в апреле-мае 2020 г. Все случаи заболевания были подтверждены определением РНК SARS-CoV-2 в мазках из носо- и ротоглотки методом ПЦР. У 4 пациентов (9%) симптомы отсутствовали; у 32 пациентов (72,8%) инфекция протекала по типу ОРВИ и у 8 пациентов (18,2%) была диагностирована пневмония. Все симптомы, имевщиеся у пациентов были объединены в кластеры (симптомокомплексы).

Результаты и обсуждение. Патогенез НКИ сложен и на сегодняшний день изучен недостаточно. Предполагается, что S_1-белок SARS-CoV-2 связывается с рецепторами ангиотензин-превращающего фермента 2 типа (АПФ-2), которые представлены в клетках практически всех тканей организма человека (в головном мозге, легких, сердце, почках, пищеварительном тракте). Кроме того, доказана роль ряда рецепторов и биологически-активных веществ (TLR, CD-147, IL-1b,6,8, TNF-a, VEGF и др.) в процессах слияния вируса с клеткой, обеспечения его жизненного цикла в клетке, развития воспаления, других патологических процессов. В исследованиях, посвященных особенностям течения НКИ, описаны разнообразные симптомы заболевания, помимо классических проявлений ОРВИ. У пациентов молодого возраста мы выделили следующие кластеры симптомов: обонятельной дисфункции, неврологический, респираторный и желудочно-кишечный. В кластер симптомов обонятельной дисфункции были включены гипо- и аносмия, которые встречались в дебюте у 95% пациентов. Дизосмия сохранялась на протяжении всей госпитализации. Вероятно, данные симптомы связаны с прямым повреждающим воздействием вируса на рецепторный аппарат клеток обонятельного анализатора. В кластер неврологических симптомов мы отнесли головную боль, слабость, миалгию, боль в суставах. Самыми частыми были головная боль (в 92,5% случаев) и слабость (в 85% случаев). Данные симптомы могут быть связаны с прямым или опосредованным воздействием вируса на ЦНС ввиду присутствия рецепторов АПФ-2 в нервной системе. Возможные патофизиологические механизмы включают повреждение периферических нервных окончаний тройничного нерва. Респираторный кластер включал следующие симптомы: кашель, одышку. Кашель (чаще сухой) в дебюте заболевания отмечался у 25% пациентов, а одышка – в 7,5% случаев. Респираторные симптомы обусловлены развитием воспалительного процесса в результате кооперации эффектов провоспалительных цитокинов (IL-1b,6,8, TNF-a, VEGF) и AT2 (AT1R) в активации эндотелия сосудов легочной ткани и его дисфункции. В желудочно-кишечный кластер были объединены симптомы: боль в животе, рвота, диарея, снижение аппетита, дисгевзия. Данный симптомокомплекс имел место у 30% пациентов. Перечисленные симптомы могут быть вызваны прямым цитопатическим воздействием вируса на рецепторный аппарат, кишечный эпителий и опосредованы развитием дисбиотических состояний.

Выводы. 1. У пациентов без отягощенного преморбидного фона превалировала легкая степень НКИ. 2. Симтомы НКИ у пациентов молодого возраста могут быть объединены в кластеры: обонятельной дисфункции, неврологический, респира-

торный и желудочно-кишечный. 3. Разнообразие клинических проявлений у пациентов молодого возраста может быть объяснено известными на настоящий момент патогенетическими механизмами НКИ.

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Салахбеков И.С., Маковеева О.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать особенности клинического течения новой коронавирусной инфекции инфекции (НКИ) у пациентов молодого возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ течения НКИ SARS-CoV-2 у 44 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 25 лет (средний возраст 22,5 лет), находившихся на лечении в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в апреле-мае 2020 года. Все случаи заболевания были подтверждены определением РНК коронавируса SARS-CoV-2 (возбудителя COVID-19) в мазках из носоглотки и ротоглотки методом ПЦР в режиме реального времени. Оценивали жалобы пациентов, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования в дебюте НКИ, а также через 5 месяцев после выздоровления. Полученные результаты были обработаны статистически.

Результаты и обсуждение. У 4 пациентов (9%), при наличии положительного мазка, симптомы отсутствовали; у 32 пациентов (72,8%) инфекция протекала по типу ОРВИ и у 8 пациентов (18,2%) была диагностирована пневмония. В 97,5% инфекция дебютировала с повышения температуры тела. Показатели колебались от 37,1 до 38,5ºС (в среднем 37,7±0,12ºС), продолжительность гипертермии составляла от 5 до 15 дней (в среднем 10 дней). Следующими по частоте симптомами явились аносмия (в 95% случаев) и дисгевзия (в 90% случаев), которые в 92,5% случаев сохранялись на протяжении всего заболевания и медленно регрессировали после выздоровления. В 18,2% случаев наблюдалось сохранение данных симптомов на протяжении 5 месяцев после выздоровления. Обонятельная дисфункция, по данным литературы, является одним из самых частых симптомов COVID-19. Следующим симптомом по частоте возникновения в дебюте болезни была головная боль (в 92,5% случаев), сохранявшаяся от 5 до 10 дней (в среднем 7±0,8 дней). У большинства респондентов отмечалась слабость (в 85%) на протяжении всего периода госпитализации (в среднем 12 дней). В 22,7% случаев наблюдалось сохранение слабости на протяжении 5 месяцев. У 30% пациентов в дебюте отмечалась диарея и другие диспепсические симптомы, которые сохранялись на протяжении 3 месяцев в 16% случаев. Такие респираторные симптомы, как кашель (чаще сухой) в дебюте заболевания отмечался у 25% пациентов, а одышка – в 7,5% случаев (у пациентов с пневмонией). Катаральные явления, боли в горле встречались реже, чем при обычных сезонных ОРВИ – в 15% случаев.

В анализах крови средние значения СОЭ составили 28±2 мм/ч. Характерным было увеличение СРБ; в среднем его значения составляли 18,2±0,4 мг/л. Показатели ферритина, прокальцитонина и Д-димера были в пределах нормы. По данным ИФА у большинства пациентов (до 91%) был сформирован иммунный ответ в виде выработки иммуноглобулина G. При проведении рентгенографии и КТ ОГК пневмония была выявлена у 18,2% исследуемых, с поражением легких до 25% (соответствующим КТ-1). У большинства пневмония носила односторонний характер (чаще левосторонняя).

Выводы. 1. В группе обследуемых пациентов молодого возраста преобладали бессимптомные и легкие варианты течения НКИ. 2. У пациентов молодого возраста с инфекцией SARS-CoV-2 в дебюте заболевания превалировали высокий субфебрилитет, аносмия, дисгевзия, головная боль и слабость. 3. Постковидный синдром в виде слабости, нарушений стула и аносмии сохранялся от 3 до 5 месяцев.

МОНИТОРИНГ ВВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Салиев К.К., Салиев Д., Солиева М.О., Салиев А.К.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Женщина больной с острым миелолейкозом (ОМЛ) донашивать беременность и рожать ребенка крайне редкое событие.

Цель. Изучить и проанализировать исходы беременности и тактики лечения больной женщины ОМЛ в ранних и поздних сроках беременности.

Материалы и методы. Материалом исследования служила женщина больной ОМЛ 36-недельной беременности. Методами исследования являются гемограммы периферической крови, миелограммы из пунктата костного мозга, и изучение родословной членов семьи больной.

Обсуждение. Женщина К. 21 лет, беременность 36 недель состояние тяжелое, жалобы на выраженную слабость, головокружение, потемнение перед глазами, сознание ясно, положение пастельное. Кожные покровы бледно-слабо иктеричным оттенком. Периферические лимфотические узлы не увеличены. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, тоны сердца чистые, патологические шумы не выслушивается, АД 115/70 мм рт.ст. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. Язык обложен беловатым налетом. Печень выступает из края подреберной дуги на 1-2 см безболезненно, физиологические отправление в норме.

Изучение генетики чрезвычайно интересный. В результате тщательно собранного анамнеза жизни, удалось составить родословной членов семьи пробанда К. и выяснено, что ее бабушка (II-11) по отцу умерла от ОМЛ в 42 летном возрасте, старшие сестры (II-4,5,6.8,9,10) 6 девочек и старший брат (П-3) бабушка пробанда К., все они умерли 4,5,6,8 и летнем возрасте, другой брат (II-2) успел женится, но не имев детей он тоже умерь от чего не известно. Причины их смерти оставались неизвестными, поскольку все они умерли в раннем детстве в домашних условиях. Здесь естественно возникает вопрос, чем они страдали и умерли от каких-то тяжелых заболеваний, может быть и от лейкоза, о чем свидетельствует, что пробанда а К. (IV-1) заболела ОМЛ у наследственной гена гемабластоза от бабушки. Здесь следует отметить, что после тщательного обследования в периферической крови пробанды обнаружено гемоглобин – 51,5 г/л, эритроциты $2,45x10^{12}$/л, цветовой показатель -0,6, тромбоциты $98x10^{9/л}$, миелобласты 81%, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 8%, лимфоциты 6%, СОЭ 68 мм/ч. В пунктате костного мозга миелобластные клетки 76%. Цитохимическая реакция на пероксидазу положительная. Вывод ОМЛ лейкемическая форма, беременность 36 недель с тяжелым анемическим синдромом. Здесь следует отметить что, выбор тактики лечения больной женщины ОМЛ беременностью 36 недель высокой степени риском как для женщины, так и для жизни плода – ребенка, является предметом острой дискуссии. Всестороння обсудив здоровья матери и плода, нами было решено провести один курс полихимиотерапии (ПХТ) по протоколу 5+2 цитозар, даунорубицином и симптоматическая, антианемическая терапия. Сразу после которого по согласовании акушер-гинекологами нами больная переведена в родильный дом №1 для ускорения рода разрешения, для того, чтобы спасти жизни матери и ребенка.

03.09.2014 пробанда К. родила здорового мальчика весом 2600 гр. На третий день после рождения у ребенка взята общий анализ периферической крови; Нв-150 г/л, эритроциты $5,0x10^{12}$/л, тромбоциты $290x10^{9}$/л, лейкоциты $22,4x10^{9}$/л, СОЭ 4 мм/час. Женщина больной с острым миелобластным лейкозом донашивать беременность и рожать здорового ребенка от больной матери острым лейкозом – встречается крайне редко и уникальный новость за всю историю существования клиники АГМИ.

В заключение следует отметить, что выбор тактики терапии больной женщины с ОМЛ во время беременности 36 недель (поздние сроки) миелобластами 81% в периферической крови, 76% бластными клетками в миелограмме костном мозге является высокой степени риска для жизни матери и плода – ребенка служит предметом острой дискуссии.

АНАЛИЗ ГРУППЫ КРОВИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Самойленко Е.Г., Филипченко Е.М.
Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель. Провести анализ групп крови у лиц, перенесших пневмонию (П), вызванную Covid-19, с учетом степени тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 44 человек (25 женщин и 19 мужчин, средний возраст 43±0,98 года), которые перенесли П, вызванную Covid-19 в период с 1.02.2020 года по 17.01.2021 г.; лечение заболевания проводилось в условиях стационара. Диагноз П и степень тяжести заболевания был установлен на основании эпиданамнеза, клинического обследования, результатов лабораторных исследований. Процент вовлечения паренхимы легких определялся по результатам проведенной КТ. Проведенное добровольное анкетирование, позволило получить информацию о группе крови (ГК) у исследуемых. При статистической обработке данных использовали компьютерную программу «Excel 10»; количественные данные были представлены в виде среднего значения (X) и стандартной ошибки среднего (m). При сравнении данных использовали парный критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Установлено, что степень тяжести перенесенной П различалась: легкая форма отмечалась у 56,8±7,6% лиц (n=25), средней тяжести – у 25,0±6,7% (n=11) и тяжелая – у 18,2±6,0% (n=8). С учетом КТ у 47,7±7,7% (n=21) степень тяжести П соответствовала КТ-1; степени КТ-2 и КТ-3 выявлялись одинаково часто – у 25,0±6,7% лиц (n=11); степень КТ-4 была у одного исследуемого (2,3±2,3%). Анализ имеющейся ГК у исследуемых показал, что 1-я ГК была у 11,4±4,9% (n=5) лиц; 2-я ГК у 45,5±7,7% (n=5) (1-2 ГК; 2-4 ГК: p≤0,001; 2-3ГК: p≤0,05); 3-я ГК у 20,5±6,2% (n=9); 4-я ГК у 6,8±3,9% (n=3), а 15,9±5,6% (n=7) не знали своей ГК. Таким образом, 2 ГК встречалась существенно чаще, чем другие ГК. Распределение ГК с учетом тяжести перенесенной П было следующим. 6,8±3,9% (n=3) лиц с легкой формой П имели 1-ю ГК; 27,3±6,9% (n=12) – 2-ю ГК (1-2 ГК: p≤0,05); 16,0±5,7% (n=7) – 3-ю ГК; 2,3±2,3% (n=1) – 4-ю ГК (2-4 ГК: p≤0,001); 2 человека не знали своей ГК. 4,5±3,2% (n=2) со средней тяжестью П имели 1-ю ГК; 11,4±4,9% (n=5) – 2-ю ГК; 4,5±3,2% - 4-ю ГК (n=2); своей ГК не знали 2 человека. 9,1±4,4% (n=4) с тяжелой П имели 2-ю ГК; 4,5±3,2% (n=2) – 3-ю ГК. Таким образом, при любой степени тяжести П у исследуемых чаще всего встречалась 2-я ГК. Распределение ГК с учетом степени тяжести П по КТ показало, что с КТ-1 у 4,5±3,2% лиц была 1-я ГК, у 22,7% – 2-я ГК (1 ГК-2 ГК:p≤0,05; 2 ГК -4 ГК: p≤0,005), у 13,6% – 3-я ГК, у 2,3±2,3% – 4-я ГК, у 4,5±3,2% – ГК была не известна. С КТ-2 у 6,8±3,9% лиц была 1-я ГК, у 11,4±4,9% – 2-я ГК, у 2,3±2,3% – 3-я ГК, у 4,5±3,2% не известна ГК. С КТ-3 у 9,1±4,4% лиц была 2-я ГК; 3-я и 4-я ГК встречались одинаково часто (4,5±3,2%); у 4,5±3,2% ГК была не известна. С КТ-4 у 2,3±2,3% была 2-я ГК. Таким образом, при максимальной степени поражения легких (более 75%: КТ-4) все лица имели только 2-ю ГК, а при КТ-3 (50 – 75% поражения легких) 2-я ГК встречалась в 2 раза чаще, чем 3-я и 4-я ГК и вообще не было лиц с 1-ой ГК. При степени КТ-2 (25-50% поражения) и КТ-1 (менее 25% поражения) также существенно чаще встречалась 2-я ГК, а при степени КТ-2 не было лиц с 4-й ГК.

Выводы. Среди лиц, перенесших П, вызванную Covid-19, было больше всего людей со 2-й ГК. При этом при любой степени тяжести перенесенной П доминировали лица с 2-й ГК, а при самой тяжелой форме заболевания (КТ-4) у всех исследуемых была только 2-я ГК. Полученные результаты исследования не противоречат ранее опубликованным работам, показавшим, что именно лица с 2-й ГК являются наиболее уязвимыми к инфекции Covid-19 и у лиц со второй ГК высокий риск более тяжелого течения заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 ВО ВЗАИМОСВЯЗИ СО СТЕПЕНЬЮ БРОНХООБСТРУКЦИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Самолюк М.О.
Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Провести оценку уровня эндотелина-1 во взаимосвязи со степенью бронхообструкции и сердечно-сосудистым риском у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 3 группы пациентов. Первую группу пациентов составили 37 человек обоего пола, страдающих АГ 1-3 степени тяжести с сопутствующей ХОБЛ I-III степени тяжести, средний возраст составил 57,6±9,2 лет. Вторую группу пациентов составили 32 человека обоего пола, страдающих АГ 1-3 степени тяжести, средний возраст – 56,9±9,8 лет. Третью группу пациентов составили 31 человек обоего пола, страдающих ХОБЛ I-III степени тяжести, средний возраст – 52,4±7,8 лет. В свою очередь пациенты с коморбидной патологией были разделены на группы согласно степени сердечно-сосудистого риска (шкала SCORE) и степени бронхообструкции. У всех пациентов проводилась оценка эндотелиальной дисфункции путем определения уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови иммуноферментным анализом. Корреляционный анализ был проведен методом Спирмена. Сравнение групп проводилось согласно статистическому методу Краскела-Уоллиса.

Результаты и обсуждение. Согласно проведенным исследованиям, уровень эндотелина-1 оказался максимальным в группе коморбидных больных, где медиана составила 8,9 пг/мл [7,8; 11,8], в группе больных АГ-4,7 пг/мл [1,5; 7,35], в группе больных ХОБЛ оказался минимальным – 3,5 пг/мл [1,75; 4,1]. Причем уровень ЭТ-1 нарастал по мере увеличения степени бронхообструкции (критерий Краскела-Уоллиса=14,7; p<0,001) и сердечно-сосудистого риска (критерий Краскела-Уоллиса=34,76; p<0,001). Корреляционная взаимосвязь R-Спирмена между уровнем ЭТ-1 и степенью бронхообструкции

составила 0,59 (средние корреляции), между уровнем ЭТ-1 и сердечно-сосудистым риском 0,38 (средние корреляции).

Выводы. У больных страдающих АГ с сопутствующей ХОБЛ наблюдаются более высокие уровни эндотелина-1. По мере нарастания степени тяжести ХОБЛ и сердечно-сосудистого риска увеличивается показатель ЭТ-1. Следует предположить о наличии негативного вклада в формирование АГ у больных ХОБЛ посредством влияния на эндотелиальную функцию. Определение уровня ЭТ-1 может использоваться в комплексной оценке эндотелиальной дисфункции.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Саранцева Л.Е., Беляева И.Б., Мазуров В.И., Инамова О.В., Петрова М.С., Мельников Е.А., Василенко Е.А., Башкинов Р.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема клинико-иммунологических взаимосвязей между активностью иммуновоспалительных ревматических заболеваний и перенесенной новой коронавирусной инфекцией в настоящее время не изучена и требует когортных проспективных исследований.

Цель исследования. Определить влияние новой коронавирусной инфекции на клиническое течение некоторых ревматических заболеваний.

Материалы и методы. В анализ включено 204 пациента с различными ревматологическими заболеваниями (РЗ), перенесшими новую коронавирусную инфекцию разной степени тяжести (бессимптомное – 17 (8,4%), легкое – 82 (40,2%), средней степени – 97 (47,5%) и тяжелое – 8 (2,9), и находившихся в последующем на стационарном и амбулаторном лечении в Клинической ревматологической больнице №25 г. Санкт-Петербурга с марта 2020 г. по февраль2021 г. Из них – женщин – 154 б-х (75%), мужчин – 51 (25%), в возрасте от 18 до 88 лет. В исследуемой группе 160 (78,4%) пациентов наблюдались с с воспалительными и обменно-дистрофическими заболеваниями суставов, из них с ревматоидным артритом (РА) 81 (39,7%) б-х, недифференцированным артритом (НДА) 28 (13,72%), спондилоартритами (СпА) 17 (8,33%), псориатическим артритом (ПсА) 16 (7,84%), остеоартритом (ОА) 9 (4,4%), подагрой 7 (3,4%) и остеопорозом (ОП) 2 (0,98%). Группу системных заболеваний соединительной ткани составили 43 (21,1%) пациентов, из них с системной красной волчанкой (СКВ) 14 (6,9%), системной склеродермией (ССД) – 7 (3,4%), болезнью Шегрена (БШ) – 5 (2,5%), недифференцированным заболеванием соединительной ткани – 8 (3,9%), полимиозитом (ПМ) 1 (0,5) системными васкулитами – 7 (3,4%), болезнью Стилла 1 – (0,5%). С хронической ревматической болезнью сердца был госпитализирован один (0,5%) пациент. Коморбидная патология выявлена у 124 (39,2%) пациентов в исследуемой группе. В структуре коморбидной патологии преобладали: гипертоническая болезнь (ГБ) – у 86 (42,2%)б-х, дислипидемия – у 57 (27,9%), ИБС – у 54 (26,4%), СД 2 типа – у 34 (16,7%) б-х, ХБП – у 21 (10,3%), ХСН – у 19 (9,3%) б-х, аритмии – у 16 (7,84%) б-х, ХОБЛ – у 4 (2%), и БА – у 4-х б-х (2%). Оценивалось клиническое течение РЗ исходно и через 1-2 месяца после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Результаты. Амбулаторное лечение по поводу COVID-19 без пневмонических осложнений получили 83 пациента (40,68%), а пневмонические осложнения развились у121 (59,3%) пациента, из них прошли стационарное лечение 90 (44,11%) пациентов. Отмечено, что наибольшая группа заболевших была в возрасте от 60 до 93 лет (45,6%) и от 40 до 59 лет (39,2%). Пациентов в возрасте от 18 до 39 лет заболевали реже и составили 15,2%. Летальный исход зарегистрирован у двух пациенток (0,98%): на фоне сепсиса (пациентка А., 39 лет с подострым течением СКВ, инфицированной коронавирусной инфекцией на 26 неделе беременности) и на фоне прогрессирующей дыхательной недостаточности (пациентка Б., 56 лет с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом, интерстициальным поражением легких в рамках основного заболевания и полиморбидностью (ИБС, ГБ, дислипидемия). Известно, что в анамнезе у обеих пациенток были тромботические цереброваскулятные осложнения (нарушения мозгового кровообращения). Постковидный синдром в виде астении, одышки, похудания и снижение памяти отмечен у 53 пациентов (25,9%). В ранние сроки (от 1 до 2 мес) после перенесенной инфекции у всех пациентов возникало обострение основного заболевания, что в большинстве случаев (72%) потребовало госпитализации в стационар ревматического профиля.

В группе больных с РА на момент госпитализации или амбулаторного приема отмечалась высокая (DAS28 более 5,1) 31 (38,3), и средняя активность заболевания (DAS28 более 3,2) -34 (41,9%), а низкая активность выявлялась у 16 (19,6%) пациентов. Обострение суставного синдрома в этой группе

отмечено у 68 (83,4%). При этом после COVID-19 отмечено нарастание лабораторной активности РА: увеличение средних значений СРБ относительно исходных (с 26,08 до 31,28 мг/л) и РФ с (29,5 до 50,1 ед/мл). У одной пациентки 58 лет с длительным анамнезом эрозивного РА (26 лет) зафиксировано максимальное значение РФ – 746 Ед/мл (исходно- данные не предоставлены).

Среди 28 пациентов с НДА в период госпитализации диагноз критериально верифицирован у 19 (67,9%). При этом были установлены следующие нозологические формы: АксСПА – 2 (7,14%), РА – 4 (14,3%), ПОА – 8 (28,6%), ПсА – 2 (7,14%), подагра – 1 (3,6%), БШ – 1 (3,6%), СКВ+СШ – 1 (3,6%). У девяти пациентов (28,65), диагноз НДА был сохранен.

Наиболее тяжело протекала коронавирусная инфекция у пациентов с коморбидной патологией: сочетание ИБС с ГБ у 31 (30,1%) пациента, ИБС и дислипидемией у 15 (14,5%) пациентов.

Результаты иммунологического обследования пациентов с различными РЗ после COVID-19 свидетельствовали о высоких показателях. антинуклеарного фактора (АНФ) на фоне нарастания показателей клинической активности у 3 из 5 (60%) пациентов с болезнью Шегрена (мах до 1:163840), у 8 из 14 (57%) б-х с СКВ (мах 1:40960), у 10 из 28 (35,7%) б-х с НДА (мах 1:10240).

Заключение. В когорте пациентов с РЗ, наблюдающихся в КРБ №25 г. Санкт-Петербурга, COVID-19 протекал в варианте среднего и тяжелого течения у половины больных и инициировал развитие пневмонических осложнений у 68,6% пациентов. В изучаемой когорте превалировали пациенты с РА (39,7%), средней и старшей возрастной групп (84,8%) и высокая встречаемость коморбидной патологии (39%), наиболее значимыми из которых являлись ИБС, ГБ, дислипидемия и СД.

Летальный исход после перенесенной COVID-19 развился у 2-х пациенток (0,98%), причинами которого явился сепсис на фоне активности СКВ и беременности 26 недель и прогрессирующая дыхательная недостаточность, связанная с активностью ЭГПА, неблагоприятным коморбидным фоном (ИБС, ГБ и метаболический синдром) и тромботическим событиями в анамнезе.

Особенностями клинического течения РЗ после COVID-19 в нашей когорте пациентов можно считать развитие постковидного синдрома (астения, одышка, похудание, снижение памяти) у ¼ пациентов, трансформация НДА в конкретные нозологические формы у 60,7% и увеличение активности РА у 83,4% пациентов. Обращает на себя внимание существенное возрастание иммунологической активности за счет АНФ на фоне нарастания показателей клинической активности в ранний период (1-2 месяца) после перенесенной новой коронавирусной инфекции у больных с системными заболеваниями соединительной ткани, НДА, что потребовало интенсификации лечения.

Требуется дальнейшее изучение особенностей клинического течения РЗ после перенесенной COVID-19, что позволит разработать стратегию ведения таких пациентов в новых эпидемиологических условиях.

СЫВОРОТОЧНЫЙ АМИЛОИДНЫЙ БЕЛОК А (SAA) ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш., Дибров Д.А.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цели. Изучить взаимосвязь уровня SAA при АС с показателями активности заболевания.

Материалы и методы. 124 пациента с АС (по данным mNYC 1984) 70 мужчин, 54 женщины, из них HLA B 27 положительный 91,1%, средний возраст 38,1 (±12,9), возраст начала заболевания 23,5 (±9,9), последовательно госпитализирован в клинику НИИ ревматологии с февраля по Ноябрь 2020 г. В дополнение к стандартному обследованию (медиана СРБ 6,7 мг/л [1,4; 24,9], СОЭ 13 мм/ч [7; 27] у всех пациентов исследовали SAA нефелометрическим методом.

Результаты и обсуждения. Медиана SAA у 124 пациентов составила 12,5 мг/л [4; 71,6]. Среди них 31% имели нормальный уровень SAA (<5 мг/л), а 69% – более 5 мг/л. В 21 (17,5%) случае уровень SAA был повышен при нормальных уровнях CRP, и только в 2 случаях повышение уровня CRP при нормальных уровнях SAA; У 50 пациентов (40,3%) с нормальной СОЭ уровень SAA был повышен, а у 7 (5,6%) – СОЭ превышало верхние пределы нормы при нормальном уровне SAA. Сравнение средних значений уровней SAA, CRP, ESR у мужчин и женщин не выявило достоверных различий между ними. Уровень SAA слабо коррелировал с СОЭ ($r=0,2$; $p=0,002$) и BASDAI ($r=0,3$; $p=0,002$), умеренно с ASDAS-CRP ($r=0,5$; $r<0,0001$), но показал сильную связь с СРБ ($r=0,80$; $p<0,00001$). Пациенты с повышенным уровнем SAA (>5 мг/л) имели более короткую продолжительность заболевания (10 и 12

лет; p<0,0004), более высокий уровень ASDAS-CRP (2,9 и 2,4; p<0,003), уровень CRP в крови (14,6 и 1,3; p<0,00001), а периферический артрит достоверно чаще (60% и 39%; p<0,05), чем у пациентов с нормальными показателями.

Выводы. Уровень SAA хорошо коррелирует с показателями активности АС, особенно с уровнем CRP, и может использоваться в качестве альтернативного показателя активности заболевания.

ИНДЕКС ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Сваровская А.В., Трубачева О.А., Гарганеева А.А.
Научно-исследовательский институт кардиологии,
Томский национальный исследовательский
медицинский центр,
г. Томск

Цель. Оценить взаимосвязь индекса висцерального ожирения (ИВО) у пациентов с ИБС, перенесших коронарное стентирование с показателями липидного, углеводного обменов и маркерами воспаления.

Материал и методы. В исследование включено 229 пациентов с ИБС и сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, медиана возраста составила 55±7,56 лет. В зависимости от индекса висцерального ожирения (ИВО) пациенты были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 107 пациентов с повышенным ИВО, во 2-й группу с нормальным ИВО (n=122). Группы были сопоставимы по возрастному и половому составу. Всем пациентам выполнялось измерение окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Определение концентрации фактора некроза опухоли α (ФНОα), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-10 (ИЛ-10), гомоцистеина в сыворотке крови выполняли методом иммуноферментного анализа. Показатели липидного спектра, аполипопротеин А-1 (Апо-А1) и аполипопротеин В (Апо-В) определяли ферментативным колориметрическим методом. В 2010 г. Amato MC, et al. предложил использовать ИВО в качестве маркера дисфункции висцеральной жировой ткани, который рассчитывается по формуле:

[ОТ/(39,68+(1,88×ИМТ))×(ТГ/1,03)×(1,31/ЛВП)] – для мужчин,

[ОТ/(36,58+(1,89×ИМТ))×(ТГ/0,81)×(1,52/ЛВП)] – для женщин.

Для оценки кардиоваскулярного риска использовались следующие возрастные показатели: для возраста 42-52 года – 1,92; 52-66 лет – 1,93. Согласно данным Amato MC, et al. (2010) превышение указанных значений ИВО свидетельствовало о существенном возрастании сердечно-сосудистого риска.

Результаты. У пациентов 1-й группы установлено значимое превышение уровней общего холестерина (ОХС) (p=0,021), триглицеридов (ТГ) (p=0,000), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (p=0,006), ИЛ-1 (p=0,007), ИЛ-10 (p=0,000) и снижение липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (p=0,000). При исследовании показателей углеводного обмена, уровней $ФНО_{\alpha}$, ИЛ-6 достоверные различия между группами отсутствовали. Оценка взаимосвязей между исследуемыми параметрами выявила наличие прямой корреляционной связи ИВО в 1-группе с ТГ (r=0,857, p=0,009), с ФНОα (r=0,4022, p=0,042), с ИЛ-1 (r=0,264, p=0,025), гомоцистеином (r=0,261, p=0,027), с ИЛ-6 (r=0,4099, p=0,039) и отрицательной – с ЛПВП (r=-0,498, p=0,001). Во 2-й группе установлены корреляционные связи с ТГ (r=0,371, p=0,009) и отрицательные с ЛПВП (r=-0,459, p=0,001) и апо-А1 (r=-0,329, p=0,021).

Выводы. Полученные корреляции между ИВО и клинико-метаболическими параметрами подтверждают, что ИВО в большей степени отражает дисфункцию жировой ткани, чем характер ее распределения. Простота определения ИВО позволяет использовать этот показатель в клинической практике. Влияние повышенного ИВО на развитие сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска требует дальнейшего изучения.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Свистун О.В., Пшуков В.А., Нефедова Е.А.
Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель. Анализ клинико-эпидемиологических особенностей течения COVID-19 у школьников и студентов с оценкой эффективности проводимых в образовательных учреждениях противоэпидемических мероприятий.

Материалы и методы. Анкетирование двух возрастных групп по 200 человек соответственно: в первую вошли студенты 6 курса КубГМУ (22-25 лет), во вторую ученики 7-8 классов МБОУ Лицея №4 (13-15 лет). Из общего числа опрошенных перенесли коронавирусную инфекцию 39 человек из первой группы (19,5%) и 56 (28%) из второй. Дальнейшее анкетирование проводилось среди учащихся, выявленных на данном этапе.

Результаты и обсуждения. В первой группе из 39 человек у 28 (71,8%) инкубационный период 8-12 дней, у 8 (20,5%) 6-8 дней и у 3 (7,7%) более 12 дней; во второй группе из 56 детей у 3 (5,4%) 2-4 дня, у 48 (85,7%) 4-6 дней, у 4 (7,1%) 6-8 дней и у 1 (1,8%) 8-12 дней. Эпидемиологический анамнез: возвращение из зарубежной поездки у 5 (8,9%) во второй группе; наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, который в последующем заболел, или, у которого диагноз был подтвержден лабораторно у 28 (71,8%) в первой и 45 (80,4%) во второй; наличие профессиональных контактов с лицами, у которых выявлен подозрительный или подтвержденный случай заболевания COVID-19 у 11 (28,2%) в первой группе; 6 человек (10,7%) во второй группе дополнительно указали на вероятное их заражение в школе. Наиболее частые симптомы в младшей возрастной группе: лихорадка у 46 детей (82,1%) до 37,5º, у 5 (8,9%) до 38,5º и у 1 (1,8%) выше 38,5º; кашель непродуктивный у 29 (51,8%) или с небольшим количеством мокроты у 2 (3,6%); одышка у 11 (19,6%); чувство сдавления в грудной клетке у 2 (3,6%); першение и боль в горле у 10 (17,9%). В старшей возрастной группе лихорадка поднималась до более высоких значений: до 37,5º у 26 студентов (66,7%), до 38,5º у 6 (15,4%), выше 38,5º у 3 (7,7%); кашель: сухой у 23 (59%), с небольшим количеством мокроты у 2 (5,1%); одышка у 11 (28%); ощущение боли или сдавления в области грудной клетки у 5 (12,8%); боль или першение в горле у 6 (15,4%); заложенность носа и умеренная ринорея у 15 (38,5%); тошнота у 9 (23%), боли в животе у 10 (25,6%), диарея у 7 (17,9%). Признаки общей интоксикации наблюдались у подавляющего большинства опрошенных как в первой, так и во второй группе. Патогномоничный для COVID-19 симптом гипосмии/аносмии встречался в равной степени часто в обоих возрастных группах. Соблюдение режима самоизоляции (1 группа n=38 – 97,4%, 2 группа n=35 – 62,5%); соблюдение правил личной гигиены (100%); использование одноразовых медицинских масок, сменяемых каждые 2 ч (1 группа n=36 – 92,3%, 2 группа n=36 – 64,3%); использование СИЗ для медработников (1 группа n=11 – 28,2%); проведение дезинфекционных мероприятий (1 группа n=36 – 92,3%, 2 группа n=45 – 80,4%); медикаментозная профилактика – рекомбинантный ИФН-α интраназально или Умифеновир (1 группа n=15 – 38,5%, 2 группа n=27 – 48,2%).

Выводы. У детей заболевание протекало легче и с более коротким инкубационным периодом, однако заболеваемость COVID-19 в первой группе ниже, что можно связать с более тщательным соблюдением студентами мер профилактики. Таким образом, представленные данные говорят о высокой осведомленности студентов КубГМУ по вопросам предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции, об эффективности введенного в КубГМУ режима дистанционного обучения и других противоэпидемических мероприятий.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Семенова К.И., Волошинова Е.В., Сафарова К.Н.
Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, г. Саратов

Цель исследования. Оценить хроническую болезнь почек (ХБП) как фактор риска прогрессирования атеросклероза на примере клинического случая.

Материал и методы. В исследовании представлено клиническое наблюдение пациента Т. 60 лет, выявленное в г. Саратове. Проведена оценка анамнеза, данных лабораторного и инструментального методов исследования, физикальных данных.

Результаты. Пациент Т., 60 лет. С 2000 г. – повышение артериального давления (АД) до 150 и 100 мм рт. ст. В анализах мочи – протеинурия до 1,0 г/сутки, микрогематурия. Креатинин крови 124 мкмоль/л, мочевина 7,6 ммоль/л. Выставлен диагноз гипертензивного хронического гломерулонефрита, ХБП стадии С2. С этого времени постоянно принимал ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). В 2012 г. впервые возник приступ подагрического артрита первого плюстнефалангового сустава слева; креатинин крови 196 мкмоль/л, мочевина 12,3 ммоль/л, протеинурия 5,36 г/л. При дуплексном исследовании почечных артерии (ДИПА) стеноза почечных артерии не выявлено. С этого времени

– непостоянный прием аллопуринола. В сентябре 2014 г. перенес острый не Q-инфаркт миокарда, зарегистрирована фибрилляция предсердий. Во время госпитализации: креатинин 278-190 мкмоль/л (ХБП С3Б), мочевина 19,6 ммоль/л, холестерин 7,1 ммоль/л (липидный спектр не определялся). ДИПА не проводилось. Рекомендовано продолжить прием иАПФ, назначены бета-адреноблокаторы, аллопуринол, статины, антиагреганты, энтеросорбенты. Пациент регулярно контролировал уровень креатинина крови (190-220 мкмоль/л), общего холестерина (5,5-5,8 ммоль/л). В июне 2020 г. креатинин крови 297 мкмоль/л, мочевина 19,5 ммоль/л, мочевая кислота 390 мкмоль/л. В сентябре 2020 г. отмечено резкое ухудшение самочувствия: появилась общая слабость, тошнота, брадиаритмия, повышение АД до 200 и 110 мм рт. ст. Самостоятельно увеличил дозу иАПФ. Обратился к нефрологу: состояние средней тяжести, число сердечных сокращений 50 в мин, ритм неправильный, АД 170 и 100 мм рт.ст. ИМТ 34. Креатинин крови 514 мкмоль/л, мочевина 24,8 ммоль/л, калий 6,2 ммоль/л, холестерин 5,5 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 3,6 ммоль/л. При ДИПА выявлены признаки билатерального поражения почечных артерии (ПА): окклюзия правой общей ПА, значимый устьевой стеноз левой ПА. С целью экстренной коррекции гиперкалиемии отменены иАПФ, назначены петлевые диуретики. В качестве антигипертензивных препаратов назначены блокаторы кальциевых каналов, препараты центрального действия. Рекомендовано продолжить гиполипидемическую терапию с титрацией дозы препаратов. Через месяц креатинин крови 389 мкмоль/л, нормализовался калий крови. С учетом 5 стадии ХБП (СКФ 14 мл/мин) пациент ознакомлен с методами заместительной почечной терапии.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует значение ХБП как мощного фактора прогрессирования атеросклероза и сердечно-сосудистой патологии. Продемонстрирована реализация факторов риска прогрессирования атеросклероза с поражением коронарных и магистральных почечных артерий у больного с ХБП: ожирения, гиперурикемии, гиперлипидемии. Прогрессированию атеросклероза способствовало также отсутствие должного контроля липидов крови и адекватной липидмодифицирующей терапии. Показана необходимость регулярного проведения ДИ почечных артерий у пациентов, длительно принимающих иАПФ и уже имеющих клинические признаки атеросклероза, а также необходимость систематического наблюдения нефрологом пациентов с «продвинутыми» стадиями ХБП.

ЧАСТОТА ОБОСТРЕНИЙ И ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ

Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель. Оценить частоту обострений и показатели функции легких у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в ходе лечения препаратами моноклональных антител (МАТ) в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Обследованы 43 амбулаторных пациента (мужчин 35%) с ТБА (5 ступень терапии по GINA 2020) в возрасте 18-70 лет (средний возраст 48 лет). У 81% диагностирована атопическая БА, у 38% – гормонозависимая, у 19% – аспириновая астма. Сопутствующая ХОБЛ имелась у 23% больных. Пациенты получали лечение препаратами МАТ против IgE (Омализумаб, 11 человек), против ИЛ-5/рецепторов ИЛ-5: (Меполизумаб, 14 человек, Бенрализумаб, 19 человек), а также против ИЛ-4/ ИЛ-13 (Дупилумаб, 18 человек) в течение года. Часть больных (15 человек) получила более одного годичного курса МАТ. Исследование функции легких выполняли методом спирометрии (спирограф 2120 Vitalograph). Обострения астмы (ухудшение симптомов, потребовавшее незапланированного обращения за медицинской помощью, госпитализации и/или курса СГКС более 3 дней) оценивались за предшествующие 12 месяцев и в ходе терапии МАТ.

Результаты. Частота обострений у пациентов с ТБА в течение года лечения МАТ уменьшилась на 50% (исходно: 2,10±0,25, через 12 мес: 1,10±0,22 в год, $p<0,0001$), несмотря на снижение дозы системных и ингаляционных ГКС. Исходно средняя величина $ОФВ_1$ составила 56% от должного (1,70±0,10 л), через год лечения препаратами МАТ $ОФВ_1$ повысился в среднем на 110 мл (при лечении омализумабом на 90 мл, меполизумабом – на 160 мл, бенрализумабом – на 140 мл, дупилумабом – на 130 мл). При лечении МАТ у 42% пациентов с гормонозависимой ТБА удалось полностью отменить СГКС, у 29% больных доза была снижена, у 29% пациентов дозу СГКС уменьшить не удалось. Доля пациентов с гормонозависимой астмой после 1 года лечения МАТ снизилась с 38% до 22% ($p<0.05$). Доля больных, не имевших обострений ТБА в течение года, повысилась с 8% до 40% ($p<0,001$).

Выводы. Лечение пациентов с тяжелой бронхиальной астмой препаратами биологической терапии в течение года приводит к улучшению функции легких, уменьшению количества обострений и доли пациентов, нуждающихся в постоянном приеме таблетированных глюкокортикоидов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДНК ВИРУСА ГЕПАТИТА В В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ НИЗКОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКЕ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ ДИАЛИЗНОГО ЦЕНТРА

Серикова Е.Н.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель. Проанализировать распространенность молекулярных маркеров ВГВ в периферической крови методом выявления ДНК вируса гепатита В (ВГВ) при низкой вирусной нагрузке с использованием ПЦР в режиме «реального времени» среди пациентов гемодиализного центра.

Задачи. 1. Оценить распространенность серологических маркеров ВГВ в исследуемой группе. 2. Оценить распространенность молекулярных маркеров ВГВ в исследуемой группе с использованием различных методов.

Материалы и методы. Образцы плазмы крови без идентификационных данных пациентов (n=173) тестировали на присутствие серологических (HBsAg, анти-HBcore IgG, анти-HBs) и молекулярно-биологических (ДНК ВГВ) маркеров ВГВ. Для выявления ВГВ в плазме крови при низкой вирусной нагрузке использовался способ обнаружения ДНК ВГВ на основе технологии ПЦР в режиме «реального времени». Регистрация флуоресцентного сигнала производится по двум каналам, согласно рекомендациям Таорминского консенсуса о необходимости выявления как минимум двух участков генома вируса для подтверждения обнаружения HBsAg-негативного гепатита В. По каналу, соответствующему флуорофору FAM, детектируется продукт амплификации ДНК ВГВ S-региона, по каналу, соответствующему флуорофору ROX, детектируется продукт амплификации ДНК ВГВ X-региона.

Результаты. Соотношение женщин и мужчин в анализируемой группе составило 54,9:45,1%, возрастной диапазон – 20-83 года.

Методом ПЦР с использованием коммерческой тест-системы АмплиСенс HBV-FRT (ФБУН ЦНИИЭ, Москва) выявлены два ДНК ВГВ(+) случая с присутствием HBsAg. С использованием метода выявления ДНК ВГВ в плазме крови при низкой вирусной нагрузке на основе ПЦР в режиме «реального времени» выявлены 2,8% ВГВ(+) образцов, выявленные случаи подтверждаются с применением метода на основе «гнездовой» ПЦР с электрофоретической детекцией. За вычетом HBsAg(+) случаев, выявлены 1,7% ДНК ВГВ(+) случаев. Таким образом, распространенность HBsAg-негативной формы инфекции составила 1,7%.

Выводы. Поверхностный антиген ВГВ не позволяет выявлять HBsAg-негативную форму ХВГВ. Диагностика оккультной формы течения ХВГВ требует внедрения в рутинный лабораторный скрининг высокочувствительных молекулярных методов выявления ДНК ВГВ при низкой вирусной нагрузке. Пациенты, проходящие заместительную терапию с использованием программного гемодиализа, находятся в группе риска инфицирования ВГВ и могут представлять угрозу распространения ВГВ в связи с сохранением инфекционности при HBsAg-негативной форме течения заболевания.

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ И РЕАКТИВНОМ АРТРИТАХ

Сиротко О.В., Сиротко В.В.
Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Среди заболеваний ревматологического профиля наиболее распространенными заболеваниями среди населения трудоспособного возраста являются ревматоидный артрит (РА) и реактивный артрит (РеА). В тоже время среди населения довольно широко распространена патология щитовидной железы (ЩЖ). Согласно мировой статистике, различными заболеваниями щитовидной железы страдают не менее 3% населения планеты. В литературе есть упоминания о заболеваниях щитовидной железы у пациентов с ревматоидным артритом. Но при этом отсутствуют данные о распространенности и особенностях патологии ЩЖ

Цель работы. Изучение патологии щитовидной железы у пациентов с ревматоидным и реактивным артритами.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ 156 историй болезни пациентов ревматологического отделения УЗ «ВОКБ», госпитализированных с диагнозом РА и

РеА и прощедших комплексное лабораторно-инструментальное обследование.

Среди пациентов с РА было 98 женщин (98%) и 2 мужчин (2%). Медиана возраста пациентов составила 58 лет (53-64). Медиана длительности течения РА 7 лет (4-15). Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями ACR 1987г. и EULAR 2010 г. Среди пациентов с РеА было 26 (46,4%) женщин и 30 (53,6%) мужчин, из них 30 (55,6%) пациентов с острым и 26 (44,4%) пациентов с хроническим течением заболевания. Медиана возраста пациентов с РеА составила 34 года (31-42). Медиана длительности течения РеА составила 1 год (0,3-3,25).

Результаты и обсуждение. Активность воспалительного процесса I степени была установлена у 15 (15%) пациентов с РА, II степени – у 68 (68%) пациентов, III степени – у 17 (17%) пациентов. У 2 (2%) пациентов была установлена 3 группа инвалидности, у 15 (15%) пациентов – 2 группа инвалидности, а у 2 (2%) пациентов – 1 группа инвалидности. Серопозитивный вариант РА имели 69 (69%) пациентов с РА. У 14 (14%) пациентов с РА были выявлены ревматоидные узелки. I рентгенологическая стадия была установлена у 1 (1%) пациента, II стадия – у 48 (48%) пациентов, а III стадия – у 41 (41%) пациента, а 4 стадия у 10 (10%) пациентов.

При РеА активность I степени была определена у 18 (32,1%) пациентов, II – у 30 (53,6%) пациентов, III – у 8 (14,3%) пациентов. Рентгенологическую I стадию имели 31 (55,4%) пациент, II – 20 (35,7%), III – 2 (3,6%). Структурных изменений со стороны суставов рентгенологическим методом не было обнаружено у 3 (5,3%) лиц. У 25 (44,6%) пациентов с РеА имел место олигоартрит, у 30 (53,6%) – полиартрит, у 1 (1,8%) пациентов – моноартрит, у 30 (53,6%) – ассиметричное поражение суставов, у 42 (77,8%) – поражение нижних конечностей. Сакроилеит III рентгенологической стадии был диагностирован в 1 (1,8%) случае, пяточные шпоры – в 1 (1,8%).

При выполнении ультразвукового исследования щитовидной железы у 65 (65%) пациентов с РА был выявлен узловой зоб, у 7 (7%) пациентов диффузный зоб, у 3 (3%) пациентов смешанный зоб. Аутоиммунный тиреоидит был установлен у 28 (28%) пациентов с РА. У пациентов с РеА патология щитовидной железы выявлена не была.

Всем пациентам с РА и патологией щитовидной железы было выполнено исследование сыворотки крови на уровень гормонов Т3, Т4 свободный, тиреотропный гормон (ТТГ), антитела к тиреопероксидазе (анти-ТПО).

При оценке полученных результатов у 31 (31%) пациента был установлен гипотиреоз (снижение функции), у 69 (69%) пациентов – эутиреоз (нормальная функция), при этом у 3 (3%) пациентов эутиреоз наступил на фоне заместительной гормональной терапии (з.г.т.). В 20% случаев узлового зоба и в 11% случаев АИТ был установлен гипотиреоз. Гипертиреоз (повышение функции) не был выявлен ни у одного пациента. Из 31 (31%) пациента с гипотиреозом 28 (28%) пациентов принимали з.г.т., которую назначил врач-эндокринолог по результатам анализов крови на гормоны. При этом 12 (12%) пациентов принимали эутирокс, а 16 (16%) пациентов – L-тироксин.

У 9 (10%) пациентов с узловым зобом было выполнено хирургическое вмешательство в связи с быстрым ростом узлов. У 1 (1%) пациента с РА с узловым образованием щитовидной железы оперативное лечение было связано с малигнизацией узлового образования щитовидной железы.

Выводы. Заболевания щитовидной железы достоверно чаще встречаются у пациентов с ревматоидным артритом, чем у пациентов с реактивным артритом.

В структуре сопутствующей патологии щитовидной железы у пациентов с ревматоидным артритом узловой зоб встречается чаще, чем диффузный зоб и АИТ. При патологии щитовидной железы у пациентов с РА чаще встречается сохранение нормальной функции щитовидной железы – эутиреоз (69%), чем гипотиреоз (34%).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДАГРИЧЕСКОГО И РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Сиротко О.В., Сиротко В.В.
Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при поражении первого плюснефалангового сустава подразумевает разграничение двух основных групп заболеваний: микрокристаллические артриты и серонегативные спондилоартропатии (в частности реактивный артрит). Сложности диагностики подагрического артрита заключаются в инвазиновсти метода (исследование синовиальной жидкости), не широкое распространение поляризационной микроскопии в учреждениях здравоохранения. Наиболее общедоступным, малозатратным методом диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов.

Цель работы. Разработка диагностических критериев ультразвуковой дифференциальной диагностики подагрического артрита и реактивного артритов.

Материалы и методы. Нами были обследованы 20 пациентов с ПА, 36 пациентов с РеА. Все пациенты с ПА – 20 человек были мужчины (100%); медиана возраста которых составила 46 лет (33-56), а медиана длительности течения ПА – 1,4 года (0,55-2,1). Диагноз ПА устанавливался в соответствии диагностическими критериями. В группе пациентов с РеА женщины составили 16 человек (46,4%), а мужчины – 20 человек (53,6%). Медиана возраста пациентов с РеА составила 34 года (31-42). Медиана длительности течения РеА составила 1 год (0,3-3,25). Активность I степени была определена у 8 (22,3%) человек, II – у 10 (27,7%), III – у 18 (50%). Пациенты с РеА отвечали предварительным Международным критериям (4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin 1999).

Всем пациентам проводилось мультиплоскостное динамическое исследование I плюснефалангового сустава в продольной и поперечной плоскости ультразвуковым аппаратом экспертного класса «Voluson 730 GE-Expert» с использованием датчика с частотой 12 мГц с Допплером.

Результаты и обсуждение. У пациентов с ПА были выявлены следующие ультразвуковые признаки: умеренный синовит (96,6%, 95% ДИ: 96,5-96,7%), отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия; гиперэхогенная линейная тень (двойной контур) параллельно суставной проверхности кости (99%, 95% ДИ: 99,1-98,9%), отек периартикулярных мягких тканей (58,4%, 95% ДИ: 88,1-88,6%); положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава под контролем УЗИ.

У пациентов с РеА были визуализированы следующие ультразвуковые особенности поражений суставов: энтезит (64,7%, 95% ДИ: 64,2-65,3%); эрозии воспаления (57,5%, 95% ДИ: 57-57,9%) под пораженным энтезом без патологической васкуляризации; выраженный синовит (52,9%, 95% ДИ: 52,4-52,3%); параэнтезиальный отек мягких тканей (59,5%, 95% ДИ: 59,4-60%); параэнтезиальный выпот (36,7%, 95% ДИ: 36,2-37,1%); положительная «болевая проба» при пальпации пораженных энтезов в 100% случаев под контролем УЗИ.

Выводы. Ультразвуковые критерии подагрического артрита включают: двойной контур в виде линейной гиперэхогенной тени параллельно суставной поверхности кости; умеренный синовит; отсутствие гиперваскуляризации в проекции синовия; периартикулярный отек/выпот; положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава под контролем УЗИ.

Ультразвуковые критерии реактивного артрита: энтезит; эрозии воспаления под пораженным энтезом; отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия; выраженный синовит; параэнтезиальный отек /выпот; положительная «болевая проба» в проекции пораженных энтезов под контролем УЗИ.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИТИЛИГО

Скрек С.В.[2], Зелянина М.И.[1,2], Васильев Н.Ю.[2]
[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Клиника кожных болезней Пьера Волькенштейна, Санкт-Петербург

Витилиго – аутоиммунное заболевание кожи, характеризующееся появлением на слизистых, коже и ее придатках очагов депигментации. Доказано, что в основе патогенеза лежит разрушение меланоцитов детерминированных к атаке иммунокомпетентных клеток. Эта аутоагрессия может быть обусловлена различными механизмами:

1. Появлением в коже аутореактивных меланоцитспецифичных цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов, разрушающих меланоциты посредством секреции цитотоксических гранул (перфорина/ гранзима В);

2. Активацией системы комплемента, запускающей апоптоз меланоцитов;

3. Инициирование антител к меланоцитарным антигенам, таким как тирозиназа или L-допахром изомераза.

Особое значение в последние годы приобретают данные, полученные при изучении иммунологических составляющих в развитии этого заболевания. В свою очередь, одной из иммунологических особенностей является взаимодействие ассоциированных с патогенами молекулярных паттернов (PAMPs) и рецепторов распознавания этих паттернов (PRRs), экспрессирующихся на иммунореактивных клетках, а также их коммуникации с повреждающими молекулярными структурами (DAMPs). К последним принято относить ядерные, митохондриальные и цитозольные белки макроорганизма.

Первым наиболее изученным объектом DAMPs, выявленным еще в 1999, был амфотерин - негистоновый ядерный белок или high-mobility group protein B1 (HMGPB1), экспрессируемый во всех клетках млекопитающих. Он может высвобождаться активно через цитоплазматические везикулы клеток или пассивно высвобождаться из некротических клеток. Активное высвобождение опосредуется несколькими путями:

• Jak/STAT-1 опосредованное ацетилирование отвечает за начальную транслокацию HMGB1 из ядра в цитоплазму, в то время как

• внеклеточное высвобождение частично опосредуется двухцепочечной РНК-активированной протеинкиназой/инфламмасом – опосредованным пироптозом.

В то время как пассивное высвобождение после гибели некротических клеток происходит быстро, активное высвобождение HMGB1 происходит гораз-

до медленнее. Уровень HMGB1 достигает плато примерно через 16-32 часов после начала эндотоксемии.

После высвобождения во внеклеточное пространство HMGB1 связывается с PAMPs, такими как ДНК, LPS или липотейхоевая кислота, потенцируя степень их воспалительных реакций, а также с рецепторами клеточной поверхности, включая, но не ограничиваясь связью с рецептором для конечных продуктов гликирования (RAGE), TLR2, TLR4, TLR9.

Взаимодействие осуществляется также с триггерным рецептором, экспрессирующегося в миелоидных клетках 1 (TREM-1). После связывания с этими рецепторами HMGB1 активирует макрофаги и эндотелиальные клетки, стимулируя выработку провоспалительных хемокинов, цитокинов и молекул эндотелиальной адгезии.

Внеклеточный белок холодового шока (CIRP) представляет собой 172-аминокислотный РНК-шаперонный белок, который был идентифицирован как DAMPs в 2013 году. Его количество регулируется гипотермией, гипоксией и окислительным стрессом, возникающим в ответ на ультрафиолетовое облучение. В дополнение к пассивному высвобождению во время некротической клеточной смерти, во времена клеточного стресса, CIRP может транслоцироваться из ядра в цитоплазматические гранулы при стрессе. Из них он высвобождается во внеклеточное пространство. После связывания внеклеточного CIRP со своим рецептором, рецепторным комплексом TLR4-миелоидного фактора дифференцировки 2 (MD2), происходит стимуляция высвобождения провоспалительных цитокинов TNF-α и HMGB1 из макрофагов.

Свойства DAMPs обнаруживаются у внеклеточного CIRP, который потенцирует развитие как острого, так и хронического воспаления. Он был выявлен в нескольких типах клеток, включая макрофаги, лимфоциты и нейтрофилы, как активатор продукции ими цитокинов и хемокинов. Кроме этого внеклеточный CIRP способен к стимуляции образования нейтрофильных внеклеточных ловушек (NET). Было также показано, что внеклеточный CIRP стимулирует воспаление, вызывает стресс эндоплазматического ретикулума (ER) и индуцирует апоптоз в эндотелиальных клетках легких (EC).

Важную роль в патогенезе витилиго играют хемокины. Именно хемокины CXCL9, CXCL10 и CXCL11 более характерны для витилиго, в отличие от других представителей семейства хемокинов. Главной функцией CXCL9 является рекрутинг в кожу новых меланоспецифических CD8+ лимфоцитов, а CXCL10 обеспечивает сохранение лимфоцитов в коже и осуществление их эффекторных функций. Оба хемокина являются лигандами для одного рецептора CXCR3. Этот рецептор определяется на поверхности аутореактивных меланоспецифических CD8+ лимфоцитов, расположенных как в крови, так и в коже.

Вышеперечисленные данные открывают новые направления в диагностике и лечении витилиго.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАПНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

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

Цель. Определить значение капнометрии в прогнозировании респираторных нарушений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и вентральными грыжами в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследованы 124 больных ХОБЛ 1-2 ст. с послеоперационными вентральными грыжами. Перед герниопластикой проводили капнометрию с определением доли функционального мертвого пространства в альвеолярной вентиляции (ДФМПАВ) до и через 20 минут после вправления грыжевого мешка с его фиксацией.

Результаты и обсуждение. У 93 больных (группа 1) ДФМПАВ существенно не изменилась, либо значения показателя оставались в пределах нормы (35%), и составили в среднем 24,2±6,1% до и 28,4±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±3,1% до и 39,2±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±1,1% и 94±2,3, соответственно, $p<0,05$), а продолжительность госпитализации – меньше (8±1,3 и 14,2±2,5 дней, соответственно, $p<0,05$). Таким образом, у больных ХОБЛ и оперированными вентральными грыжами капнометрия позволяет на дооперационном этапе прогнозировать

возможные нарушения со стороны респираторной системы в раннем послеоперационном периоде.

КОМОРБИДНОСТЬ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Смирнова М.П., Чижов П.А.
Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Введение. Различные коморбидные состояния усугубляют течение хронической сердечной недостаточности (ХСН), значительно снижая качество жизни пациентов с ХСН. Латентный дефицит железа (ЛДЖ) встречается у 10-60% пациентов с ХСН. Тревожно-депрессивные расстройства выявляются у 18-62% больных с ХСН. Взаимное влияние данных состояний у лиц с ХСН изучено недостаточно.

Цель исследования. Оценить наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХСН на фоне ЛДЖ.

Материалы и методы. Обследовано 179 больных, 36 мужчин (М) и 143 женщины (Ж) с ХСН разного функционального класса (ФК), средний возраст 71,58+7,88 года. Всем проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки ФК ХСН и ЭХО-кардиоскопию на аппарате экспертного класса GE Vivid-7 в трех режимах по стандартной методике. На гематологическом анализаторе определяли уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л в сыворотке крови фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: STRF= (Fe сыворотки, мкмоль/л х398)/трансферрин, мг/дл, в %. О наличии ЛДЖ судили при снижении FER<100 мкг/л или FER 100-300 мкг/л при STRF < 20%. Для оценки психического статуса использовали госпитальную шкалу тревоги (Т) и депрессии (Д) HADS. Анализ результатов проводили с использованием программного пакета STATISTICA 10.0.

Результаты. Согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) у 66 (37%) пациентов диагностирован 2ФК ХСН по NYHA, у 90 (50%) – 3ФК, у 23 (13%) – 4ФК. У обследованных с 3ФК выраженность Т и Д была достоверно выше по сравнению с лицами с 2ФК: 7,67±3,69 против 6,00±4,20 и 9,10±4,41 против 7,12±4,18, соответственно. В целом по группе тревожно-депрессивные расстройства по шкале HADS выявлены у 69% обследованных, признаки Т определялись в 54% случаев, признаки Д – в 66%. При этом клинически выраженная Т и Д диагностирована у 25% и 38% соответственно, субклинически выраженная Т и Д – у 29% и 28% соответственно.

ЛДЖ установлен у 125 (70%) обследованных. При сравнении показателей обмена железа у пациентов с ЛДЖ выявлено достоверное снижение Fe и sTRF по сравнению с лицами без ЛДЖ– 16,16±6,54 против 18,92±6,87 мкмоль/л и 32,26±12,87 против 37,83±11,88%, соответственно. У пациентов с ЛДЖ достоверно чаще выявлялись тревожные проявления – 51% против 37% без ЛДЖ и признаки депрессии – 64% против 48%, соответственно. Субклинически выраженная Т и Д достоверно чаще диагностировалась у пациентов с ЛДЖ при сравнении с лицами без ЛДЖ – 29% и 30% против 16% и 18%, соответственно. Достоверно чаще у лиц с ЛДЖ отмечалось сочетание Т и Д – у 48% обследованных против 30% в группе без ЛДЖ.

Выраженность Т и Д в группе с ЛДЖ были достоверно выше – Т-7,41±3,98 против 6,34±3,41 у лиц без ЛДЖ, Д – 8,96±4,28 против 7,48±4,39, соответственно. Обнаружены достоверные отрицательные корреляционные связи средней силы между выраженностью Т и уровнем Fe и sTRF.

Выводы. ЛДЖ выявлен у 70% с ХСН, тревожно-депрессивные расстройства – у 69%. Выраженность Т и Д увеличиваются с ростом ФК ХСН. Частота выявления Т и Д увеличивается при сопутствующем ЛДЖ. Наличие ЛДЖ усугубляет проявления Т и Д у пациентов с ХСН. Своевременная диагностика ЛДЖ и его эффективное лечение может способствовать улучшению психического состояния пациентов с ХСН.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ С УЧЕТОМ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Соловей С.П.[1], Огурцова С.Э.[2]
[1]Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
[2]Институт биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Цель работы. Оценить гиполипидемическую эффективность и безопасность терапии розувастати-

ном во взаимосвязи с носительством полиморфных вариантов гена белка-переносчика органических анионов SLCO1B1.

Материал и методы исследования. Включались лица с наличием дислипидемии и показаниями для ее коррекции мужского и женского пола старше 40 лет умеренного, высокого и очень высокого 10-летнего риска развития сердечно-сосудистых осложнений, рассчитанного по шкале SCORE, постоянно проживающие на территории Беларуси (n=102). Определение концентрации общего холестерина (ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности, триглицеридов проводилось на автоматическом биохимическом анализаторе (Architect c4000, Abbott, США) исходно, через 4 и 8 недель терапии и далее при необходимости изменения лечения. С целью контроля безопасности розувастатина определяли уровень ферментемии – показателя мышечного повреждения (КФК). При этом обращалось внимание на появление жалоб пациентов на общее самочувствие, болевой синдром, а также соблюдение рекомендованного режима приема статинов с учетом сопутствующих лекарственных средств. Для выявления «мышечных» симптомов и их взаимосвязи с приемом статинов проводилось анкетирование участников исследования: при сумме баллов 9-11 связь мышечной боли с приемом статинов считалась весьма вероятной. Розувастатин назначался в индивидуально подобранных дозах (10-40 мг) в зависимости от необходимого процента снижения ХС ЛПНП для достижения целевого с учетом исходного уровня и величины сердечно-сосудистого риска. Генетическое исследование выполнялось путем проведения полимеразной цепной реакции препаратов ДНК, полученных из периферической крови в течение 24 часов. Длительность наблюдения составила 12 месяцев.

Результаты. Характер нарушения липидного спектра крови у всех участников соответствовал первичной изолированной или сочетанной гиперлипидемии. Среди носителей дикого типа генотипа SLCO1B1, как в гомозиготном (ТТ), так и в гетерозиготном виде (ТС), степень снижения ХС ЛПНП оказалась достоверно больше ($p<0,05$) в сравнении с гомозиготными носителями вариантной аллели С: для дозы 10 мг – 57,1% 51,3% и 31,1%, для дозы 20 мг – 46,3%, 48,8% и 23,0% соответственно в группах. Наши данные согласуется с рядом зарубежных исследований, где носители аллелей СС имели слабый ответ на лечение статинами. Отмечалось увеличение встречаемости мышечных симптомов и артралгий на фоне приема статинов у лиц с наличием мутантной аллели С гена SLCO1B1 ($p<0,05$). Взаимосвязь возникших «мышечных» симптомов с приемом статинов у 13 пациентов (12,7%) расценена как вероятная (>9 баллов). Из этих 13 чел. гомозиготными носителями мутантной аллели С явились 4 чел., принимавших 20 мг, 5 чел. являлись носителями генотипа ТС, принимавших 20 мг и 10 мг, 4 чел. являлись носителями генотипа ТТ, принимавших 20 мг розувастатина. Данная симптоматика послужила поводом для самостоятельной отмены статина у 8 чел., 4 из которых вернулись к лечению – был назначен аторвастатин, 4 чел. прекратили прием ввиду возобновления болей при повторном приеме розувастатина. Болевой синдром сопровождался повышением КФК в крови до 2-х верхних границ нормы только у лиц, принимавших 20 мг розувастатина. Взаимосвязь мышечных симптомов с уровнем КФК не выявлена. Из 39 носителей аллели С повышенная активность КФК обнаружена у 15 чел. (38,5%). Значимых различий между группами носителей аллели С и неносителей аллели С выявлено не было, величина КФК при этом составила 295,41±32,3 U/L и 236,1±41,8 U/L соответственно.

Выводы. Таким образом, осуществление фармакогенетического тестирования может не только повысить безопасность терапии статинами, но и выполнять роль предиктора ответа на лечения.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Соловьёв И.А., Кучев Р.Д., Шуленин К.С., Чибирякова Е.О., Федосов Н.В., Тедеев Т.Г.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Доля кардиоваскулярных осложнений при внесердечных хирургических операциях может достигать 42%, а периоперационный риск напрямую зависит от состояния пациента и значительно повышается при наличии коморбидных заболеваний. Не меньшее влияние на прогноз оказывают срочность оперативного вмешательства, его объем, длительность, величина кровопотери и изменение баланса жидкости. В тоже время, данных о влиянии

хирургических факторов и частоте развития фатальных осложнений в раннем послеоперационном периоде, по отдельным видам хирургических операций, недостаточно.

Цель исследования. Выявить наиболее значимые хирургические факторы риска развития фатальных кардиоваскулярных осложнений при мультивисцеральных резекциях на органах брюшной полости по поводу местнораспространенного рака.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование со сплошной выборкой пациентов, в которую вошли 92 пациента (55 мужчин и 37 женщин, в возрасте от 35 до 87 лет, средний возраст 66,3±3,4 лет), умерших в раннем послеоперационном периоде (до 30 суток), которым по поводу местно-распространенного рака выполнялась плановая мультивисцеральная резекция органов брюшной полости. Была выполнена детальная оценка и анализ причин смерти этих пациентов, а также частоты развития фатальных хирургических и кардиоваскулярных осложнений. Статистический анализ осуществлялся с использованием пакетов прикладных программ «IBM SPSS Statistics v.20.0.» (StatSoft, США).

Результаты. Установлено, что кардиоваскулярные осложнения (инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, инсульт) являлись причинами смерти пациентов в 68,4%, а хирургические (сепсис, массивное кровотечение, полиорганная недостаточность) в 31,6% случаев. С помощью многомерного пошагового регрессионного анализа была получена высокоинформативная и достоверная ($p<0,001$) модель, характеризующая вероятность развития фатальных кардиоваскулярных осложнений, а наиболее значимыми хирургическими предикторами оказались длительность операции свыше 3 часов, объем кровопотери более 1000 мл, продолжительность интубации и ИВЛ, а также периоперационное ведение наркотических и глюкокортикостероидных препаратов. Вклад всех факторов, включенных в модель, составил 87,5%, а оставшиеся 12,5% составили неуточненные (случайные) факторы.

Выводы. Ведущей причиной смерти пациентов при плановых мультивисцеральных резекциях на органах брюшной полости по поводу местнораспространенного рака являются кардиоваскулярные осложнения. Почти в половине случаев (46,7%) к летальному исходу приводило развитие инфаркта миокарда. Среди хирургических факторов периоперационного кардиоваскулярного риска и летальности в раннем послеоперационном периоде наибольшее значение имеют длительность операции и периода интубации, объем кровопотери, а также периоперационное ведение наркотических и глюкокортикостероидных препаратов.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Спирина О.В.[1], Суджаева О.А.[1], Руденко Э.В.[2], Кошлатая О.В.[1]
[1]Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
[2]Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель работы. Изучить особенности развития и выраженность нарушений метаболизма костной ткани у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) до и после трансплантации сердца (ТС).

Материалы и методы. В исследование включено 95 пациентов с ХСН до и после ТС в возрасте 53,8±9,5 лет. Срок проведения ТС составил от 0 до 26 месяцев, в среднем 8,5±8,9 месяцев. У всех обследованных проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) на аппарате GE Lunar Prodigy Advance (США). Для выявления бессимптомных переломов выполнялись морфометрия и рентгенография позвоночника. Расчет 10-летней вероятности переломов осуществлялся с использованием шкалы FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). Данные шкалы FRAX оценивались по номограмме, рекомендованной Национальной группой по разработке рекомендаций по лечению остеопороза (NOGG). Лабораторная диагностика включала: биохимический анализ крови с определением липидного спектра, показателей кальций-фосфорного обмена (кальций общий и ионизированный, фосфор), уровня 25-гидроксвитамина D Total (общего), паратиреоидного гормона (ПТГ), показателей костного метаболизма (остеокальцин, β-Cross-Laps).

Результаты. Анализ данных ДРА, морфометрии и рентгенографии обнаружил, что остеопороз до ТС выявлен у 7 (43%) из 16 обследованных. После ТС отмечалась тенденция к увеличению распространенности нарушений метаболизма костной ткани и к утяжелению уже имевшихся изменений: у 5% появилась остеопения, на 30% увеличилось число пациентов с остеопорозом – от 43% до 55%. Выполнение комплексного обследования, включавшего морфометрию и рентгенографию позвоночника, позволило повысить выявляемость переломов позвонков у лиц до ТС на 100%, после ТС – на 50%, в целом по группе – более, чем на 60%. При морфометрии переломы

позвонков выявлены у 10 (19%) пациентов после ТС, т.е. сопоставимо с группой ХСН до ТС – 13 (32%), (p>0,05). При проведении рентгенографии дополнительно переломы выявлены у 8 пациентов после ТС и у 5 – до ТС. Таким образом, при комплексном обследовании переломы выявлены у 18 (44%) пациентов с ХСН до ТС и у 18 (33%) – после ТС (p>0,05). При этом у большинства пациентов с ХСН до и после ТС вычисленный с помощью общепринятого метода FRAX риск переломов был низкий: 10-летняя вероятность перелома составили в среднем по группе 2,4±1,0% и 3,4±3,9%, соответственно (p>0,05). У 50% пациентов с ХСН до ТС и у 56% после ТС, имевших переломы позвонков, показатели минеральной плотности кости (МПК) по данным морфометрии были в пределах нормы. Установлено, что целом все включенные в исследование характеризовались нормальными показателями остеокальцина, β-CrossLaps, уровнем общего кальция, фосфора, но повышением уровня ПТГ и снижением содержания 25-(OH) витамина D, более выраженные у лиц после ТС (p<0,05).

Выводы. У лиц с ХСН до и после ТС зачастую имеют место отличные от общепопуляционных механизмы развития нарушений метаболизма костной ткани, а также, что модель FRAX у лиц до и в течение 1 года после ТС недостаточно информативна в расчете риска переломов. У лиц до ТС и в раннем посттрансплантационном периоде переломы могут развиваться в отсутствие остеопороза и даже остеопении, причем посттрансплантационные переломы в 2 раза чаще развивались в течение 1-го года после операции. Через 1 год после ТС МПК несколько улучшается.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ И COVID-19: ОТМЕНЯТЬ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ?

Спицина С.С.
Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Новая коронавирусная инфекция 2019 (COVID-19) у некоторых пациентов характеризуется иммунным гипервоспалительным ответом с повышенной концентрацией интерлейкинов (ИЛ) и фактора некроза опухоли альфа (ФНОα) в плазме («цитокиновый шторм»). Эти медиаторы также опосредованы с хроническими воспалительными заболеваниями суставов (Schett G., Price KN, 2020). Следовательно, можно считать, что эти пациенты более восприимчивы к инфекции и развитию тяжелого коронавирусного синдрома. В связи с этим возникает вопрос: нужно ли им преждевременно прекращать проводимую генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ)?

Цель. Проанализировать данные в PubMed о пациентах с хроническими воспалительными заболеваниями суставов, получающих ГИБТ, перенесших COVID-19. Описать клинический случай из собственной медицинской практики.

Материалы и методы. Большинство текущих рекомендаций отмечают, что ГИБТ противопоказана в случае клинически активной инфекции. Пока неизвестно, влияет ли биологическая терапия на восприимчивость к COVID-19. С другой стороны, ее прекращение может привести к потере ответа при возобновлении или даже к образованию антител к биопрепарату (Lebwohl M., 2020). В настоящее время данные о пациентах с COVID-19 и получающих биологическую терапию, скудны. В нашем учреждении был случай выявления COVID-19 у пациента с псориатическим артритом (ПсА), получающего блокатор ИЛ-17.

Результаты и обсуждение. Мужчина, 35 лет, страдающий вульгарным псориазом и ПсА спондилоартического варианта с 2012 года, без сопутствующих заболеваний. На протяжении 8 лет принимает метотрексат, в связи с недостаточным эффектом с 2018 г. получает комбинированную терапию с блокатором ИЛ-17. С 2019 г. полная клинико-лабораторная ремиссия. 03.10.2020 г. поднялась температура до 38ºС, появились общая слабость, заложенность носа, першение в горле, небольшой кашель. 05.10.2020 г. получен положительный результат ПЦР на выявление РНК коронавируса. В анализах крови отклонений не было выявлено, рентген органов грудной клетки без патологических изменений. Поставлен диагноз «Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), легкая форма». Была назначена противовирусная (имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты) и симптоматическая терапия, временно отменен прием метотрексата. 10.10.2010 г. наблюдалось клиническое улучшение, 15.10.2020 г. – полное выздоровление пациента. В ноябре 2020г. возобновлено лечение ПсА в прежнем объеме.

Выводы. Таким образом, пациент с ПсА, получавшего блокатор ИЛ-17, имел легкие симптомы. На сегодняшний день в нескольких работах описаны исходы COVID-19 у ревматологических пациентов, получавших биологические агенты. Современные данные показывают, что ингибирование ИЛ может

быть полезным при COVID-19, ослабляя системное воспаление. В целом, несмотря на потенциальный повышенный риск инфекции, ГИБТ может оказывать защитное действие при COVID-19 из-за противовоспалительного эффекта двойной нейтрализации ФНОα, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-17, ИЛ-23. Необходимы дополнительные данные, чтобы прояснить этот вопрос.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Спицина С.С.[1,2], Шилова Л.Н.[2], Трофименко А.С.[1], Мозговая Е.Э.[1], Бедина С.А.[1]
[1]Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,
[2]Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Цель. Изучить липидный профиль больных с ревматоидным (РА) и псориатическим (ПсА) артритами, а также анкилозирующим спондилоартритом (АСА), выявить нарушения и их взаимосвязь с основными предрасполагающими факторами.

Материалы и методы. Были обследованы 20 больных РА, 15 – ПсА, 15 – АСА, получающих базисную противовоспалительную терапию метотрексатом от 10 до 20 мг в неделю на протяжении не менее 6 месяцев, а также различные нестероидные противовоспалительные препараты. Диагнозы выставлялись по критериям ACR/EULAR 2010, CASPAR 2006, ASAS 2009 соответственно. Критерием исключения было наличие сопутствующего заболевания, способного повлиять на обмен липидов. У всех пациентов определяли в плазме общий холестерин (ОХС), ХС-ЛПВП, триглицериды (ТГ). Расчетным путем по формуле Friedewald получали значения ХС-ЛПНП: ОХС – (ХС-ЛПВП+(ТГ/2,2)). Учитывался индекс атерогенности – отношение (ОХС-ХСЛПВ)/ХСЛПВП.

Результаты и обсуждение. Возраст всех больных составил от 30 до 67 лет, продолжительность заболевания от 1,5 до 12 лет. Все пациенты с хроническими артритами имели умеренную или высокую активность заболевания. В группе пациентов с РА среднее значение ОХС составило 5,63±1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,09±0,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,74±1,16 ммоль/л. Увеличение уровня ОХС было зарегистрировано в 80% случаев, ТГ – в 40%, ХС-ЛПНП – в 80%, снижение ХС-ЛПВП – в 60%. Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь ОХС с возрастом, менопаузой, избыточной массой тела. Длительность РА прямо коррелировала с ОХС (r=0,189), ХС-ЛПНП (r=0,159). Активность РА негативно влияла на ХС-ЛПВП: уровень СРБ (r=-0,169). В группе пациентов с ПсА повышение уровня ОХС зарегистрировано в 80% случаев. Среднее значение ОХС составило 6,04±1,55 ммоль/л. Изменения ТГ и ХС-ЛПВП не были зарегистрированы. Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь ОХС с возрастом, избыточной массой тела, длительностью ПсА. В группе пациентов с АСА было отмечено увеличение ОХС и ХС-ЛПНП, а также коэффициента атерогенности. Средние значения ОХС составили 5,65±0,28; ТГ 1,28±0,12; ХС-ЛПНП 3,86±0,23; ХС-ЛПВП 1,09±0,06 ммоль/л.

Выводы. Липидные нарушения, наблюдающиеся у больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов, ассоциированы с очень высоким риском развития раннего атеросклероза и сердечно-сосудистых катастроф. Наиболее выраженным оказалось повышение ОХС, ЛПНП. Показатели липидного профиля взаимосвязаны как с традиционными (возраст, повышение индекса массы тела), так и с болезнь-ассоциированными (длительность артрита, активность основного заболевания) факторами.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Старчкова Т.Е., Тамбовцева О.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Применение антикоагулянтов в настоящее время является востребованным, так как, во – первых, кардиологические заболевания в настоящее время считаются самой распространенной причиной инвалидизации и ранней смертности населения. По статистике, процент смертности составляет 40-60% ежегодно от общего количества смертей. Во – вторых, заболевания в данной области имеют тенденцию к омоложению, поэтому все больше пациентов нуждаются в медикаментозной терапии. Из-за того, что большая часть является трудоспособным и работающим населением, мы должны стараться подобрать более удобное и менее трудоемкое лечение.

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

Выводы. Таким образом, статистически проанализировав различия между группами, с помощью Критерия U-Манна-Уитни, было выявлено: различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы по шкалам физическое и материальное благополучие, социальное благополучие ($p<0.05$) и статистически не значимы по шкалам самовосприятие и микросоциальная поддержка ($p>0.05$). Это утверждает то, что пациенты, принимающие варфарин, оценивают свое физическое и социальное благополучие гораздо ниже, чем пациенты, принимающие ривароксабан, мы связываем данный факт с тем, что 1-й группе пациентов в связи с приемом варфарина требуется более тщательное наблюдение и постоянный контроль в поликлинике. Не смотря на более высокую цену ривароксабана, пациенты отдают предпочтение данному препарату, в связи с удобством применения и контролем дозировки.

ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БИСФОСФОНАТАМИ, ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА Д НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОТЕРЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Суджаева О.А.[1], Руденко Э.В.[2], Кошлатая О.В.[1], Спирина О.В.[1]
[1]Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
[2]Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить влияние дифференцированной терапии бисфосфонатами, препаратами кальция и витамина Д на прогрессирование потерь костной ткани у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) до и после трансплантации сердца (ТС).

Материалы и методы исследования. 99 пациентов с ХСН до и после ТС в возрасте от 31 до 68 лет, в среднем (54,1±9,4) года. 29 пациентов с ХСН находились в «листе ожидания» ТС, у 70 в сроки от 1 до 28, в среднем 4,7±7,5 месяцев проведена ТС. Пациенты до и после ТС были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям ($p>0,05$). Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) выполнялась на аппарате GE Lunar Prodigy Advance (США). Включенные в исследование рандомизированы на 2 группы. Пациенты основной группы (ОГ) после рандомизации получали внутривенно капельно однократно препарат золендроновой кислоты 5 мг и далее в течение 12 месяцев комбинированное лекарственное средство, содержавшее кальция карбонат 1250 мг и колекальциферол (витамин Д3) 10 мкг (400 МЕ). Пациенты контрольной группы (КГ) препаратов, влияющих на метаболизм костной ткани, не получали. I тест проводился при рандомизации, II тест – через 12 месяцев. Статистическая обработка данных проводилась в программах STATSOFT STATISTICA (версия 10.0).

Результаты и обсуждение. В ОГ вошло 35, в КГ – 64 пациента, они существенно не различались по основным клинико-демографическим показателям ($p>0,05$). При I тесте в ОГ из 35 рандомизированных у 11 проведена ТС, еще 24 находились в «листе ожидания». Из 11 лиц ОГ после ТС у 2 (18%) выявлены переломы позвонков, в подгруппе ХСН – у 5 (21%) из 24 ($p>0,05$). Остеопороз диагностиро-

ван у 3 (27%) и 4 (17%), остеопения – у 9 (27%) и 11 (46%), соответственно (p>0,05). Из 64 пациентов КГ у 40 проведена ТС, еще 24 имели ХСН и находились в «листе ожидания» ТС. В КГ при I тесте переломы диагностированы у 6 (15%) из 40 пациентов после ТС и у 15 (63%) из 24 лиц с ХСН из «листа ожидания» (p<0,05), остеопороз – у 9 (23%) и 10 (42%), соответственно, остеопения – у 21 (53%) из 40 и у всех 24 (100%) лиц с ХСН, ожидавших ТС. При II тесте ДРА выполнена у 6 пациентов ОГ после ТС и у 8 пациентов ОГ с ХСН без ТС. Переломы диагностированы у 4 (67%) из 6 и у 3 (38%) из 8 обследованных, соответственно, остеопороз не выявлен ни одного из пациентов ОГ (ни после ТС, ни с ХСН), остеопения отмечалась у 2 (33%) из 6 лиц после ТС и у 4 (50%) из 8 обследованных с ХСН без ТС. В КГ II тест проведен у 35 пациентов после ТС и у 21 из «листа ожидания». Переломы диагностированы у 7 (20%) из 35 и у 8 (38%) из 21 обследованного, остеопороз – у 8 (23%), остеопения – у 18 (51%) из 35 пациента после ТС. В подгруппе пациентов с ХСН без ТС через 1 год остеопения и остеопороз не выявлялись.

Выводы. Однократное введение препаратов золендроновой кислоты и прием препаратов кальция и витамина Д в течение 1 года способствовало исчезновению остеопороза в группе лиц с ХСН после ТС и в группе пациентов с ХСН, состоявших в «листе ожидания» ТС.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА ЦНС

Сулейманова Н.Л., Егорова Е.А., Матвеев А.В., Захарова А.Н.
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Лекарственные препараты, оказывающие влияние на центральную нервную систему (ЦНС), способны изменять ее функциональную активность посредством воздействия на синаптическую передачу, активность ионных каналов, обеспечение ЦНС энергией, тем самым внешне проявляя угнетающий или стимулирующий эффект. К средствам неизбирательного действия относят анестетики и частично аналептики, к средствам преимущественно избирательного действия – анальгетики, противоэпилептические и психотропные средства.

Цель исследования. Изучение гендерных особенностей нежелательных реакций (НР) препаратов, действующих на ЦНС.

Материалы и методы. В работе были использованы данные карт-извещений о НР лекарственных препаратов группы N01-N07 (АТХ-код), зарегистрированные в Республике Крым за период 2009-2018 гг. (база данных ARCADe – Adverse Reactions in Crimea, Autonomic Database).

Результаты и обсуждение. За период 2009-2018 гг. было зарегистрировано 734 случая развития НР, которые были вызваны применением лекарственных препаратов для лечения заболеваний ЦНС, что составило 10,76% от общего количества зарегистрированных случаев НР лекарственных средств (ЛС) за представленный период времени (6822 случая).

Изучение частоты развития НР при применении отдельных групп препаратов, действующих на ЦНС, позволило определить, что наиболее часто НР были зарегистрированы при применении анальгетиков (26,3%), анестетиков (19,1%), антипсихотических препаратов (17,2%), психостимуляторов и ноотропных средств (12,3%). Намного реже НР возникали при применении противоэпилептических средств (44 случая; 6%), антидепрессантов (28 случаев; 3,8%), снотворных средств (18 случаев; 2,4%), анксиолитиков (2%), противопаркинсонических средств (4 случая; 0,5%). При использовании прочих препаратов, оказывающих влияние на ЦНС количество НР составило 10,4%.

Изучение гендерных особенностей развития НР при применении данных групп препаратов позволило выявить, что у пациентов женского пола НР возникают незначительно чаще (399 случаев; 54,4%), чем у пациентов мужского пола (328 случаев; 44,7%). В 7 случаях (0,95%) указание на пол пациента отсутствовало.

Среди определенных фармакологических групп стоит отметить группу снотворных средств, в которой соотношение частоты НР между мужчинами и женщинами составило 1:17 (1 случай развития НР у пациентов мужского пола и 17 случаев развития НР у пациентов женского пола). Преобладание частоты развития НР у пациентов женского пола наблюдалось и при применении анксиолитиков (1:2,7), антидепрессантов (1:2,4), противоэпилептических препаратов (1:2,1), анестетиков (1:1,4). Исключением стали группы антипсихотических препаратов и анальгетиков, где в частоте развития НР преобладали пациенты мужского пола (99 случаев НР у мужского пола и 94 случая у женского; 66 случаев НР у мужского пола и 60 случаев у женского соответственно).

Заключение. Изучение гендерных особенностей развития НР при применении препаратов,

действующих на ЦНС, позволило выявить более высокую частоту их возникновения у пациентов женского пола, что требует особенного внимания специалистов здравоохранения при назначении ЛС данной категории пациентов.

ИЗМЕНЕНИЯ ИОННОГО ТРАНСПОРТА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПСОРИАЗЕ

Султанова А.Р., Газиев А.Р., Вахитов Х.М., Шамкина А.Р.
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Псориаз – хроническое заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования. Изучить состояние плазменного звена гемостаза в квартилях величин натрий-литиевого противотранспорта (Na^+-Li^+-ПТ).

Материалы и методы. Исследованы 285 пациентов – 265 чел. (стационарное отделение) – с различными формами псориаза и 20 – группа сравнения. Пациенты были разделены на группы. Первая группа – 211 пациентов с распространенными формами псориаза (вульгарный и ладонно-подошвенный); вторая – 38 стационарных пациентов с тяжелыми формами (экссудативный и пустулезный псориаз) и третья – 19 пациентов с псориатической эритродермией и псориатический артрит – т.е. с генерализованными формами псориаза. Возраст участвующих в обследовании пациентов от 26 до 64 лет. Группа сравнения в количестве 20 чел. – здоровые люди (возраст 19-57 лет). Систему гемостаза оценивали на анализаторе гемостаза. Скорость Na^+-Li^+-ПТ исследовали по методу M. Canessa.

Результаты и обсуждения. В каждой группе определены скоростные изменения Na^+-Li^+-ПТ в эритроцитах. В соответствии с полученными результатами пациенты были распределены в 4 квартиля: I квартиль скорость Na^+-Li^+-ПТ до 204 мкмоль Li/л кл./час; II квартиль –204-271 мкмоль Li/л кл./час; III квартиль – 272-345 мкмоль Li/л кл./час; IV квартиль – более 345 мкмоль Li/л кл./час). В группе пациентов с генерализованными формами псориаза (третья группа) 84 % исследуемых (скорость Na^+-Li^+-ПТ более 345 мкмоль Li/л кл./час) распределяется в IV квартиль, во второй группе (распространенные формы псориаза) – 51% случаев в IV квартиль. Пациенты с благоприятным течением (первая группа) распределяется в квартилях примерно одинаково – такое распределение в квартилях вероятно связано с трансформацией из легкой форм, по степени тяжести, до тяжелых, генерализованных форм псориаза.

Уровень фибриногена в оцениваемых группах значимо превышает значения в группе сравнения ($p<0,05$). При этом выявлена особенность – высокие скорости Na^+-Li^+-ПТ в мембране эритроцита сопровождаются наиболее выраженными изменениями плазменного звена и увеличением площади кожных изменений. У пациентов с генерализованными формами псориаза (IV квартиль) выявлены наибольшие изменения плазменного звена гемостаза среди всех групп. Возможно, что высокий риск тромбообразования, а значит активация плазменного звена у таких пациентов является одним из основных механизмов нарушений микроциркуляции и, вероятно, развитие в «порочного круга» способствующего хроническому течению и обострению псориатического процесса.

Выводы. Таким образом, что изменения скоростных характеристик Na^+-Li^+-ПТ в мембране эритроцита имеет максимальные показатели (IV квартиль) у пациентов с тяжелыми, генерализованными формами этого хронического дерматоза. Показана взаимосвязь между изменениями гемостаза, скоростью Na^+-Li^+-ПТ и клиническими проявлениями псориаза – максимальные показатели скорости Na^+-Li^+-ПТ (IV квартиль, более 345 мкмоль Li/л кл./час) соответствуют высокому риску тромбообразования и тяжестью псориаза (генерализованные формы). Выдан патент на изобретение № 2586291 «Способ диагностики тяжелых форм псориаза у взрослых».

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Султанова А.Р., Газиев А.Р., Вахитов Х.М., Шамкина А.Р.
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Изменения клеточных мембранных каналов объединяет множество патофизиологических процессов. Движение ионов через мембранные каналы клеточной мембраны с участием белковых транспортных структур, включающий как активный энергетически зависимый транспорт, так и облегченную

диффузию, определяет жизнедеятельность всех биологических клеток организма пациента в норме и патологическом процессе. По литературным данным изменение транспорта ионов через мембрану бывает первичным или вторичным компонентом патологического процесса различных заболеваний. Такой транспортной системой представлена мембрана эритроцита с движением по каналам клетки натрия и лития – натрий-литиевый противотранспорт (НЛПТ). Исследование скоростных характеристик НЛПТ у пациентов детского возраста с атопическим дерматитом (АтД) является актуальной задачей, т.к. именно на пациентов детского возраста влияют факторы, приводящие к нарушениям ионного обмена (активность ПОЛ, изменения в системе гемостаза).

Цель исследования. Определить скоростные характеристики НЛПТ в мембране эритроцита у пациентов детского возраста с АтД с оценкой диагностической ценности метода M. Canessa.

Материалы и методы. В проведении исследования принимали участие 95 пациентов детского возраста, разделенных на 2 группы – 1-я группа: 70 детей – пациенты с АтД, 2-я группа – 25 группа сравнения. Скорости НЛПТ оценивали по методике M. Canessa.

Результаты. Средняя величина движения ионов натрия и лития в 1-й группе (дети с АтД) – 299,7±6,1 mkM Li/л.кл./час. Существенное снижение показателей НЛПТ было выявлено в группе номер 2 – группе по клиническим и данным анамнеза – «здоровая» группа номер 1 – 212,9±10,9 mkM Li/л.кл./час. Предельные средние величины Na^+–Li^+ – противотранспорта, пациентов 1 группы (с АтД), возможно, указывают на ускорение обменных процессов ионного транспорта в мембране эритроцита, связанной с активацией процессов перекисных изменений, нестабильностью рецепторного аппарата – α и β-адренорецепторов с блокадой большей части β-рецепторов и увеличением α-рецепторов, что является маркером воспалительного процесса в тканях. Не исключается, что высокая скорость обмена натрия и лития и, как следствие, повышение проницаемости клеточной мембраны эритроцита и составляет неблагоприятный преморбидный фон, на котором развиваются хронические дерматозы, в том числе и АтД. При оценки средних скоростных показателей НЛПТ в клеточных мембранах эритроцитов групп 1 и 2, с помощью параметрических методов показаны достоверные различия ($p<0,05$; $T>2$). При сравнении скоростных характеристик у группы сравнения №2 (здоровые пациенты) и пацинтов с АтД выявлен интересный паттерн – у 78% членов группы сравнения (№2) указанная скоростные характеристики были ниже порогового значения в 258 mkMLi/л кл./час, а у 91% пациентов с АтД скорость ионного обмена была выше, причем чем тяжелее клинически протекает АтД, тем выше скорость НЛПТ.

Выводы. Таким образом полученное пограничное значение скорости НЛПТ в 258 mkMLi/л кл./час и показатели превышающие эту цифру позволяют с высокой точностью определять пациентов с АтД. А значит такой лабораторный способ возможно применять в качестве диагностического критерия у пациентов с АтД. Можно также предположить, что методику определения скорости НЛПТ возможно применить и у пациентов с другими формами хронических дерматозов, имеющих сходную картину патологического процесса. По результатам исследования получены патенты на изобретения №2459210 «Способ диагностики атопического дерматита у детей» и №2521400 «Способ диагностики атопического дерматита у детей».

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Сычева Е.А., Адильханова В.О., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

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

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

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

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

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

Результаты и обсуждение. Из 500 беременных артериальная гипертензия выявлена у 104 женщин от общего числа исследуемых, что составило 20,8%.

Оценивая влияние возраста женщин на возникновения артериальной гипертензии, было выявлено, что средний возраст женщин с артериальной гипертензией (АГ) составил 28,1±6,2, в то время как средний возраст беременных без АГ составил 26,2±7,5 (p=0,008).

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

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

Выводы. Распространенность АГ среди беременных женщин составила более 20%, что говорит о том, что минимум каждая пятая беременность сопровождается развитием артериальной гипертензии, которая в свою очередь служит предиктором других опасных осложнений.

В ходе нашего исследования были выявлены некоторые факторы, влияющие на развитие АГ у беременных. Ими оказались такие показатели как возраст будущей матери, излишняя масса тела. Так же, исследование показало, что многоплодная беременность в 3,5 раза увеличивает риск развития АГ.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PON1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЯ

Тайжанова Д.Ж.[1], Акильжанова А.Р.[2], Бодаубай Р.[1], Калимбетова А.К.[1]
[1]Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан,
[2]National Laboratory Astana,
Нур-Султан, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить генетический полиморфизм фермента параоксоназы (PON1) с риском развития кардиоваскулярных событий.

Материалы и методы исследования. Данное исследование является клинико-генетическим исследованием, дизайн исследования: случай-контроль. Всего обследовано 257 человек, из них 149 мужчин и 108 женщин.

Обследуемые относились к коренному населению казахской национальности обеих полов в возрасте 45-80 лет, проживающих в регионе Карагандинской области, госпитализированные в клиники городского уровня.

Всем 257 пациентам основной и контрольной групп после ЧКВ, а также с практически здоровыми лицами проведено генотипирование по аллельному варианту PON1-rs854560 (L55M) путем полимеразной-цепной реакции.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ SPSS ver.20. Для проверки равновесия в соответствии с законом Харди-Вайнберга был использован тест Хи-квадрат. Для анализа частотного распределения аллелей и генотипов для каждого полиморфизма отдельно и объединенных генотипов был использован тест Хи-квадрат, точный критерий Фишера и метод относительного риска (ОР) для доверительного интервала (ДИ) 95%.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о том, что традиционные факторы риска атеросклероза и ИБС, как дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, повышенный индекс массы тела, не всегда вносят существенный вклад в развитие кардиоваскулярных осложнении после ЧКВ у пациентов с ИБС, что согласуется с данными ряда авторов, проводивших аналогичные исследования.

На основании оценки клинико-лабораторных данных у пациентов после ЧКВ отмечена тенденция к более высокому уровню ПТИ и фибриногена по сравнению с другими показателями коагулограммы.

По данным проведенного исследования генотипов полиморфизм гена PON1-rs854560 (L55M) A/A гомозиготный аллель выявлен у 54,5% обследованных лиц.

При анализе установлена тенденция к более частому уровню гомозиготного генотипа A/A в III группе (группа пациентов с ЧКВ в анамнезе) в сравнении со пациентами II группы (с развившимся рестенозом коронарных артерий) и пациентами I группы (с ИБС без ЧКВ в анамнезе). Установлено, что соотношение мужчин и женщин по A/A было примерно 3:2 (57,1% и 42,9%). Из 62 обследованных мужчин генотип GA чаще выявлен у мужчин (у 63%), чем у женщин (у 37%). При этом у мужчин чаще встречался гетерозиготный тип генотипа по сравнению с женщинами.

Выводы. Полиморфизм гена PON1, кодирующего фермент антиоксидантной системы защиты организма, коррелирует с развитием ИБС. При этом носители гомозиготного генотипа полиморфизма гена PON1-rs854560 (L55M) A/A чаще обнаружились у мужчин после стентирования коронарных артерии и при развитии рестеноза коронарных артерий. Полученные результаты обусловливают необходимость проведения дальнейших исследований по вкладу различных факторов риска в развитии ИБС и возможных механизмов половых различий в распределении генотипов и аллелей исследованных генов.

ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Танрыбердиева Т.О.
Государственный медицинский университет,
Ашхабад, Туркменистан

Актуальность. Изучение мозгового кровообращения при артериальной гипертензии (АГ) очень важно для прогнозирования цереброваскулярных осложнений.

Цель исследования. Оценить особенности тонуса сосудов полушарий головного мозга при АГ в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Обследовано 122 больных эссенциальной АГ I и II стадий (69 мужчин и 53 женщин), которые были разделены на 2 группы: в возрасте от 37 до 44 лет (36 больных АГ I и 22 больных АГ II) и в возрасте от 60 до 65 лет (26 больных АГ I и 38 больных АГ II). У больных с помощью метода реоэнцефалографии исследовались продолжительность реографической волны (Q – α) и систолической фазы (Q – U), индексы анакротической (α) и катакротической (β) фаз, венозный отток и межполушарная асимметрия наполнения.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность распространения реографической волны (Q – α) во второй группе с АГ I была выше на 12,6% ($p<0,01$). У пожилых больных АГ II Q – α была достоверно ($p<0,01$) ниже на 14,8%, что отражает увеличение тонуса мозговых сосудов.

Индекс анакротической фазы α, то есть максимальная продолжительность наполнения увеличивалась у пожилых на 53,5% ($p<0,05$) при АГ I и более чем в 2 раза ($p<0,001$) при АГ II, в основном за счет времени медленного наполнения.

Возрастание мозгового сосудистого сопротивления проявлялось в сглаживании и смещении дикротического зубца к вершине реографической волны, в удлинении систолической фазы (Q-U) (на 14%; $p<0,05$ при АГ I и 15,3%; $p<0,01$ при АГ II).

У пожилых больных АГ II также отмечалось увеличение внутричерепного венозного давления. Венозный отток ухудшался на 45% ($p<0,05$). Начальные явления проявлялись изменением катакротической фазы β, которая становилась выпуклой.

Частая и значительная по амплитуде межполушарная асимметрия наполнения встречалась главным образом у пожилых и была достоверно ($p<0,05$) выше на 51,2% при АГ I и 60,3% при АГ II.

Выводы. нарушение артериальной и венозной компонент мозговой гемодинамики у пожилых больных АГ увеличивает риск цереброваскулярных осложнений.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

Танрыбердиева Т.О.
Государственный медицинский университет,
Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Выявление характера изменений вегетативной нервной системы (ВНС) при гипертонических кризах (ГК).

Материал и методы. На базе Лечебно-консультативного центра им. С.А.Ниязова кафедры госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии было обследовано 73 больных с артериальной гипертензией I стадии (АГ I) и 80 больных АГ II стадии (АГ II) во время ГК и после их купирования.

Для характеристики функционального состояния ВНС вычислялся вегетативный индекс (ВИ) Кердо. Отрицательное значение ВИ свидетельствовало о преобладании тонуса парасимпатической части ВНС, положительное – о повышении симпатического тонуса, «0» – об эйтопии (вегетативном равновесии). Потребность миокарда в кислороде отражали величина двойного произведения (ДП) и внутримиокардиальное напряжение σmax, которое определялось по общепринятой методике с помощью эхокардиографии. Тип гемодинамики определялся по уровню сердечного индекса(СИ) (эукинетический тип при СИ=2,5-4,2 л/минм^2; гипокинетический тип2,5 л/минм^2; гиперкинетический при СИ4,2 л/минм^2).

Результаты исследования. При всех типах кровообращения у мужчин и женщин преобладал парасимпатический тонус. Случаи «вегетативного равновесия» встречались у больных АГ I с эукинетическим ГК

(7,1%) и при АГ II с гипокинетическим кризом (8,3%), в основном у женщин. Симпатические влияния наблюдались при АГ I с гиперкинетическим (25%) и АГ II с эукинетическим ГК (12,5%). При этом у женщин симпатический тонус преобладал и после купирования ГК. Отмеченная у этих больных значительная активация симпатической части ВНС на фоне повышенного ДП (163,1±12,3 усл. ед. при АГ I и 149,3±4,4 усл. ед. при АГ II) и σmax (соответственно, 396,3±53,6 х 10^3 дин/см^2 и 264,9±32,11х10^3 дин/см^2), которые отражали потребность миокарда в кислороде. После купирования ГК вегетативная реакция в целом ослабевала.

Выводы. В развитии ГК большую роль играют индивидуальные особенности нервной системы и быстрота приспособления организма к изменившимся условиям внешней среды.

ПРОФИЛАКТИКА СИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ташмухамедова М.К., Ибрагимова Н.У.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

В структуре профессиональных заболеваний работников горнорудной промышленности силикоз занимает из ведущих мест, поэтому его профилактика и снижение является одной из важнейших задач, стоящих перед системой здравоохранения и руководством горнорудной промышленности нашей республики.

Цель исследования. Оценить роль периодических медицинских осмотров для раннего выявления и профилактики силикоза у работников горнорудной промышленности.

Материалы и методы. Изучены данные профилактических периодических медицинских осмотров работников горнорудного производства, работающих под воздействием кремнийсодержащей пыли и других профессиональных вредных факторов за 2020 год (1200 человек). Изучался анамнез рабочего, его профессиональный маршрут, выяснение степени, интенсивности и длительности воздействия на него фиброгенной пыли. Проводилось комплексное обследование с участием различных специалистов с проведением рентгенологического исследования легких с последующим изучением динамически выявленного патологического процесса и его осложнений.

Результаты и обсуждение. Данные изучения результатов проведенных профилактических медицинских осмотров выявили рост силикоза, повышенное количество лиц с подозрением на силикоз при небольшом стаже работы. Стаж работы обследованных в подземных условиях составил от 8 до 25 лет, средний стаж работы 10,6±0,8 лет. По возрасту преобладают лица молодого возраста 35-45 лет, средний возраст составляет 38,8±1,2 лет. Большая частота изменений выявлена у проходчиков. По результатам рентгенологических исследований выявленная патология предоставлена следующим образом: подозрение на силикоз у 22 человек, у которых во время периодического медицинского осмотра не выявлены отклонений со стороны органов дыхания, однако по данным рентгенографии легких им дано заключение: «R-контроль», признаки интерстициального фиброза легких у 46 человек, симптом «снежной бури», т.е. признаки силикоза II стадии – 14 человек. Как видно из вышеизложенных, складывается не очень благополучная картина: преобладание с выявленной легочной патологий лиц с небольшим стажем работы, молодого возраста и что настораживает это выявление первичных случаев силикоза. Поэтому при проведении периодических медицинских осмотров врачи должны вести целенаправленный осмотр, при необходимости проводить оздоровление рабочего с учетом возраста и стажа работы в амбулаторных условиях, либо в профилакториях, направлять на санаторно-курортное лечение в санатории общего профиля.

Выводы. На основании полученных данных для профилактики силикоза нами предложена программа, которая включает следующие этапы: качественное проведение предварительного медицинского осмотра при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работающих под воздействием фиброгенной пыли с проведением рентгенографии легких и исследованием функции внешнего дыхания, углубленное обследование лиц с риском развития силикоза, создание регистра больных с силикозом, медицинское наблюдение и лечение, контроль показателей качества жизни. Проведение программы способствует снижение уровня заболеваемости силикозом, показателей утраты трудоспособности, улучшение качества жизни рабочих и конечном итоге – уменьшение величины материального ущерба для предприятий горнорудной промышленности и государства.

ПРЕДИКТОРЫ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ташпулатова М.М., Джураева Э.Р., Алиева К.К.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение факторов риска развития остеопении и остеопороза у женщин

фертильного возраста с ранним ревматоидным артритом (РА) до начала фармакотерапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП).

Материалы и методы. В исследование включены 60 женщин болеющих РА (соответствующий критериям EULAR/ACR, 2010 г.), с сохраненным менструальным циклом, не принимавших ранее БПВП и глюкокортикостероиды (ГКС) в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст составил 26,5±1,2 лет) с длительностью заболевания до 1 года (от 6 до 52 нед.), проходивших стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии и ревматологии многопрофильной клиники ТМА за период 2019 – 2020 гг. Активность заболевания оценивали по С-реактивному белку (СРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и по индексу DAS28. Всем пациенткам выполнялась ультразвуковая денситометрия с последующей остеоденситометрией поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. Остеопения позвоночника выявлена у 42 (70,1%) женщин, остеопороз – у 4 (6,6%), нормальные показатели минеральной плотности кости - у 14 (23,3%) женщин. Из этой группы были выбраны 42 женщины с остеопенией в позвоночнике, которые составили основную группу. При этом 14 женщин с нормальными показателями минеральной плотности кости, составили группу контроля. Определялось содержание кальция в сыворотке крови. Проводилась оценка факторов, способных влиять на аккумуляцию костной ткани в молодом возрасте и скорость ее снижения в последующем: курение, употребление алкоголя, наличие переломов в анамнезе у родителей, частота встречаемости переломов позвоночника, шейки бедренной кости и дистального отдела предплечья у самих участниц исследования.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных, серопозитивный РА был диагностирован у 47 (78,3%) женщин, серонегативный РА – у 13 (21,6%). Системные проявления РА были выявлены у 2 (3,3%) больных. Средняя степень активности РА (DAS28=3,2-5,1) была диагностирована у 38 (63,3%) обследуемых, высокая (DAS28>5,1) – у 22 (36,6%). Анализ относительной частоты встречаемости факторов риска в группах с остеопенией и нормой показал, что женщины в группе с остеопенией достоверно чаще имели низкий вес, рост и низкий индекс массы тела. В основной группе содержание кальция в сыворотке крови было достоверно ниже по сравнению с группой контроля. Частота встречаемости курения оказалась выше в группе лиц с остеопенией позвоночника, однако, не было отмечено различий по этому показателю в группах женщин с остеопенией и нормой в шейке бедренной кости. Переломы позвоночника и/или шейки бедренной кости и/или дистального отдела предплечья в анамнезе в группе с остеопенией имели место у 5 (8,3%) пациенток. У женщин, с нормальной плотностью кости переломы в анамнезе отмечалось у 2 (14,3%), у 12 (85,7%) женщин указаний на наличие переломов в анамнезе не было. На наличие переломов вышеуказанных локализаций в анамнезе у родителей указывали 27% женщин из основной группы. В группе контроля отягощенный семейный анамнез по переломам у родителей имели 22% женщин. Различия между двумя группами были статистически достоверными ($p>0,005$).

Выводы. Таким образом, достоверные различия между группами сравнения были получены по показателям массы тела и индекса массы тела, минеральной плотности костной ткани в позвоночнике, частоты встречаемости переломов у родителей, концентрации кальция. Выявление и оценка факторов, определяющих развитие остеопенического синдрома у молодых женщин с ранним РА, позволит прогнозировать возрастное развитие остеопороза, а значит, своевременно проводить необходимые профилактические и лечебные мероприятия.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А., Джураева Э.Р., Алиева К.К.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Оценить функциональное состояние щитовидной железы (ЩЖ) у больных ревматоидным артритом (РА) на фоне терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП).

Материалы и методы. В исследование включены 50 больных в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст составил 44,2±3,2 лет) с достоверным диагнозом РА (соответствующий критериям EULAR/ACR, 2010 г.) с длительностью заболевания до 1 года (от 6 до 52 нед.), проходивших стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии и ревматологии и состоящих на диспансерном учете в артрологическом СКАЛе многопрофильной клиники ТМА за период 2019-2020 гг. По полу больные распределились следующим образом: 44 женщины (88%) и 6 мужчин (12%). В группе больных, начавших впервые получать лечение БПВП, 35 пациентам назначен метотрексат в дозе 7,5-15 мг в неделю, 15 пациентам – лефлуномид в дозе 20 мг в день. У всех

пациентов в ходе исследования оценивали стандартные параметры суставного синдрома: число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), продолжительность утренней скованности в минутах, выраженность боли по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и общее состояние здоровья пациентов (ОСЗП) по ВАШ. Количественная оценка активности РА проводилась с использованием индекса DAS 28 (Disease Activity Score), рекомендованного EULAR. Функциональная способность пациентов была определена по Стэнфордской шкале оценки здоровья Health Assessment Questionnaire (HAQ). Исследовали лабораторные параметры: скорость оседания эритроцитов (СОЭ), уровень С-реактивного белка (СРБ) и ревматоидного фактора. Также всем пациентам оценивали уровень свободного тироксина (fT4), свободного трийодтиронина (fT3), тиреотропного гормона (ТТГ), антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО) и тиреоглобулину (АТ к ТГ). Эффект терапии оценивали по критериям ACR и EULAR (DAS 28). Оценку эффективности проводили через 12 месяцев терапии.

Результаты и обсуждение. Из приведенных данных у всех пациентов через 12 месяцев лечения БПВП отмечено статистическое достоверное уменьшение признаков клинической активности по сравнению с предыдущим значением индекса HAQ и ВАШ (P<0,001). Положительный эффект от проводимой терапии БПВП показал достоверное уменьшение числа болезненных и припухших суставов по сравнению с предыдущими значениями до лечения (P<0,001). Оценка эффективности терапии БПВП по критериям EULAR показала, что через 12 месяцев лечения хороший эффект достигнут у 42 (84,0%) пациентов, удовлетворительный – у 6 (12%) пациентов, эффект не достигнут у 2 (4%) пациентов. В начале исследования в группе пациентов, получавших БПВП (n=50) у 19 (38%) пациентов был диагностирован субклинический гипотиреоз; у 31 (62%) пациентов были выявлены повышенные уровни антител к щитовидной железе (у 10 (20%) пациентов – АТ к ТПО и АТ к ТГ, у 10 (20%) – только АТ к ТПО и у 11 (22%) – АТ к ТГ). Через 12 месяцев лечения БПВП у одного больного с субклиническим гипотиреозом уровень ТТГ снизился незначительно, по критериям EULAR эффект лечения отсутствовал, по критериям ACR было достигнуто 20% улучшения. У 4-х пациентов с субклиническим гипотиреозом на фоне проводимой терапии уровень ТТГ нормализовался, был достигнут хороший эффект по EULAR и улучшение по ACR составило 65%. У 2-х пациентов с исходно высокими уровнями АТ к ТПО, уровень АТ к ТГ нормализовался.

Выводы. Таким образом, на фоне базисной терапии обследованных больных РА отмечалось улучшение клинических и лабораторных параметров заболевания, что также способствовало улучшению функции щитовидной железы и снижению уровня антител к щитовидной железе.

ПРЕДИКТОРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение факторов риска развития атеросклероза у больных ранним РА до начала фармакотерапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП).

Материалы и методы. В исследование были включены 68 больных РА (соответствующий критериям EULAR/ACR, 2010 г.), не принимавших ранее БПВП и глюкокортикостероиды (ГКС) в возрасте от 49 до 70 лет (средний возраст составил 59,5±3,2 лет) с длительностью заболевания до 1 года (от 6 до 52 нед.), проходивших стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии и ревматологии многопрофильной клиники ТМА за период 2019-2020 гг. По полу больные были распределены следующим образом: 63 женщины (93%) и 5 мужчин (7%). Средняя продолжительность заболевания составляла 8,6±0,7 месяцев. Активность заболевания оценивали по С-реактивному белку (СРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и по индексам DAS28. Для оценки проявлений атеросклероза использовали данные биохимических исследований, липидный спектр крови, сахар в крови, суточный мониторинг артериального давления. Проведена оценка традиционных факторов риска (ФР) с определением суммарного коронарного риска по шкале SCORE в модификации, оценка степени риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), выполнены электрокардиограммы, эхокардиография (ЭхоКГ), дуплексное сканирование сонных артерий.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных, серопозитивный РА был диагностирован у 49 (72%) больных, серонегативный РА – у 14 (28%). Системные проявления РА были выявлены у 10 (14%) больных. Средняя степень активности РА (DAS28=3,2-5,1) была диагностирована у 28 (41,1%) больных, высокая (DAS28>5,1) – у 40 (58,8%). Средняя величина утренней скованности у всех обследованных больных была 79,1±19,3 минуты. Диагноз ишемической болезни сердца установлен у 11 (16%) пациентов. Хроническая сердечная недостаточность I или II функционального класса по NYHA диагностирована в 7 (10,2%), систоли-

ческая сердечная недостаточность (СН) в 3 (4,4%), СН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка – в 8 (11,7%) случаях. Гипертрофия миокарда левого желудочка обнаружена у 43 (63,2%) больных, атеросклеротические бляшки в сонных артериях – у 48 (35,6%), артериальная гипертензия – у 38 (52,1%); абдоминальное ожирение – у 34 (70,5%); дислипидемия – у 40 (58,8%); гиперхолестеринемия – у 37 (54,4%); гипертриглицеридемия – у 39 (57,3%); гиподинамия – у 48 (70,5%) и курение – у 4 (5,8%). У 48 (70,5%) из 63 женщин была менопауза. Гипергликемия натощак выявлена у 11 (16,1%) пациентов, сахарный диабет 2-го типа – у 2 (2,9%). У 38 (55,8%) больных было не менее трех ФР. Согласно современной классификации степени кардиоваскулярного риска очень высокий риск ССО наблюдался у 64% больных РА, высокий – у 13%, умеренный – у 17%, низкий – у 6%.

Заключение. Таким образом, развитие атеросклероза при РА является результатом влияния персистирующего аутоиммунного воспаления, что требует проведения больным, начиная с дебюта заболевания, соответствующих обследований с целью выявления факторов риска и предотвращения сердечно-сосудистых осложнений. Значимыми факторами риска развития атеросклероза у больных ранним РА до этапа фармакотерапии оказались возраст, дислипидемия, гипертриглицеридемия, гипергликемия, артериальная гипертензия, гиподинамия, курение, ожирение, менопауза. А также, был выявлен у большинства позитивных по ревматоидному фактору больных ранним РА, с высокой активностью заболевания по уровню DAS28 и длительности утренней скованности, высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Терушкин Р.А.[1], Чернавский С.В.[2]
[1]Медицинский институт
Российского университета дружбы народов,
[2]Главный военный клинический госпиталь
имени академика Н.Н. Бурденко,
Москва

Цель исследования. Оценить уровни гомоцистеина и активных форм витаминов группы «В» у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) с периферической дистальной нейропатией (ПДН).

Материалы и методы. Было обследовано 28 больных СД 2, 24 мужчины и 4 женщины, средний возраст которых составлял 60,6±7,3 года, длительность заболевания составляла 14,1±4,5 лет. В ходе обследования больные были разделены на 2 группы. Первую составили обследованные с ПДН (15 человек), группу сравнения – 13 человек без диабетической нейропатии. Диагноз СД 2 и его осложнений устанавливали на основании клинических рекомендаций. Для оценки состояния фолатного цикла у всех обследованных оценивали уровни гомоцистеина, пиридоксина и голотранскобаламина в плазме крови, а также содержание фолиевой кислоты в эритроцитах.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных уровень гомоцистеина и пиридоксина находился в пределах референтных значений. Содержание фолиевой кислоты и голотранкобаламигна у больных СД 2 было на 12,3% и 10,2% ниже нормы. У обследованных I группы уровень гомоцистеина существенно не отличался по сравнению с показателями лиц без нейропатии. Наряду с этим, концентрация пиридоксина и фолиевой кислоты в плазме крови больных СД 2 с ПДН были существенно снижены на 51,2% и 19,3% ($p<0,01$) в сравнении с обследованными II группы. В тоже время содержание цианкобаламина у лиц основной группы были на 18,3% ($p<0,05$)выше, чем у лиц группы сравнения.

Сахарный диабет 2 типа является инвалидизирующим заболеванием, приобретающим характер пандемии. Одним из ключевых патологических звеньев развития осложнений является нарушение фолатного цикла и обмена витаминов группы «В».

Выводы. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа, страдающих периферической дистальной нейропатией, отмечаются существенные нарушения фолатного цикла, что необходимо учитывать при назначении лечебно-профилактических мероприятий.

ВЛИЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА НА РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Понятие «липидный спектр», включает в себя – общий холестерин (ОХЛ), триглицериды (ТГ),

липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Нарушение липидного спектра или дислипидемия (ДЛП) характеризуется повышением содержания в плазме крови ОХЛ, ТГ, того или иного класса липопротеидов, которые являются важными факторами в развитии атеросклероза сосудов, ведущего к возникновению различных сердечно-сосудистых заболеваний.

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

Материалы и методы. В исследование были включены 50 больных с ИБС с нестабильной стенокардией напряжения (НСН) и хронической болезнью сердца стадии I-IIA по классификации Стражеско-Василенко (ХСН), 50 больных, перенесших острый инфаркт миокарда в течение последних трех лет (ОИМ) и ХСН, 50 больных с ИБС с НСН, ОИМ и ХСН. Возрастная категория больных от 50 до 87 лет. В исследование не были включены больные имеющие в анамнезе заболевания: сахарный диабет, клапанные пороки сердца, фибрилляция предсердий, кардиомиопатии.

Результаты. В результате анализа медицинской документации была выявлена закономерность отсутствия прямой связи развития сердечно-сосудистых заболеваний относительно разных возрастных групп. К первой группе относятся пациенты возрастом 66,7±9,23, ко второй – 63,8±9,04, к третьей – 65,74±9,3 (F-коэффициент равен 1,27, p-значение 0,2834). Из приведенных данных видно, что возраст пациентов при различных сердечно-сосудистых заболеваниях находился в определенном одинаковом диапазоне. При анализе полового состава групп было выявлено, что в первой группе женщин больше чем мужчин (24/26), во второй группе мужчин больше чем женщин (29/21) и в третьей мужчин меньше чем женщин (24/26). Статистически значимых различий по полу выявлено не было (F-коэффициент равен 1,33, p-значение 0,51). При дальнейшем анализе было определено, что уровень ОХЛ не влияет на риск развития сердечно-сосудистой патологии в разных группах. Так в первой группе уровень ХОЛ находился в переделах 5,34±1,25, во второй – 4,97±1,16, а в третьей в пределах 4,98±1,15 (F-коэффициент равен 2,18, p-значение 0,12). Аналогичные показатели были получены при исследовании зависимости уровня ЛПВП в сочетании с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями во всех исследуемых группах. Уровень ЛПВП в первой группе составляет 1,21±0,26, во второй – 1,33±0,61 и в третьей группе – 1,12±0,31(F-коэффициент равен 2,97, p-значение 0,05). При исследовании уровня ЛПНП в разных группах заболеваний отмечалось повышение риска развития сердечно-сосудистой патологии во 2-ой и 3-ей группе. При исследовании уровня ЛПНП в первой группе 2,55±0,96, во второй – 2,29±1,14, в третьей – 2,86±0,79 (F-коэффициент равен 4,35, p-значение 0,01). Так же нами статистически доказано, что уровень ТГ ведет к резкому повышению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в 3ей исследуемой группе, таких как: ИБС с нестабильной стенокардией напряжения, хроническая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда. В этой группе уровень ТГ достигал 1,96±1,16, во второй – 1,47±0,84 и в третьей составлял 1,35±0,69 при F-коэффициенте равному 6,05 и p-значению 0,003.

Выводы. В результате проведенного статистического исследования можно сделать вывод о том, что высокое содержание ЛПНП и ТГ в плазме крови повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ МЕТОДОМ КОНТРАСТ-УСИЛЕННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Тиханкова А.В.[1], Борсуков А.В.[1], Буеверов А.О.[3], Маркелова Л.Н.[2], Крюковский С.Б.[2]
[1]Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» Смоленского государственного медицинского университета,
[2]Клиническая больница №1,
г. Смоленск,
[3]Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель. Оценить диагностическую эффективность контраст – усиленного ультразвукового исследования (КУУЗИ) печени при различном течении хронических вирусных гепатитов.

Материалы и методы исследования. В 2019 году на базе Проблемной научно – исследовательской лаборатории «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» СГМУ были обследованы 42 пациента с хроническими вирусными гепатитами В и С в возрасте от 35 до 76 лет (медиана возраста 55±1,4 лет), из них 23 мужчины (54,8%) и 19 женщин (45,2%). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 гр. (n=21) составили пациенты с минимальными клиническими проявлениями (виремия $<10^5$ МЕ/мл; АЛТ, АСТ <2N), 2 гр. (n=21) – с выраженным клиническим течением (виремия $>10^5$

МЕ/мл; АЛТ, АСТ >5N). Всем пациентам было проведено КУУЗИ с 1,0 мл контрастного препарата SonoVue. В течение всех фаз контрастирования (артериальной, портальной и поздней венозной) оценивались количественные и качественные параметры. Среди количественных параметров оценивались – начало артериальной фазы (сек.); время достижения максимальной интенсивности контрастирования (сек.); максимальная интенсивность контрастирования (дБ) и время полувыведения контрастного препарата (сек.). Качественные параметры оценивались по усовершенствованной полуколичественной методике, где каждому признаку присваивался балл от 1 (норма) до 5 (цирроз): в артериальную фазу – симметричность накопления контрастного препарата и деформация сосудистого рисунка, в портальную и позднюю венозные фазы – интенсивность, однородность и симметричность контрастирования, задержка выведения контрастного препарата.

Референтным методом служила биопсия печени, которая проводилась в 16 случаях (38,1%) после предварительного подписания информированного согласия, при отказе от проведения биопсии – эластография печени (61,9%).

Результаты и их обсуждение. При анализе количественных параметров КУУЗИ было выявлено, что у пациентов 2 гр. начало артериальной фазы (12,8-16,1 сек.); время достижения максимальной интенсивности контрастирования (75,2-96,4 сек.) достоверно раньше, а максимальная интенсивность контрастирования меньше (25-58 дБ) по сравнению с пациентами 1 гр. Время полувыведения контрастного препарата достоверно больше во 2-ой гр. (252,3-274,1 сек.), чем в 1-ой гр. (180,4-215,7 сек.). При оценке качественных параметров было выявлено, что наибольшие изменения наблюдались у пациентов 2 гр., так сумма баллов при оценке качественных параметров во 2 гр. составила от 23 до 30, в то время как в 1 гр. не превышала 18 баллов ($p>0,05$). При этом наиболее часто наблюдались изменения таких параметров, как симметричность накопления контрастного препарата (71%) и однородность контрастирования (65%). Ни в одном случае не были зарегистрированы побочные реакции на введение контрастного препарата.

Выводы. Таким образом, анализ количественных и качественных параметров КУУЗИ позволяет объективно оценить состояние печени у пациентов с различным течением хронических вирусных гепатитов, что позволит прогнозировать дальнейшее течение заболевания и подобрать эффективную терапевтическую тактику в каждом конкретном случае. Применение ультразвуковых контрастных препаратов повышает диагностическую точность при обследовании пациентов с хроническими вирусными гепатитами.

ВЛИЯНИЕ ЭСКАЛАЦИИ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тишаева И.А.[1], Князев О.В.[1,2,3], Александров Т.Л.[1], Нанаева Б.А.[1], Баранова Т.А.[1]

[1]Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих,
[2]Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова,
[3]Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва

Глюкокортикостероиды (ГКС) широко используются для индукции ремиссии среднетяжелых и тяжелых форм язвенного колита (ЯК), наличие краткосрочных и долгосрочных побочных эффектов исключает их использование в качестве поддерживающей терапии, в связи с чем достижение бесстероидной ремиссии является одной из основных терапевтических целей.

Цель. Установить влияние эскалации дозы ГКС на формирование гормональной зависимости (ГЗ) и резистентности (ГР), а также исходы лечения.

Материалы и методы. Было ретроспективно проанализировано 174 больных со среднетяжелым и тяжелым течением ЯК, получавших терапию системными ГКС. Мужчины 91 (52,3%), женщины 83 (47,7%). Средний возраст пациентов – 41,0±1,03 лет. Средняя длительность анамнеза – 7,3 (Me 5 лет).

Пациенты были распределены на три группы. 1-ая группа – пациенты с ГЗ (n=66), 2-ая группа – пациенты с ГР (n=40), 3-я группа – пациенты, получавшие системную терапию ГКС без формирования ГЗ и ГР (n=68).

Гормональная зависимость сформировалась у 66 (37,9%) пациентов, гормональная резистентность – у 40 (23,0%).

Результаты. По распространенности язвенного колита: тотальный определялся у 87,4%, левосторонний – у 12,6% пациентов. Достоверных различий между группами не получено.

В первой группе пациенты имели преимущественно хронический непрерывный характер течение язвенного колита, по сравнению со второй группой (ОШ-3; 95% ДИ 1,21-7,46, $p<0.05$) и с контрольной (ОШ-9.17; 95% ДИ 4,05-20,74, $p<0.05$).

Пациенты с гормональной резистентностью достоверно чаще имели острое течение заболевания по сравнению с первой группой (ОШ-24,66; 95% ДИ 3,04-200,02, $p<0.05$) и с контрольной ($p<0.05$).

Эскалация дозы ГКС достоверно чаще была в первой (ОШ-5,88; 95% ДИ 2,06-16,76, p<0.05) и во второй группах (ОШ-9,31; 95% ДИ 3,08-28,13, p<0.05).

Частота хирургического лечения достоверно преобладала во второй группе (ОШ-23,4; 95% ДИ 7,65-71,64, p<0.05).

Выводы. Эскалация дозы глюкокортикостероидов достоверно влияет на риски формирования гормональной зависимости и резистентности, а также повышает риск хирургического лечения у пациентов с гормонорезистентным течением язвенного колита.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Токмачев Р.Е., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Черник Т.А., Шкатова Я.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

В последние годы отмечен интерес к изучению взаимосвязи метаболических нарушений с ростом сердечно-сосудистых осложнений. Клинические руководства по хронической сердечной недостаточности (ХСН) в качестве реабилитации больных рекомендуют дозированные тренирующие нагрузки. Однако в современной литературе практически отсутствуют исследования эффективности программ реабилитации у больных ХСН, адаптированных с учетом сопутствующего метаболического синдрома (МС).

Цель. Оценить влияние МС на клиническое течение, лабораторные и инструментальные показатели и разработать комплексную программу реабилитации (ПР) учетом сопутствующего МС.

Материалы и методы. Исследовано 63 пациента с ХСН и МС (31 мужчина, 32 женщины, средний возраст – 64,12±4,05 лет). В зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий было сформировано 2 группы. Первая группа – 31 пациент, которые в течение 1 года проходили комплексную ПР на фоне стандартного лечения ХСН. Вторая группа – 32 пациента в течение 1 года получали только стандартное лечение ХСН. С учетом сопутствующего МС была разработана ПР. Она включала обучение пациентов, физические тренировки и диетические рекомендации. На этапе включения в исследование и через 12 месяцев оценивали: антропометрические параметры, уровень артериального давления, толерантность к физической нагрузке (тест шестиминутной ходьбы), биоимпедансометрю, биохимический анализ крови (липидный спектр, провоспалительные цитокины-ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α).

Результаты и обсуждения. Комплексная ПР способствовала уменьшению выраженности компонентов МС у больных ХСН по сравнению с пациентами, получавшими только стандартное лечение сердечно-сосудистой патологии, у которых отмечена отрицательная динамика исследуемых показателей. Через год на фоне комплексной ПР в группе больных ХСН и МС у мужчин достоверно уменьшилась объем талии (ОТ) на 6,55 см (p=0,0117), у женщин – на 6,58 см (p=0,0013). У данной категории больных достоверно снизился ИМТ на 1,55 кг/м^2 (p<0,001), уровень ТГ – на 0,13 ммоль/л (p=0,053), ХС ЛПНП – на 0,12 ммоль/л (p=0,0600), ИЛ-1β – на 7,3% (p<0,001), ИЛ-6 – на 3,4% (p<0,001), ФНО-α – на 3,3% (p=0,0382), общая масса жира – на 6,07% (p<0,001), масса эндогенного жира – на 2,55% (p<0,001), количество жидкости – на 4,53% (p<0,001), а ХС ЛПВП повысился на 0,07 ммоль/л (p=0,058). Дистанция ходьбы в этой группе возросла с 221,97±14,8 до 263,03±8,53 м, т.е. на 41,06 м (p=0,0090).

Во второй группе ОТ у мужчин увеличился на 3,75 см (p=0,0002), у женщин – на 8,06 см (p<0,001). ИМТ увеличился на 1,3 кг/м^2 (p<0,001). Уровень ТГ повысился на 0,3 ммоль/л (p<0,001), ХС ЛПНП – на 0,35 ммоль/л (p<0,001), ИЛ-1β – на 16,3% (p<0,001), ИЛ-6 – на 4,6% (p<0,001), ФНО-α – на 4,2% (p=0,0014), общая масса жира – на 4,58% (p<0,001), масса эндогенного жира – на 4,92% (p<0,001), количество жидкости – на 5,25% (p<0,001). У представителей этой группы уровень ХС ЛПВП снизился на 0,21 ммоль/л (p<0,001), толерантность к физической нагрузке на 19,97 м (p=0,0118).

Выводы. Комплексная ПР способствует достоверному улучшению клинического течения ХСН, снижению активности системного воспалительного ответа, снижению общей массы жира, массы эндогенного жира, содержанию жидкости в организме по данным биоимпедансометрии и повышению физических возможностей пациента.

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Токмачев Р.Е., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Черник Т.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее частое нарушение ритма. Были получены сведе-

нья, что наличие хронической сердечной недостаточности (ХСН) увеличивает риск возникновения ФП в 5 раз. На данный момент не существует четко определенных маркеров прогрессирования ФП. Следовательно, выявление таких маркеров у пациентов с ХСН является обоснованным и актуальным.

Цель. Изучение прогностического значения дистанции теста шести-минутной ходьбы (ДТШХ), уровня NT-proBNP, диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) в прогрессировании ФП у больных ХСН.

Материалы и методы. Были исследованы 96 пациентов с ХСН II-III функционального класса (ФК) по NYHA. ФК ХСН определяли по результатам ТШХ. Средняя продолжительность наблюдения составила 35±2 месяца. Каждые 3 месяца проводились плановые осмотры исследователями, при возникновении сердцебиения/перебоев – телефонные контакты с пациентами с последующей записью ЭКГ. Проводилось ежегодное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование: уровень NT-proBNP, электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ). Были сформированы 2 группы больных в зависимости от клинического течения ФП: 1 группа – пациенты без прогрессирования аритмии (n=65) за время наблюдения, 2 группа – пациенты с прогрессированием аритмии (n=31).

Результаты и обсуждения. 1. У пациентов с прогрессированием ФП результаты ДТШХ были ниже на 33 м по сравнению с 1 группой (p=0,0159).

2. Средний уровень NT-proBNP при включении пациентов в исследование, в группе больных без прогрессирования ФП был достоверно в 1,7 раз (p< 0,001) ниже, чем у пациентов с выявленным прогрессированием ФП.

3. На момент включения пациентов в исследование по результатам ЭхоКГ не было обнаружено достоверной разницы по величине фракции выброса левого желудочка, толщине задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и толщине межжелудочковой перегородки (ТМЖП) сравниваемых группах.

Повышение уровня Nt-proBNP в группе пациентов с прогрессированием ФП можно объяснить нарушением расслабления кардиомиоцитов, более высоким уровнем фиброза миокарда, что вызывало аритмогенное ремоделирование миокарда левого предсердия и прогрессирование ФП, т.е. переход пароксизмальной ФП в более устойчивые формы аритмии. Выявленное при включении пациентов в исследование нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ в группе пациентов с прогрессированием аритмии могло быть следствием гипертрофии и/или снижения эластичности кардиомиоцитов/миокарда. Частота АГ в исследуемых группах была сопоставима, а показатели ТЗСЛЖ и ТМЖП не имели статистически значимой разницы. Следовательно, можно предположить, что фиброз миокарда оказывал наиболее важный вклад в прогрессирование ФП в более устойчивые формы. Помимо возрастания уровня Nt-proBNP, у пациентов с ХСН статистически значимым влиянием на прогрессирование аритмии обладали следующие факторы: нарушение расслабления миокарда, уменьшение пройденной ДТШХ (снижение толерантности к ФН).

Выводы. Таким образом, у больных ХСН предикторами прогрессирования ФП с переходом аритмии в устойчивые формы могут служить повышение уровня Nt-proBNP, нарушение расслабления миокарда (диастолическая дисфункция) и снижение ДТШХ.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ: ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Токмачев Р.Е., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Черник Т.А., Шаповалова М.М., Перцев А.В., Резова Н.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

У пациентов с сочетанием хронической сердечной недостаточности (ХСН) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) значительно повышается вероятность инвалидизации и смертности, а качество жизни ухудшается. Для обеих патологий одним из ведущих симптомов является одышка, и, как следствие, дисфункция дыхательной мускулатуры существенно усугубляет прогноз. Использование тренировки инспираторных мышц может позволить повысить толерантность к физическим нагрузкам и улучшить качество жизни этих пациентов.

Цель. Оценить эффективность тренировки инспираторных мышц в легочной реабилитации пациентов с ХСН ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 26 больных ХСН и ХОБЛ, из них 16 мужчин и 10 женщин (средний возраст 56,6±4,1 лет), сходных по спирометрическим параметрам

– значительное ограничение воздушного потока (ОФВ1 менее 50% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70% от должного). Диагноз ХСН был установлен на основании Рекомендаций Европейского Общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности. Диагноз ХОБЛ был поставлен в соответствии с критериями GOLD 2014. Все пациенты получали стандартную терапию ХСН и ХОБЛ. Всем больным проводили оценку параметров функции внешнего дыхания (ФЖЕЛ, ОФВ1), выраженности одышки (опросник mMRC) и рутинные клинико-лабораторные исследования. Все тесты проводились до начала и спустя 8 недель тренировок. Тренировка инспираторной мускулатуры (ТИМ) проводились с помощью дыхательного тренажера POWERbreathe K5 (POWERbreathe, Великобритания).

Пациенты были разделены на две группы, идентичные по полу, возрасту, исследуемым спирометрическим параметрам и выраженности одышки: основная группа – 13 пациентов, которым проводилась ТИМ в течение 8 недель, и группа контроля из 13 пациентов, которым проводилась имитация ТИМ с использованием того же дыхательного тренажера и программы тренировок, но на минимальном близком к нулю уровне нагрузки.

Результаты и обсуждения. По оцениваемым спирометрическим параметрам наблюдались достоверные различия между группами через 8 недель от начала ТИМ. В основной группе ОФВ1 увеличился в среднем с 43,2±2,5% от должного до 50,1±2,5% от должного (p=0,01), а ФЖЕЛ – с 63,4±4,5 до 68,5±3,7% от должного (p=0,012). В группе контроля достоверных изменений указанных параметров не прослеживалось. По выраженности одышки по опроснику mMRC в начале исследования различий между группами не было. Различия были получены в конце исследования. Наблюдалось уменьшение баллов по mMRC в основной группе – 4,1±0,2 до и 3,4±0,1 через 8 недель (p=0,011), в то время как в группе контроля достоверной динамики не наблюдалось – 4,0±0,3 до и 4,1±0,5 через 8 недель (p=0,13). В основной группе по данным статистического анализа наблюдалась тесная корреляционная связь динамики изменений на протяжении периода наблюдения между ОФВ1 и выраженностью одышки по шкале mMRC (r=-0,763, p<0,01).

Выводы. Включение в программу легочной реабилитации больных ХСН и ХОБЛ тренировки инспираторной дыхательной мускулатуры приводит к улучшению показателей функции внешнего дыхания, снижению выраженности одышки, следовательно, повышению качества жизни больных.

СОСТАВ ТЕЛА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ: САРКОПЕНИЯ, ОЖИРЕНИЕ И ОСТЕОПОРОЗ?

Тополянская С.В.
Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Процессы старения сочетаются с многочисленными изменениями в составе тела. Старение неизбежно приводит к уменьшению мышечной массы и силы, увеличению доли жира, а также к снижению минеральной плотности костной ткани, что нередко способствует возникновению так называемого остеосаркопенического ожирения. Эти изменения ассоциируются отчасти с дисбалансом между потреблением энергии и ее расходом, обусловленным увеличением продолжительности сидячего образа жизни. Некоторые нарушения зависят также от сопряженной с возрастом перестройки эндокринной системы и процессов метаболизма. Повышение содержания жировой ткани и ее перераспределение по центральному типу у лиц старческого возраста ассоциируются с факторами риска сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии. Уменьшение плотности костной ткани представляет собой ключевой фактор риска переломов, ведущих в старческом возрасте к значительной инвалидизации и повышенной смертности. Саркопения, в свою очередь также приводит к различным функциональным нарушениям и инвалидизации пожилых людей. Возраст-ассоциированные изменения в костной, жировой и мышечной тканях, как правило, происходят не изолировано, а сочетаются друг с другом. Так, в основе уменьшения костной и мышечной ткани по мере старения могут лежать одинаковые патогенетические факторы: субклиническое воспаление, дефицит гормонов и питательных веществ, а также снижение физической активности. Взаимозависимость между костной и мышечной тканью может объясняться и другими факторами. При уменьшении мышечной массы снижается нагрузка на кость, что способствует уменьшению плотности костной ткани. Мышцы выполняют также эндокринную функцию, синтезируя биологически активные молекулы (миокины), способные влиять на регуляцию костной ткани. Между жировой и костной тканью также существуют определенные взаимосвязи. Сюда входит, прежде всего, положительный эффект механической нагрузки, стимулирующей формирование костной ткани за счет уменьшения апоптоза и увеличения пролиферации и дифференцировки остеобластов и остеоцитов. Кроме того, взаимосвязь между жировой и костной

тканью может опосредоваться различными биологическими активными веществами, в частности, лептином и эстрогенами, синтезируемыми адипоцитами, а также склеростином и остеокальцином, вырабатываемыми остеобластами и стимулирующими секрецию адипокинов и инсулина.

Основная цель настоящего исследования заключалась в изучении композиционного состава тела у больных ИБС старше 90 лет (долгожителей).

Материалы и методы. Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное», cross-sectional) исследование, выполненное на клинической базе Госпиталя для ветеранов войн №3 г. Москвы. В исследовании принимали участие 200 пациентов (140 женщин и 60 мужчин, средний возраст 92,4±2,3 года), находившиеся на стационарном лечении с диагнозом ИБС. Критерии исключения: наличие каких-либо заболеваний, способных отчетливо повлиять на изменение композиционного состава тела (злокачественные новообразования в активной фазе, хронические обструктивные заболевания легких, синдром мальабсорбции, ревматоидный артрит и иные хронические воспалительные заболевания, хроническая болезнь почек IV–V стадии). Композиционный состав тела анализировали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты. В исследованной группе долгожителей избыточная масса тела или ожирение диагностированы у 139 (69,5%) больных. Ожирение отмечено у 58 (29,0%) больных, причем у подавляющего большинства из них (77,6%) речь шла об ожирении первой степени, тогда как вторая степень ожирения зарегистрирована лишь у 22,4% пациентов. В то же время дефицит массы тела выявлен лишь у одного больного (0,49%). Средние значения индекса массы тела составили 27,6±4,5 кг/м^2 (с колебаниями от 18,2 до 38,8 кг/м^2). У женщин обнаружена более высокая доля жировой ткани во всех участках тела, по сравнению с мужчинами. Наиболее заметные различия между женщинами и мужчинами касались жировой ткани верхних и нижних конечностей. У мужчин содержание жировой ткани в верхних конечностях составило 1,6 кг, у женщин – 2,2 кг ($p<0,0001$), в нижних конечностях – 5,7 и 8,1 кг, соответственно ($p<0,0001$). Отношение жировой ткани в нижних конечностях к общему содержанию жира у женщин достигало 0,40, у мужчин – 0,27 ($p<0,0001$). Соотношение жира туловища к общему содержанию жира у женщин составило 0,53, а у мужчин – 0,62 ($p<0,0001$). Средние значения минеральной плотности костной ткани в целом составили 1008±140 мг/см^3, а Т-критерий достигал -1,7 SD. Наименьшие значения МПКТ зарегистрированы в ребрах (626 мг/см^3), наибольшие – в позвоночнике (1007 мг/см^3) и в нижних конечностях (1014 мг/см^3). У женщин, как и ожидалось, все показатели минеральной плотности костной ткани были существенно ниже, чем у мужчин; наибольшие различия отмечены для МПКТ нижних и верхних конечностей ($p<0,0001$). Общее содержание тощей ткани у женщин составило 38,4 кг, у мужчин – 48,8 кг ($p<0,0001$). Скелетно-мышечный индекс оставался в пределах нормальных значений (>6,0 кг/м^2 у женщин и >7,0 кг/м^2 у мужчин) у 72,1% больных. Снижение данного индекса отмечено у 25% женщин и 33% мужчин. При корреляционном анализе обнаружена выраженная прямая корреляция между индексом массы тела больных и содержанием жировой ткани ($r=0,84$; $p<0,0001$). Установлена также значимая прямая корреляция между ИМТ и минеральной плотностью костной ткани во всех участках скелета ($r=0,5$; $p<0,0001$). Обнаружена высоко достоверная прямая корреляция между содержанием жировой ткани во всех участках тела (как в граммах, так и в процентах) и МПКТ (как в целом, так и в каждом отдельном участке скелета); наиболее достоверные показатели установлены для корреляции между МПКТ ребер и содержанием жировой ткани в туловище ($r=0,85$; $p<0,0001$). Наблюдалась выраженная прямая корреляция между содержанием тощей ткани и МПКТ (как в целом, так и во всех участках тела); наиболее достоверной была взаимосвязь между МПКТ верхних конечностей и содержанием тощей ткани в верхних конечностях ($r=0,69$; $p<0,0001$). Зарегистрирована обратная корреляция между содержанием жировой и тощей ткани, наиболее выраженная для взаимосвязи в нижних конечностях ($r=-0,46$; $p<0,0001$). В изученной группе долгожителей саркопеническое ожирение обнаружено у 5% пациентов. Остеосаркопеническое ожирение выявлено у2% больных, а комбинация остеопороза с ожирением – у 8,7%. Нормальные показатели МПКТ в сочетании с отсутствием саркопении и ожирения зарегистрированы у 16,5% больных, а изолированный остеопороз (на фоне нормального содержания жировой и мышечной ткани) – у 20,5% пациентов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об особенностях композиционного состава тела у долгожителей. Обнаружена достаточно высокая доля больных с избыточной массой тела, но с нормальными показателями МПКТ и содержания тощей ткани. Подтверждены значимые взаимосвязи между костной, жировой и тощей тканью. Целесообразны дальнейшие исследования по изучению композиционного состава тела у долгожителей.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС

Тополянская С.В.[1], Елисеева Т.А.[2], Баляснikова Н.А.[2], Санина А.И.[2], Вакуленко О.Н.[2], Дворецкий Л.И.[1]

[1]Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
[2]Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Основная цель исследования – изучение особенностей пуринового, липидного и углеводного обмена у больных ИБС старше 90 лет.

Материалы и методы. В исследование включено 225 пациентов старше 90 лет, госпитализированных с диагнозом «ИБС». Большинство больных (67,6%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 90 до 106 лет. Долгожители отличались множественной коморбидной патологией, наиболее распространенной была фибрилляция предсердий (у 36,9% больных). У всех пациентов (кроме одного) обнаружены признаки старческой астении.

Результаты. Ожирение было зарегистрировано у 31,5% больных. Индекс массы тела в среднем по группе достигал 27,8+4,3 кг/м^2 (16,1–44,9 кг/м^2). Ожирение III степени отмечено всего у 1 больной, ожирение II степени – в 4,8% наблюдений, I степени – в 25,9%. Избыточная масса тела выявлена у 39,1% больных, нормальные показатели ИМТ – у 28,9%, а дефицит массы тела лишь у 1 пациента. Повышение концентрации триглицеридов в крови обнаружено у 11,2% пациентов – у 14,3% женщин и 5,3% мужчин (p=0,06 – для гендерных различий). Снижение уровня холестерина ЛПВП зарегистрировано у 12,7% больных. Концентрация общего холестерина в крови более 6,2 ммоль/л (верхней границы нормы по данным локальной лаборатории) обнаружена у 11,9% женщин и 3,2% мужчин (p=0,02). Уровень холестерина ЛПНП в крови менее 2,0 ммоль/л зарегистрирован в 23,3% наблюдений. Повышение концентрации глюкозы крови натощак было отмечено у 23,1% долгожителей. Гиперурикемия выявлена у 37,3% больных – у 41,4% женщин и 28,8% мужчин (p=0,04). При корреляционном анализе установлены высоко достоверные прямые корреляции между уровнем мочевой кислоты в крови и креатинином (r=0,51; p<0,0000001) и мочевиной (r=0,5; p<0,0000001), а также обратная корреляция с СКФ (r=-0,41; p=0,000001). Увеличение содержания креатинина в крови зарегистрировано у 45% долгожителей – у 51% женщин и 32,3% мужчин (p=0,006). Лишь у 16,5% долгожителей СКФ превышала 60 мл/мин. Установлена обратная корреляция между концентрацией мочевой кислоты в крови и выраженностью старческой астении (r=-0,19; p=0,05). В группе женщин зарегистрирована достоверная обратная корреляция между мочевой кислотой и старческой астенией (r=-0,3; p=0,01), тогда как у мужчин никакой значимой взаимосвязи между двумя этими показателями не обнаружено (p=0,76). Найдены прямые корреляции между индексом массы тела больных и содержанием общего холестерина (r=0,20; p=0,02) и триглицеридов (r=0,21; p=0,01), а также тенденция к прямой корреляции с холестерином ЛПНП (r=0,17; p=0,08). В группе мужчин данные взаимосвязи были более выражены: для общего холестерина – r=0,38; p=0,005, для холестерина ЛПНП – r=0,49; p=0,001. Достоверной корреляции между выраженностью старческой астении и показателями липидного состава крови не обнаружено (p=0,25-0,73). В общей группе больных достоверных взаимосвязей между показателями липидного состава крови и мочевой кислотой, глюкозой, креатинином, мочевиной, СКФ не найдено. Однако у мужчин установлены достоверные обратные корреляции между ХС ЛПВП и глюкозой (r=-0,3; p=0,04), между ХС ЛПВП и креатинином (r=-0,3; p=0,04), а также прямая корреляция между ХС ЛПВП и СКФ (r=0,4; p=0,01). Зарегистрирована также прямая корреляция между триглицеридами и креатинином (r=0,3; p=0,02) и обратная – с СКФ (r=-0,34; p=0,02). У мужчин обнаружены также достоверные прямые взаимосвязи между уровнем общего холестерина и систолическим артериальным давлением (r=0,93; p=0,007), тогда как у женщин значимых корреляций между липидами крови и артериальным давлением не найдено (p=0,39-0,95). При корреляционном анализе взаимосвязей между концентрацией глюкозы крови натощак и другими показателями в общей группе больных зарегистрирована лишь слабая прямая корреляция между глюкозой и мочевиной (r=0,16; p=0,04), других достоверных взаимосвязей не выявлено. Обнаружена достоверная прямая корреляция между глюкозой крови и индексом массы тела больных (r=0,24; p=0,002). Следует отметить, что у мужчин данная корреляция была намного сильнее и достовернее (r=0,35; p=0,007), чем у женщин (r=0,19; p=0,06). Различий всех изученных лабораторных и эхокардиографических параметров между больными с наличием сахарного диабета и при его отсутствии не зарегистрировано. Больные, включенные в исследование, получали стандартное лечение ИБС и артериальной гипертензии. Значительное большинство пациентов (64%) принимало низкие дозы ацетилсалици-

ловой кислоты. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента использовали 36% пациентов, антагонисты рецепторов ангиотензина II – 36,5%. У 68,5% пациентов применяли β-адреноблокаторы. Диуретики назначались более чем половине больных (56%). Наиболее распространенным диуретиком, применявшимся у 30% пациентов, был индапамид. Спиронолактон (в дозе от 25 до 100 мг/сут) использовали 15% больных. Статины принимали лишь 14,8% пациентов, практически во всех случаях это был аторвастатин в невысоких дозах.

Заключение. В настоящем исследовании выявлен ряд особенностей долгожителей с ИБС: частая избыточная масса тела или ожирение 1 степени, но отсутствие морбидного ожирения; относительно низкое содержание атерогенных липидов, не связанное с приемом гиполипидемических препаратов; более выраженная и частая азотемия и обусловленное этим повышение мочевой кислоты; частое, но незначительное повышение глюкозы натощак. Кроме того, обнаружены гендерные различия ряда клинических и лабораторных параметров.

РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПСОРИАТИЧЕСКОИМ АРТРИТОМ, ПРОЛЕЧЕННЫХ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Тремаскина П.О., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Последние достижения в терапии псориатического артрита (ПсА), применение современных стратегий в клинической практике введения больных, привели к увеличению частоты достижения ремиссии и минимальной активности (МАБ) ПсА, особенно при раннем активном лечении заболевания.

Цель исследования. Представить результаты 5-летнего наблюдения за пациентами с псориатическим артритом (ПсА), пролеченных на ранней стадии заболевания, согласно стратегии treat-to-target (T2T).

Материалы и методы. В исследование включено 35 пациентов ПсА (17 мужчин и 18 женщин), лечившихся на ранней стадии болезни, по принципам стратегии T2T в течение 2 лет. Средний возраст пациентов на момент настоящего визита составил 42.7±11.2 лет, медиана длительности ПсА 72 [60;95] месяца (мес.), длительность псориаза 120 [88;180] мес. В ходе терапии согласно T2T изначально все пациенты получали монотерапию метотрексатом (МТ) с эскалацией дозы до 25 мг/нед, 18 из 35 (51%) пациентам назначалась комбинированная терапия МТ и ингибиторами ФНО, в случае неэффективности монотерапии МТ. После окончания 2-летнего наблюдения, исследуемые наблюдались по требованию, дальнейшая тактика введения определялась лечащим врачом, в зависимости от активности ПсА. Дана количественная оценка пациентам, находящимся в статусе МАБ и ремиссии по индексу активности ПсА DAPSA на сроке 2 года T2T и спустя 5 лет наблюдения. Результаты представлены в виде: средние значения, медиана, верхний и нижний квартиль.

Результаты. На сроке 2 года T2T, в момент окончания наблюдения медиана DAPSA 3.48 [0.45; 21.76], в статусе ремиссии по DAPSA находилось 20 из 35 (57%), МАБ отмечена у 21 из 35 (60%) пациентов. В момент 5-летнего наблюдения за пациентами медиана DAPSA 7.4 [2.22; 13.87], в ремиссии 12 (34%) человек, МАБ отмечена у 17 из 35 (49%). Из 20 человек, находившихся в ремиссии на сроке 2 года наблюдения, только 6 (30%) сохранили статус ремиссии на отметке 5 лет наблюдения, а МАБ сохранилась у 12 из 21 (57%) исследуемых.

Вывод. Ремиссия и МАБ ПсА в реальной клинической практике являются достижимым целями стратегии T2T. Однако большинство пациентов после перехода из регулярного наблюдения в рамках T2T на стандартный уход потеряли статус ремиссии и МАБ. Необходимы дальнейшие исследования отдаленных результатов стратегии T2T у больных ПсА, включая анализ фармакотерапии больных и использование инструментальных методов оценки ремиссии/МАБ.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР

Трусов И.С., Осипенко С.И., Панчев К.Д., Бабкин Б.К., Рудова М.В.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить факторы, влияющие на неблагоприятные исходы у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. В ретроспективном когортном исследовании изучалась медицинская документация 802 пациентов от 21 до 99 лет, которые были госпитализированы в Центр по лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19 в течение мая 2020 года, у которых диагноз был подтвержден по данным ПЦР или рентгенологически. Оценивались клинико-анамнестические и инструментальные данные, лабораторные результаты, а также исходы заболевания. Неблагоприятным исходом являлась внутригоспитальная летальность.

Результаты и обсуждение. За время госпитализации из 802 пациентов умерли 59 (7,3% случаев). Исходы госпитализации не зависели от пола, индекса массы тела, анамнеза курения, наличия онкологических заболеваний (как актуальных, так и в анамнезе), патологии печени. Наиболее значимыми факторами, повлиявшими на внутрибольничную летальность, стали возраст (ОШ 1,07; 95% ДИ 1,05 – 1,1; p<0,0001), наличие гипертонической болезни (ОШ 3,23; 95% ДИ 1,71 – 6,08; p=0,0003), ишемической болезни сердца (ОШ 5,69; 95% ДИ 3,25 – 9,97; p<0,0001), фибрилляции предсердий (ОШ 8,73; 95% ДИ 4,81 – 15,87; p<0,0001), хронической сердечной недостаточности (ОШ 12,55; 95% ДИ 6,97 – 22,61; p<0,0001) хронической болезни почек (ОШ 7,01; 95% ДИ 3,94 – 12,50; p<0,0001), сахарного диабета (ОШ 3,27; 95% ДИ 1,87 – 5,72; p<0,0001), а также снижение гемоглобина (ОШ 1,03; 95% ДИ 1,02 – 1,05; p<0,0001). Значимым фактором, повлиявшим на летальность, также стали снижение сатурации кислорода на момент поступления (ОШ 1,17; 95% ДИ 1,12 – 1,23; p<0,0001) и степень повышения воспалительных маркеров на момент поступления в стационар: прокальцитонина (ОШ 3,47; 95% ДИ 2,02 – 5,94; p<0,0001); С-реактивного белка (ОШ 1,013; 95% ДИ 1,010 – 1,016; p<0,0001); Д-димера (ОШ 1,11; 95% ДИ 1,06 – 1,18; p<0,0001); уровня лейкоцитов (ОШ 1,10; 95% ДИ 1,05 – 1,14; p<0,0001), нейтрофилов (ОШ 1,02; 95% ДИ 1,01 – 1,03; p=0,0009) и моноцитов (ОШ 1,14; 95% ДИ 1,01 – 1,29; p=0,026).

Выводы. На исходы новой коронавирусной инфекции влияет коморбидная патология, в наибольшей степени – заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и хроническая болезнь почек. Внутригоспитальная летальность ассоциирована также с повышением маркеров воспаления, а также при состояниях, сопровождающихся тканевой гипоксемией (снижение сатурации, анемия).

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Тугелбаева А.М.[1], Иванова Р.Л.[1], Ертуспаева Г.К.[2]
[1]Медицинский университет Семей,
[2]Университетский госпиталь НАО «Медицинский университет Семей»,
г. Семей, Республика Казахстан

Цель исследования. Изучить и охарактеризовать особенности клинического течения реактивного артрита (РеА) у детей на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы. Обследовано 109 детей, госпитализированных в педиатрическое отделение Университетского госпиталя НАО «Медицинский университет Семей» в возрасте от 3 до 18 лет, средний возраст составил 10,6±0,9 года. Частота встречаемости НДСТ среди пациентов с РеА составила 59,6% (65 человек – основная группа), 40,4% (44 человек – группа сравнения) группа пациентов имели РеА без НДСТ. Клиническое обследование включало: общий осмотр, оценку физического развития, осанки, вегетативного статуса, а также лабораторное и инструментальное обследование с проведением эхокардиографии, ультразвукового исследование органов брюшной полости и мочевой системы, рентгенография опорно-двигательного аппарата. Кроме стандартного клинического анализа крови, у всех пациентов исследовали содержания магния, кальция, цинка в сыворотке крови и остеокальцина. После выписки из стационара амбулаторное наблюдение продолжительностью 12 месяцев.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0. Различие между группами считали статистически достоверными при уровне значимости p <0,05.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми проявлениями НДСТ у детей с РеА были: гипермобильность суставов 48,2%, плоскостопие 13,8%, сколиоз 18,5%, «хруст» в суставах 9,7%, сандалевидная щель 6,2%, подвывихи суставов 3,6%. Клиническая картина РеА в сравниваемых группах отличалась. В группе с НДСТ наблюдалось преимущественное поражение крупных суставов (тазобедренных, коленных). Суставной синдром на фоне НДСТ, как правило, протекал по

типу моноартрита 72% детей и олигоартрита 28% с выраженным отеком, рецидивированием выпота при незначительном ограничении функции суставов и высокой частотой рецидивов у 64,6% детей в первые 12 месяцев. Продолжительность суставного синдрома у детей основной группы составила 10,8±0,7 дней, в то время как в сравниваемой группе она равнялась 6,5±0,3 дней (p=0,008). Из общего числа детей с РеА у 16% впоследствии развился ювенильный идиопатический артрит, из них 12% были дети с НДСТ. Анализ показал, что наличие у детей недифференцированной дисплазии соединительной ткани обуславливает значительные изменения, как в клиническом течении реактивного артрита и определяет дальнейший прогноз здоровья ребенка.

Выводы. Таким образом, РеА на фоне НДСТ отличается по характеру поражения суставов и продолжительностью течения заболевания и в последующим может стать фактором риска для развития системных ревматических заболеваний соединительной ткани, что требует дальнейшего наблюдения для обоснования адекватных профилактических мероприятий.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Удодов Ф.Ю.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждый год от неинфекционных заболеваний умирает 41 миллион человек, что составляет 71% всех случаев смерти в мире. Замечено, что пациенты, страдающие патологии сердечно-сосудистой системы, подвержены большему риску развития депрессивного синдрома, что оказывает негативное влияние и на течение основного заболевания.

Цель работы. Изучение особенностей выраженности депрессивного синдрома у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы.

Задачи. 1. Проведение анкетирования с использованием шкалы-опросника «CES-D» среди пациентов кардиологических отделений. 2. Систематизация результатов опроса и анализ полученных данных;

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты анкетирования (шкала-опросник «CES-D») [6], данные медицинских карт 75 пациентов, находящихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях БУЗ ВО ВГКБСМП №1.

Пациенты разделены на сопоставимые группы в соответствии со следующими критериями: пол, возраст, уровень образования, семейный статус, сопутствующая патология, работающий или безработный/пенсионер, также пациенты разделены на группы в соответствии с диагнозами: 25 пациентов – ишемическая болезнь сердца (ИБС) (стабильная стенокардия напряжения ФК2-3): мужчин 60% (15 пациентов), женщин 40% (10 пациентов), 25 пациентов – гипертоническая болезнь (ГБ) (2 стадия, РССО 3): мужчин 64% (16 пациентов), женщин 36% (9 пациентов), 25 пациентов – ИБС аритмический вариант (персистирующая форма фибрилляции предсердий): мужчин и женщин оказалась поровну. Среди всех пациентов мужчин было 36, женщин 39, средний возраст пациентов составил 64.6 лет.

Результаты. Среди пациентов с ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК2-3). Уровень депрессии: норма 40% – 10 пациентов, легкая 20% – 5 пациентов (Ср.б. 22.5±2.38), средняя 20% – 5 пациентов (Ср.б. 28.2±1.3), тяжелая 20% – 5 пациентов (Ср.б. 34.4±3.5).

Среди пациентов с ГБ (2 стадия, РССО 3). Уровень депрессии: норма 36% – 9 пациентов, легкая 32% – 8 пациентов (Ср.б. 22.8±2.41), средняя 16% – 4 пациента (Ср.б. 28±0.81), тяжелая 16% – 4 пациента (Ср.б. 33.75±1.7).

Среди пациентов с ИБС аритмический вариант (персистирующая форма фибрилляции предсердий). Уровень депрессии: норма 36% – 9 пациентов, легкая 40% – 10 пациентов (Ср.б. 22.1±1.79), средняя 24% – 6 пациентов (Ср.б. 28.1±0.75), тяжелая 0%.

Выводы. 1) Уровень депрессии у пациентов с ИБС (стабильная стенокардия) согласно результатам ответов на шкалу-опросник «CES-D» выше, чем у пациентов, страдающих ГБ и ИБС аритмическим вариантом. 2) Около 65% пациентов имеют депрессию различной степени выраженности, что говорит о низкой эффективности мероприятий, направленных на профилактику депрессий.

Исходя из выше сказанного, становится очевидным, что пациенты, находящиеся на лечение в кардиологических стационарах, требуют проведения дополнительной антидепрессивной терапии, с целью снижения частоты возможных осложнений основного заболевания.

НЕ СТАТИНОМ ЕДИНЫМ…. (ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛИПИДМОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО)

Уразгильдеева С.А.
Научно-клинический и образовательный центр «Кардиология»,
Санкт-Петербургский государственный университет,
Центр клинической липидологии и атеросклероза «Чёрная речка»,
Центр атеросклероза и нарушений липидного обмена Северо-Западного окружного научно-клинического центра имени Л.Г. Соколова,
Санкт-Петербург

В настоящее время невозможно представить профилактику и лечение сердечно-сосудистых (СС) заболеваний без использования современных липидмодифицирующих препаратов. В отношении коррекции липидных параметров, основным показателем эффективности лечения служит уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП). Как новые Европейские рекомендации по лечению дислипидемий (ДЛП) 2019 г., так и Российские Рекомендации «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» (VII пересмотр, 2020 г.) предписывают достижение целевого уровня ХС ЛНП для пациентов очень высокого риска ниже 1,4 ммоль/л, для пациентов высокого риска – ниже 1,8 ммоль/л. Естественно, это предполагает использование наиболее эффективных гиполипидемических средств, способных обеспечить существенное снижение уровня ХС ЛНП. Вполне обосновано использование статинов как препаратов первого выбора, учитывая их высокую гиполипидемичсекую эффективность и доказанную многочисленными исследованиями способность значимо снижать риски СС событий и общей смертности. Практикующему врачу не всегда просто определиться с выбором конкретного препарата этого класса, поскольку необходимо учитывать не только особенности фармакодинамики и фармакокинетики тех или иных препаратов, но и, что особенно важно, – ндивидуальные особенности самого пациента и наличие у него сопутствующей патологии.

С другой стороны, арсенал средств, влияющих на уровень липидов, далеко не исчерпывается препаратами класса статинов. В распоряжении современного врача имеются фибраты, секвестранты жирных кислот, препараты омега-3-полиненасыщенных жирных кислот, моноклональные антитела – ингибиторы белка пропротеиновая конвертаза субтилизин-кексин типа 9 (ПКСК-9). Применяя по показаниям эти препараты в качестве монотерапии или в составе комбинированной терапии, в большинстве случаев удается безопасно и эффективно снизить не только уровень ХС ЛНП, но и нормализовать другие показатели липидного спектра крови. Особенно актуальной представляется проблема использования комбинаций липидснижающих средств у пациентов пожилого возраста, а также у лиц с коморбидной патологией, поскольку такой подход позволяет существенно снизить риск развития побочных эффектов. При этом, назначая комбинированную терапию, важно учитывать особенности межлекарственного взаимодействия как собственно липидснижающих препаратов между собой, так и с другими лекарственными средствами.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЛИЯНИЮ COVID-19 НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМЫ

Ушаева Л.А., Будагова Е.С., Мацкевич А.А., Попов А.А., Зотов А.А., Близниченко А.С.
2 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии,
г. Пятигорск

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ заболеваемости COVID-19, проходящих стационарное лечение в госпитале с мая по декабрь 2020 года и изучить влияние SARS-CoV2 на сердечно-сосудистую и пищеварительную системы.

Материал и методы. В работе представлены результаты анализа 278 историй болезней с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией. Мужчин – 240, женщин – 38. Средний возраст заболевших с легкими формами составил 28,9 года, со среднетяжелыми и тяжелыми – 37,5 лет.

Оценивались жалобы пациентов, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования, в частности, электрокардиограмма, компьютерная томография органов грудной клетки. Проведены клинико-диагностические корреляции влияния COVID-19 на состояние органов сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Результаты и обсуждение. Выделены следующие группы: 1 группа – пациенты с легким течением инфекции – 94; 2 группа – со средне-тяжелым и тяжелым течением – 184.

ACE 2 (рецептор ангиотензинпревращающего фермента II) – рецептор для входа коронавируса. ACE2 содержится в клетках дыхательного тракта,

пищевода, подвздошной кишки, сердца. Именно наличие рецепторов в описанных органах прежде всего обуславливает клиническую картину заболевания.

7% пациентов предъявляли жалобы на нарушение консистенции стула до 4-6-8 раз в сутки, что объяснимо массивной антибиотикотерапией с одной стороны и трактовалось нами как антибиотико-ассоциированная диарея, в ряде случаев исключали клостридиальную инфекцию, и с другой стороны – влиянием вируса на органы желудочно-кишечного тракта (вирусемическая фаза болезни).

У 74 пациентов (27%) обнаружено повышение аланиновых трансаминаз до 2-х норм, что трактовалось нами как неспецифический ферментит (энзимотит), на КТ у 1/3 пациентов диагностировалась метаболически ассоциированная жировая болезнь печени.

При эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта диагностированы острые эрозии пищевода, желудка, поверхностные гастропатии. Но морфологические особенности данных изменений изучены недостаточно.

На нашем клиническом опыте у пациентов с новой коронавирусной инфекцией с сопутствующей коморбидной патологией случаев острого повреждения миокарда и признаков сердечно-сосудистой недостаточности нами не зарегистрировано. Анализ электрокардиограмм показал изменения лишь у тех пациентов, уже имеющих сопутствующую коморбидную патологию сердечно-сосудистой системы, в частности, нарушение ритма.

Заключение. Ретроспективный анализ заболеваемости новой коронавирусной инфекции показал токсичное влияние вируса не только на дыхательную систему, но и сердечно-сосудистую и пищеварительные системы. Долгосрочные эффекты влияния вируса на состояние внутренних органов и их систем предстоит еще понять и оценить.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ COVID-19

Ушаева Л.А., Мацкевич А.А., Попов А.А., Близниченко А.С.
2 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии,
г. Пятигорск

Цель исследования. Проведение ретроспективного анализа историй болезни пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией, изучение влияния вируса на органы желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. За период с мая по декабрь 2020 года в госпитале пролечено 278 пациентов с подтвержденной COVID-19, из которых 94 (34%) с легкими формами, 170 (61%) – среднетяжелыми и 14 (5%) – тяжелыми. Мужчин 127, женщин 11. Средний возраст заболевших составил 32,8 года.

Всем пациентам выполнялось клинико-биохимическое обследование, компьютерная томография органов грудной клетки, определение SARS-CO-2 методом ПЦР и/или ИФА крови на антитела класса иммуноглобулины G и M.

Результаты и обсуждение. Анализ 278 историй болезни показал у 27% сопутствующие болезни органов пищеварения в виде неалкогольной жировой болезни печени (24), хронических гастродуоденитов (38), гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (6), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (4), хронических панкреатитов (3).

У пациентов с легкими формами коронавирусной инфекции отмечалась анорексия и изменения (потеря) вкуса, со средне-тяжелым и тяжелым течением – тошнота, рвота, изжога, боль в животе, диарея, иногда запор.

Причинами гастроинтестинальной симптоматики являлась высокая экспрессия к ангиотензин-превращающему ферменту и наличием сериновых протеиназ, обеспечивающих проникновение вируса в клетку на всем протяжении желудочно-кишечного тракта, а также повреждение энтеральной нервной системы - Мейсснеровского и Ауэрбаховского сплетений вследствие ишемии или прямого нейротоксического действия вируса.

У 74 пациентов (27%) обнаружено повышение аланиновых трансаминаз до 2-х норм, что трактовалось нами как неспецифический ферментит (энзимотит). Если до заражения вирусом патология печени не определялась, все изменения заканчивались выздоровлением, если же были фоновые заболевания печени в виде неалкогольной жировой болезни печени, заболевание переходило в активную фазу из стеатоза в стеатогепатит (повышение ферментов цитолиза до 3–4-х норм). Причинами поражения печени является прямое действие вируса, опосредованное вследствие микротромботического поражения на фоне гиперкоагуляции (ишемическое) и токсического лекарственного поражения (например, назначение калетры, цефтриаксона).

Отягчающим фактором течения болезни являлся диарейный синдром. В первую фазу заболевания диарея носила вирусиндуцированный характер, во вторую – чаще постантибактериальный или Cl. Dificile – индуцированный.

Нами отмечены отдаленные последствия перенесенного гастроинтестинального варианта COVID-19: антибиотикорезистентность или развитие постинфекционного синдрома раздраженного

кишечника. При сроках менее 6 месяцев после перенесенной инфекции данные гастроинтестинальные нарушения трактовались нами как «постковидные» СРК-подобные симптомы.

Заключение. Вирус может дебютировать не с бронхолегочных симптомов, а с гастроинтестинальных проявлений; лекарственные средства, используемые для лечения COVID-19, влияют на функционирование органов желудочно-кишечного тракта; отдаленными последствиями перенесенного гастроинтестинального варианта COVID-19 могут быть антибиотикорезистентность или развитие постинфекционного синдрома раздраженного кишечника.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Ушаева Л.А., Попов А.А., Зотов А.А.
2 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии,
г. Пятигорск

Цель исследования. Проанализировать протоколы ведения пациентов с COVID-19 в стационаре, возможные ошибки и нерешенные вопросы.

Материал и методы. Проанализировано 278 историй болезней пациентов с подтвержденной COVID-19, из которых 94 пациента (34 %) с легкими формами, 170 (61%) – среднетяжелыми и 14 (5%) – тяжелыми. Мужчин – 240, женщин – 38. Средний возраст заболевших – 32,7 года.

Изучали корреляцию между клиническими данными, результатами лабораторных показателей, изменениями со стороны органов и систем. Оценивалась эффективность проводимой терапии, приверженность к лечению, выделены группы риска тяжелого течения инфекции.

Результаты и обсуждения. В клинической картине пациентов с легкими формами COVID-19 преобладали жалобы на субфебриллитет, снижение обоняния, вкуса, или полное их отсутствие, головные боли, ломоту в теле, общую слабость, не было лихорадки, кашля, одышки. СРБ как правило был в норме или не превышал 6 мг/л. При средне-тяжелой форме (КТ-1,2) преобладали жалобы на фебрильную температуру тела, одышку, сдавление в грудной клетке, сухой надсадный кашель с приступами удушья или малопродуктивный кашель с отхождением слизистой мокроты с прожилками крови, общая слабость. СРБ достигал 60 мг/л, иногда 90-120 мг/л. Атипичные симптомы включали падения, конъюнктивиты, тахикардию или снижение артериального давления; сосудисто-неврологические проявления: головную боль (11%), головокружение (8%), гастроэнтерологические – тошноту, изжогу, диарею (17%).

К высоким группам риска мы отнесли пациентов с высоким провоспалительным статусом - пациентов с сахарным диабетом, метаболическим синдромом, ожирением, артериальной гипертензией, дислипидемией.

Основной задачей в лечении наших пациентов являлось остановить синтез провоспалительных цитокинов на приемлемой оксигенации, не допустив «цитокинового шторма». Проведение ранней антикоагулянтной и антиагрегантной терапии позволило избежать сосудистого тромбоза, острого респираторного дистресс-синдрома. Для профилактики тромботических осложнений мы применяли подкожные инъекции низкомолекулярных гепаринов, а в их отсутствие – нефракционированного гепарина, а также ривароксабан 10 мг 1 раз в сутки и апиксабан 2,5 мг 2 раза в сутки внутрь.

Прогрессирование дыхательной недостаточности являлось сновением для назначения противоспалительной терапии ГКС. Мы использовали дексаметазон 20 мг/в сутки в/в или преднизолон в дозах 1 мг на кг веса тела.

Нами разработаны практические алгоритмы лечения пациентов с COVID-19: все пациенты с поражением легких получали антикоагулянтную и антиагрегантную терапию, противовоспалительную – системные ГКС, респираторную поддержку, пронпозицию. Антимикробная терапия при развитии нозокомиальной пневмонии. Симптоматическая терапия.

Заключение. Результаты собственных наблюдений и их анализ оказался чрезвычайно интересным. В ходе проспективных наблюдений нам предстоит еще изучить исходы и отдаленные последствия SARS CoV-2, и эффективность проведения первичной профилактики.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Ушакова М.И., Сивкова А.В., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Особенностями условия труда железнодорожников является риск возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Дополнительный фактор, который может привести к усугублению данной патологии и вызвать профессионально-значимые нарушения – синдром обструктивного апноэ сна (СОАС).

Цель. Исследовать состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем у работников железнодорожного транспорта, а также эффективность проводимой CPAP-терапии.

Материалы и методы. В исследование были включены работники железнодорожного транспорта,у которых по результатам холтеровского мониторирования были выявлены нарушения ритма и/или гипертоническая болезнь. Всего госпитализированы и обследованы в стационаре 30 человек. Кроме кардиореспираторного мониторирования им так же были проведены б/х анализ крови, определены показатели липидного обмена, маркеры неспецифического воспаления, коагулограмма. Наличие СОАС определялось по индексу апноэ/гипопноэ, который характеризует количество эпизодов нарушения дыхания за 1 час ночного сна и в норме должен быть менее 5.Для диагностики и оценки тяжести синдрома обструктивного апноэ сна использовалась система для кардиореспираторного мониторирования, фирмы Breas SC20 (Швеция). В результате были получены следующие показатели: количество эпизодов десатурации, индекс апноэ, индекс апноэ/гипопноэ, суммарная продолжительность апноэ и гипопноэ, исходный, минимальный и средний уровень SaO2.

Результаты и обсуждение. Соответсвенно все обследуемые были разделены на 2 группы – без СОАС и с СОАС, Группа которая имела СОАС была разделена на две подгруппы – пациенты с СОАС легкой и умеренной степени тяжести и пациенты с СОАС тяжелой степени тяжести, у которых ИАГ составил более 30. Пациенты с СОАС имели достоверно более выраженные признаки гипоксии во время сна, что проявлялось более высокой продолжительностью апноэ, более низким уровнем сатурации и достоверным увеличением эпизодов десатурации среди ночи. В группе пациентов без респираторных нарушений частота встречаемости ГБ составила 16,7%, в то время как в группе с наличием СОАС частота встречаемости ГБ была в 4 раза выше. Среди пациентов с СОАС тяжелой степени тяжести высокий и очень высокий риск ССО встречался достоверно чаще. Также пациенты в группе с СОАС тяжелой степени тяжести имели более выраженные признаки ремоделирования сердечно-сосудистой системы, в частности толщина МЖП в этой группе всреднем составила 11,8+/-1,6 мм, что достоверно больше чем у пациентов без респираторных нарушений.

Выводы. Среди обследованных работников железнодорожного транспорта с нарушением ритма и проводимости по данным проф. осмотров выявлено 56,7% лиц с явлениями СОАС, при этом 30% пациентов имели нарушение дыхания тяжелой степени выраженности. Наличие СОАС является дополнительным фактором риска развития патологии сердечно-сосудистой системы. Кроме того, возможно предположить снижение операторской надежности у лиц с тяжелой степенью СОАС, что требует дальнейшего изучения.

СВЯЗЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ И УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Файрушина И.Ф.[1,2], Кириллова Э.Р.[1,2], Абдулганиева Д.И.[1,2], Мухаметшина Э.И.[3]
[1]Казанский государственный медицинский университет,
[2]Республиканская клиническая больница,
[3]Медико-санитарная часть Казанского Федерального университета,
г. Казань

Цель исследования. Изучить связь коморбидной патологии (КП) на клинико-лабораторные и ультразвуковые (УЗ) параметры активности псориатического артрита (ПсА) у пациентов молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. В исследование было включено 92 пациента трудоспособного возраста от 18 до 60 лет с установленным диагнозом ПсА (CASPAR, 2006), среди которых было 50 (54,3%) женщин. Средний возраст пациентов составил 43 (35,5; 50) лет, длительность ПсА – 7 (2; 11,8) лет, DAPSA – 15,2 (10,2; 21,4), PASI – 3,8 (1,2; 9,6), вч-СРБ – 5,1 (2,2; 16,1) г/л, СОЭ – 20 (11; 30) мм/ч, ИМТ 26,4 (23,7; 30,4) кг/м^2.

Всем пациентам было проведено клиническое обследование (число припухших суставов (ЧПС/14), число болезненных суставов (ЧБС/14), число болезненных энтезисов/54 (ЧБЭ), индексы энтезита (LEI, MASES, SPARCC), анализ КП (число КП), УЗ-исследование крупных суставов и энтезисов верхних и нижних конечностей: определялось число энтезитов (гипоэхогенность и утолщение энтезиса) и число синовитов по серой шкале, число васкуляризированных энтезитов и синовитов (ЧВС).

Статистический анализ включал методы описательной статистики, расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена, простой линейный регрессионный анализ. Значения $p<0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. Среднее число КП составило 2 (1; 4) на 1 пациента с ПсА.

При корреляционном анализе обнаружено, что с возрастом увеличивается число КП ($r=0,417$, $p<0,01$). Число КП коррелирует с увеличением ИМТ ($r=0,416$, $p<0,01$), окружности талии ($r=0,345$, $p<0,01$) и бедер ($r=0,312$, $p<0,05$) (ОТ, ОБ), ОТ/ОБ ($r=0,219$, $p<0,05$), числом энтезитов ($r=0,275$, $p<0,01$) и синовитов ($r=0,205$, $p=0,05$) по данным УЗ-исследования.

Не было обнаружено связи числа коморбидных состояний с клиническими параметрами (p>0,05).

При анализе характера связи числа КП с клиническими и УЗ параметрами было обнаружено следующее: с увеличением на 1 КП ЧБС/14 увеличивалось в среднем на 0,22 пункта (β=0,22, p<0,05, R^2=4,7%); ЧБЭ – на 0,28 пункта (β=0,28, p<0,01, R^2=7,9%); LEI – на 0,24 пункта (β=0,24, p<0,05, R^2=5,8%); MASES – на 0,37 пункта (β=0,37, p<0,01, R^2=13,7%), число энтезитов – на 0,27 пунктов (β=0,27, p=0,01, R^2=7,2%), число синовитов – на 0,25 пунктов (β=0,25, p=0,015, R^2=6,4%), ЧВС – на 0,25 пунктов (β=0,25, p=0,018, R^2=6,1%). Число КП не влияло на показатели лабораторных маркеров воспаления (вч-СРБ, СОЭ), DAPSA (p>0,05), а также на структурные УЗ изменения в энтезисах (p>0,05).

Выводы. Выявлена связь числа КП с количеством УЗ-верифицированных синовитов и энтезитов (p<0,05), с возрастом и антропометрическими данными (p<0,01). С увеличением числа КП увеличивались клинические (ЧБС/14, LEI, ЧБЭ, MASES) и УЗ параметры активности ПсА (число энтезитов, число синовитов и ЧВС) без влияния на лабораторные маркеры воспаления и DAPSA у пациентов с ПсА трудоспособного возраста, что важно в определении тактики ведения пациентов. Число КП ассоциировалось с признаками активного энтезита (гипоэхогенность и утолщение) без влияния на структурные изменения в энтезисе.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕХОДНИКА К ПОСТОЯННОМУ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРУ В СОСТАВЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ОПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ЭЛЕКТРОДОВ

Федорец В.Н.[1], Виноградова Л.Г.[2], Александров А.Н.[3]
[1]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург,
[2]ООО Медицинский центр «МИРТ», г. Кострома,
[3]Городская клиническая больница №4, Москва

Цель исследования. Оценить возможность применения вспомогательной интраоперационной определительной системы на основе переходника к ЭКС для измерения амплитуды ER-сигнала и активации функции «Auto Captur».

Материалы и методы исследования. С 2002 г. по 2019 г. проведено исследование, включившие 82 пациента, страдающих СССУ, синдромом тахибради, преходящей АВ-блокадой 2 ст. 2 типа и АВБ 3 ст. с приступами МЭС и/или их эквивалентами в возрасте от 64 до 76 лет (средний возраст 70±1,87 лет), из них 38 мужчин и 44 женщины, которым были имплантированы биполярные электроды ЭЛБИ 211-321, ЭЛБИ 216-58, Selox ST 60, Fineline 2 Sterox и постоянные ЭКС Affiniti SR, Identity SR, Philos SR, Байкал-SC SSI. Всем исследуемым проводилось измерение амплитуды ER-сигнала предложенной нами вспомогательной определительной системой на основе переходника к ЭКС, а также используя программатор Merlin совместно с ЭКС, имеющего функцию автоматического измерения порога стимуляции.

Результаты. Используя предложенную вспомогательную интраоперационную определительную систему удалось получить ER-сигнал у всех исследуемых электродов. Среднее значение амплитуды ER- волны 15,68 мВ, что является оптимальным для подключения функции «AutoCaptur».

Вывод. Использование вспомогательной интраоперационной определительной системы на основе переходника к ЭКС у пациентов пожилого и старческого возраста, способной измерять амплитуду ER-сигнала, позволяет оценить возможность активации функции «AutoCaptur» у электродов разных моделей.

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Филатова Е.С., Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва

Признаки фибромиалгии определяются у 11-30% пациентов с ревматическими заболеваниями, в то время как в популяции составляют 2-7%. Главным патогенетическим механизмом фибромиалгии является центральная сенситизация (ЦС).

Цель исследования. Выявить признаки ЦС у пациентов с ревматоидным артритом (РА), осте-

оартритом коленных суставов (ОАк) и анкилозирующим спондилитом (АС) с помощью шкалы CSI и определить их наиболее характерные клинические дескрипторы.

Материалы и методы. В исследование было включение по 40 пациентов с РА, ОАк и аксиальным АС. Все пациенты были осмотрены ревматологом и неврологом. Проводилась оценка активности заболевания по индексу DAS28 и BASDAI, оценка функционального состояния по индексу BASFI и WOMAC, определение выраженности болевого синдрома в покое по ВАШ, анкетирование по нейропатическим шкалам DN4 Pain DETECT, определение эмоционального состояния по опроснику HADS и определение наличия ЦС по шкале CSI.

Результаты. Средний балл по шкале CSI в группе с РА составил 45,5 [29,0; 53,0], при ОАк 48,0 [32,0; 57,0], при АС 38,0 [30,0; 45,0]. Данные значение в группе с РА и ОАк превышало порога в 40 баллов, принятого в качестве нижней границы для определения наличия ЦС по шкале CSI, в группе с АС средний балл был ниже, однако 40 и более баллов были отмечены у 15 пациентов.

Учитывая наличие градации по шкале CSI, была оценена частота выявления той или иной степени ЦС у пациентов всех трех групп. Субклиническая ЦС была выявлена у 17,5% (n7) пациентов с РА, 17,5% (n=7) с ОАк, 25% (n=10) с АС; легкая – у 17,5% (n=7) с РА, 22,5% (n=9) с ОАк, 37,5% (n=15) с АС; умеренная – у 20% (n=8) с РА, 20% (n=8) с ОАк, 20% (n=8) с АС; тяжелая у 40% (n=16) с РА, 27,5% (n=11) с ОАк, 12,5% (n=5) с АС и экстремально тяжелая у 7,5% (n=3) с РА, 12,5% (n=5) с ОАк, 5% (n=2) с АС.

Разделение пациентов на группы с наличием ЦС и ее отсутствием позволило установить, что выраженность ЦС у пациентов с РА, ОАк и АС была связана с показателями нейропатической боли по опросникам DN4 и Pain DETECT. В Группе с ОАк и АС также на нее влияла интенсивностью болевого синдрома по ВАШ: при ОАк (70,0 [60,0; 80,0] мм vs 35,0 [30,0; 50,0] мм, p=0,004) и при АС (70,0 [40,0; 80,0] мм vs 20,0 [20,0; 40,0] мм, p=0,001). ЦС была ассоциирована с наличием тревоги и депрессии: при РА средний показатель тревоги был равен 10,0 [7,0; 11,0] баллам, при ОАк 11,0 [8,0; 13,5] баллам и при АС 11,0 [8,0; 13,0] баллам, что соответствует субклинической и клинически выраженной тревоги. Показатель депрессии в группе с РА составили 8,0 [6,0; 10,0] баллов, при ОАк 7,0 [4,5; 11,5] баллов и при АС 7,0 [4,0; 11,0] баллов, однако не смотря на низкие средние показатели депрессии, они статистически достоверно отличались у пациентов с наличием ЦС.

Вывод. Центральная сенситизация у пациентов с ревматоидным артритом, остеоартритом коленных суставов и анкилозирующим спондилитом выявляется с различной частотой и ассоциирована с интенсивностью болевого синдрома, показателями нейропатической боли и тревожно-депрессивными нарушениями. Следовательно, нейропатические шкалы (DN4 и painDETECT) могут быть использованы для скрининга центральной сенситизации у пациентов с хроническим болевым синдромом при ревматических заболеваниях.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Филатова О.Н., Савушкина И.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) – чаще всего это следствие острого окклюзирующего тромбоза коронарной артерии, главная лечебно-организационная задача у пациентов с таким диагнозом – проведение эффективной и своевременной реперфузионной терапии (первичного чрескожного вмешательства (пЧКВ) или тромболитической терапии (ТЛТ)).

Цель. Определение эффективности и безопасности тромболитической терапии в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и локализации инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. Обработаны материалы 30 медицинских карт стационарных больных с основным диагнозом «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Всем пациентам была проведена тромболитическая терапия. Выборка состояла из 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 35 до 86 лет, средний возраст 64±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.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе работы осложнения тромболитической тера-

пии 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 тромболизис 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.

ОЦЕНКА КРУПНЫХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Филипович Е.К.[1], Кудлач А.И.[2], Ивашина Е.Н.[2], Стефанин А.Л.[2], Шиянова А.В.[3]
[1]Белорусский государственный медицинский университет,
[2]Белорусская медицинская академия последипломного образования,
[3]23-я городская детская поликлиника,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Нарушение психоречевого развития является одним из наиболее часто встречаемых вариантов детской заболеваемости. В последнее время специалистами отмечается рост распространенности психоречевых дисфазий, их утяжеление за счет сочетанных расстройств, что в итоге приводит к значимым социальным последствиям. Понимание нейрофизиологических механизмов, участвующих в формировании расстройств психоречевой деятельности, является необходимым условием разработки и применения адекватных методов терапевтической коррекции.

Цель исследования. Установить наличие корреляции между степенью расстройства развития крупных моторных функций и реабилитационным потенциалом (потенциалом функционирования) у пациентов детского возраста с нарушениями психоречевого развития.

Материалы и методы. Ретроспективно исследована степень нарушения крупных моторных функций на протяжении первых 6 лет жизни с декретивным сроком оценки 1 раз в год у 200 пациентов детского возраста с нарушениями психоречевого развития, диагностированными не позднее 6-летнего возраста. Проведено изучение связи исследуемого параметра и интегрального комплексного показателя прогностической оценки развития ребенка - потенциал функционирования (ПФ). Степень выраженности нарушения вышеназванных функций определялась согласно Международной классификации функционирования 10-го пересмотра (МКФ-10) по пятибалльной системе: 0 – не нарушений (0-4%); 1 – легкие нарушения (5-24%); 2 – умеренные нарушения (25-49%); 3 – тяжелые нарушения (50-95%); 4 – абсолютные нарушения (96-100%). Методика оценки крупных моторных функций подобрана исходя из таких параметров, как валидность, верифицированость и доступность для применения в повседневной практике врача. Определение ПФ включало в себя три возможных варианта: высокий (благоприятный) (3 балла), средний (сомнительный) (2 балла), низкий (неблагоприятный) (1 балл).

Результаты и обсуждение. Отсутствие нарушений крупных моторных функций на первом году наблюдения зарегистрировано у 45% (n=90), на втором году у 53% (n=106), на третьем году у 47% (n=94), на четвертом году у 40,5% (n=81), на пятом году 37,5% (n=75), на шестом году у 39,5% (n=79) пациентов. Легкие нарушения отмечены на первом году у 33% (n=66), на втором году у 28% (n=56), на третьем году у 38,5% (n=77), на четвертом году у 45,5% (n=91), на пятом году 45,5% (n=91), на шестом году у 44,5% (n=89) детей. Нарушения умеренной степени диагностированы на первом году наблюдения у 17% (n=34), на втором году у 14% (n=28), на третьем году у 11% (n=22),

на четвертом году у 10,5% (n=21), на пятом году 13% (n=26), на шестом году у 12% (n=24) пациентов. Тяжелые нарушения установлены на первом году у 5% (n=10), на втором году у 3,5% (n=7), на третьем и четвертом годах у 2% (n=4), на пятом и шестом годах у 2,5% (n=5) детей. Абсолютные нарушения функций определялись только у 1,5% (n=3) пациентов на протяжении от 2 до 6 года исследования.

Средние значения степени нарушения крупных моторных функций были распределены следующим образом: на первом году 0,82±0,89, на втором году 0,72±0,93, на третьем году 0,72±0,85, на четвертом году 0,79±0,83, на пятом году 0,85±0,85, на шестом году 0,82±0,85.

Значения интегрального показателя ПФ ранжировались так: на первом году жизни высокий ПФ имелся у 74,5% (n=149), средний у 21% (n=42), низкий у 4,5% (n=9) детей (среднее значение 2,7±0,55). На втором году жизни высокий ПФ отмечен у 52,5% (n=105), средний у 41% (n=82), низкий у 6,5% (n=13) детей (среднее значение 2,46±0,62). На третьем году жизни высокий ПФ определен у 27% (n=54), средний у 53% (n=106), низкий у 20% (n=40) детей (среднее значение 2,07±0,68). На четвертом году жизни высокий ПФ имелся у 19,5% (n=39), средний у 48% (n=96), низкий у 32,5% (n=65) детей (среднее значение 1,87±0,71). На пятом году жизни высокий ПФ отмечен у 17,5% (n=35), средний у 47% (n=94), низкий у 35,5% (n=71) детей (среднее значение 1,82±0,71). На шестом году жизни высокий ПФ определен у 28% (n=56), средний у 38,5% (n=77), низкий у 33,5% (n=67) детей (среднее значение 1,95±0,78).

Изучение связи исследуемого параметра и интегрального показателя ПФ осуществлено при помощи определения коэффициента парной корреляции (r) при степени достоверности $p<0,05$. Его значения были распределены следующим образом: для первого года r=-0,73, для второго r=-0,59, для третьего r=-0,45, для четвертого r=-0,45, для пятого r=-0,42, для шестого года r=-0,45 соответственно.

Выводы. Таким образом, наиболее высокая степень тесноты взаимосвязи изучаемых параметров отмечена в первые два года жизни пациентов. В эти же декретивные сроки установлены и наиболее высокие значения интегрального показателя ПФ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости раннего определения нарушения крупных моторных функций с целью их своевременной коррекции, что будет приводить к сохранению более высоких показателей потенциала функционирования, а следовательно – к снижению детской заболеваемости и инвалидности.

АНАЛИЗ ПРОВОДИВШИХСЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННОГО COVID-19, У ЛИЦ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ПНЕВМОНИЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ (COVID-19)

Филипченко Е.М., Горбань В.В.
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель. Изучить, какие профилактические мероприятия применялись для предупреждения заболевания, вызванного Covid-19, лицами, которые впоследствии перенесли пневмонию, вызванную коронавирусом Covid-19.

Материалы и методы. В исследование включены 44 человек (25 женщин и 19 мужчин, средний возраст 43±0,98 года), которые перенесли пневмонию, вызванную Covid-19 в период с 1.02.2020 года по 17.01.2021 г. Диагноз пневмонии и степень тяжести заболевания были установлены на основании эпидемиологического анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторных исследований. Проводилось добровольное анкетирование, позволившее получить следующую информацию: какие профилактические мероприятия проводили исследуемые лица с целью предотвращения заболевания, вызванного Covid-19, а также приверженность к использованию витамина Д и витамина С у этих лиц с профилактической целью. При статистической обработке данных использовали компьютерную программу «Excel 10»; количественные данные были представлены в виде среднего значения (X) и стандартной ошибки среднего (m). При сравнении данных использовали парный критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Установлено, что степень тяжести перенесенной пневмонии была различной: легкой у 56,8±7,6% лиц (n=25), средней – у 25,0±6,7% (n=11) и тяжелой – у 18,2±6,0% (n=8). На вопрос анкеты – применялись ли респондентами с целью профилактики Covid-19 определенные продукты питания или другие средства (витамины, БАДы) были получены следующие ответы. 13,6±5,3% (n=6) исследуемых с целью профилактики вообще ничего не использовали, но остальные указали, что практически ежедневно употребляли определенные продукты питания. Так, 18,2±6,0% (n=8) лиц употребляли лимон; 15,9±5,6% (n=7) – лимон и чеснок; 22,7±6,5% (n=10) – лимон, чеснок и имбирь; 9,1±4,4% (n=4) – хрен; 15,9±5,6% (n=7) – малину; 4,5±3,2% (n=2) - пили отвары лекарственных трав. Ана-

лиз приверженности исследуемых к применению витаминов Д и С с целью предотвращения заболевания показал, что каждый второй респондент (50,0±7,7% (n=22)) с целью профилактики заболевания применял витамин Д. При этом 6 человек (27,3±6,9%) придерживались непрерывного поддерживающего курса приема витамина Д, а остальные - проводили курсовой прием (72,7±6,9% (n=16)); p≤0,005. Витамин С применяли почти две трети исследуемых лиц (n=29 (65,9±7,3%)); при этом все они принимали аскорбиновую кислоту в высокой дозе (500 мг в сутки). Было выяснено, что подавляющее большинство исследуемых (n=25 (86,2±5,3%)) этот витамин принимали курсом, а остальные (n=4 (13,8±5,3%)) ежедневно постоянно; p≤0,001. Также было установлено, что 6 человек из 8, которые перенесли пневмонию в тяжелой форме принимали профилактически витамин Д (курсом или постоянно), а аскорбиновую кислоту с этой же целью принимали 7 человек из этих 8.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о неэффективности профилактического применения продуктов питания, которые традиционной медициной рекомендуются как противовирусные. Прием витамина Д и аскорбиновой кислоты также не смогли предотвратить возникновение пневмонии (в том числе тяжелой) у исследуемых лиц. Несомненно, следует учитывать у этих лиц и другие важные факторы (в том числе коморбидность, поведенческие привычки и др.), совокупность которых не только не позволила предотвратить заболевание, вызванное Covid-19, но и привела к течению болезни в форме пневмонии разной степени тяжести.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ, У ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ COVID-19, И У НЕ БОЛЕВШИХ (С 1.02.2020 Г. ПО 01.01.2021 Г.)

Филипченко Е.М., Джахбарова Д.К., Ананьева Е.И.
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель. Сравнительный анализ заболеваемости в анамнезе ОРВИ у лиц, которые перенесли коронавирусную инфекцию Covid-19 (в период с 1.02. 2020 г. по 01.01. 2021 г.) и у не болевших этой инфекцией.

Материалы и методы. В исследование включены 175 человек (114 женщин и 61 мужчин), которые были дифференцированы на 2 группы. 1-я группа – 104 человека (61женщин и 43 мужчин со средним возрастом 32 года), которые переносили инфекционное заболевание, вызванное Covid-19 в период с 1.02.2020 года по 01.01.2021 г. (период наблюдения 11 месяцев); заболевание протекало в форме ОРЗ (61,5%) и пневмонии (38,5%). Этиология инфекционного заболевания (Covid-19) была подтверждена лабораторными методами. Во вторую группу входили лица, которые за указанный период времени не переносили Covid-19 или другие респираторные инфекции; эта группа состояла из 71 человек (53 женщины и 18 мужчин со средним возрастом 44 года). Проводившееся добровольное анкетирование позволило получить информацию о том, как часто в анамнезе исследуемые лица переносили ОРВИ, а также степень тяжести этих респираторных заболеваний. При статистической обработке данных использовали компьютерную программу «Excel 10». Количественные данные были представлены в виде среднего значения (X) и стандартной ошибки среднего (m). При сравнении данных использовали парный критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что в 1-й группе 45,2±4,9% исследуемых (n=47) переносили ОРВИ ежегодно (один раз и/или чаще одного раза в год), а во 2-й группе таких лиц было 71,8±5,4% (n=51) (p≤0,001). Если в 1-й группе 26,9±4,4% (n=28) исследуемых лиц указали, что они болели ОРВИ один раз в 2 года, то во 2-ой группе аналогичная частота респираторных инфекционных заболеваний отмечалась у 16,9±4,5%) (n=12). Также установлено, что у 27,9±4,4% исследуемых лиц (n=29) из 1-й группы и у 11,3±3,8% исследуемых лиц (n=8) из 2-й группы ОРВИ отмечались реже, чем один раз в 2 года (p≤0,005). Проведенный анализ степени тяжести перенесенных в анамнезе ОРВИ показал, что в 1-й группе заболевание практически всегда протекало в легкой форме у 65,4±4,7% респондентов (n=68), а во 2-й группе – у 60,6±5,9% (n=43). Средняя тяжесть течения ОРВИ отмечалась у 33 исследуемых (31,7±4,6%) из 1-й группы и у 21 человека (29,6±5,5%) из 2-й группы. Тяжелое течение перенесенных респираторных заболеваний отмечали 3 человека из 1-й группы (2,9±1,7%) и 7 из 2-й группы (9,8±3,6%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что в группе лиц, переболевших за указанный период времени Covid-19, в отличие от группы, в которой исследуемые не переносили Covid-19, было значительно меньше лиц (в 1,6 раз), у которых в анамнезе ежегодно отмечались ОРВИ. Но в 1-й группе было существенно больше лиц (в 2,5 раз), которые болели ОРВИ относительно редко (реже, чем один раз в 2 года). В тоже время значительных различий между двумя группами по степени тяжести перенесенных в анамнезе ОРВИ не отмечалось. Таким образом, результаты исследования не позволяют предполагать наличие большей «уязвимости иммунитета» у лиц, которые перенесли инфекционное заболевание, вызванное Covid-19 за 11 месяцев от начала пандемии, в отличие от не заболевших лиц (возможно, еще не заболевших), за указанный период наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ МАСОЧНОГО РЕЖИМА С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ COVID-19

Филипченко Е.М., Кришталь М.А., Хасанова А.Ю.
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель. Провести анализ приверженности к соблюдению масочного режима у лиц, которые перенесли коронавирусную инфекцию Covid-19 в форме пневмонии.

Материалы и методы. Всего в исследовании принимали участие 44 человек (19 мужчин и 25 женщин, со средним возрастом 43±0,98 года); 54,5% лиц (n=24) имели среднее образование, а 45,5% (n=20) – высшее образование. Все участники исследования в 2020 году перенесли пневмонию, вызванную коронавирусной инфекцией Covid-19. Диагноз пневмонии устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, клинического и дополнительных методов обследования. Этиология перенесенной пневмонии была подтверждена лабораторными методами исследования.

Методом добровольного анкетирования у исследуемых лиц по специально разработанной анкете выясняли приверженность к ношению защитных масок, а также уточняли насколько правильно исследуемые лица использовали маски с целью предотвращения инфицирования коронавирусной инфекцией. Для выяснения правильности ношения защитных масок в анкете были предусмотрены следующие варианты ответов – маску использовали: «всегда», «часто» или «иногда». С помощью компьютерной программы «Excel 10» проводилась статистическая обработка данных. Количественные показатели были представлены в виде среднего значения (X) и стандартной ошибки среднего (m). При сравнении данных использовали парный критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что все исследуемые лица (100%; n=44) для профилактики коронавирусной инфекции использовали защитные маски. Но анализ правильности ношения защитных масок показал, что маску носили правильно (то есть надевали «всегда») менее половины из опрошенных лиц – 43,2±7,6% (n=19). Несмотря на то, что все остальные исследуемые лица также использовали защитные маски, тем не менее они делали это неправильно. Так как 40,9±% (n=18) респондентов указали, что они маску одевали «часто», а 15,9±5,6% (n=7) исследуемых лиц ответили, что маску надевали «иногда» ($p \leq 0{,}005$, в сравнении с лицами, носившими маску правильно).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что несмотря на имеющийся уровень образования у исследуемых лиц, а также повсеместную информированность не только о необходимости ношения защитных масок, но и о важности их правильного применения, как показало исследование, реже, чем каждый второй человек правильно использовал это простое, но необходимое средство защиты.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ МЕТОДОМ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ

Финоженок В.Г.[1], Сафонова Ю.А.[1,2], Инамова О.В.[1]
[1]Клиническая ревматологическая больница №25,
[2]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. По данным эпидемиологических исследований в РФ среди лиц в возрасте 50 лет и старше остеопороз (ОП) выявляется у 34% женщин и 27% мужчин. Социальная значимость ОП определяется его последствиями в виде переломов любой локализации. Вместе с тем, переломы тел позвонков, распространенность которых составляет около 10-12% на 10000 населения ведут к высокому риску инвалидизации и смертности. Известно, что у людей старших возрастных групп, в том числе при ОП, отмечается высокая мультиморбидность, которая приводит к ограничению терапевтических возможностей в лечении болевого синдрома, что требует поиска новых нефармакологических методов лечения болевого синдрома. Кинезиотейпирование (КТ) – методика применения специальных клейких лент (кинезотейпов) для уменьшения болевого синдрома и восстановления нарушенной функции посредством правильной, с учетом анатомических зон, аппликации тейпа на кожу.

Цель исследования. Оценить эффективности терапии болевого синдрома методом кинезиотейпирования у пациентов с компрессионными переломами тел позвонков. Материалы и методы. В одномоментном исследование приняли участие 15 женщин с ОП, среднего возраста 71±9 лет, с болевым синдромом, обусловленным свежими компрессионными переломами тел позвонков. Всем пациенткам применен метод КТ с использованием лимфатической техники сроком от 3 до 5 дней. Аппликации КТ проводились с интервалом в один день. Эффективность терапии оценивали по изменению интенсивности болевого синдрома с помощью визуально аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты. До начала терапии выраженный болевой синдром (более 40 мм) испытывали 73,3% (95% ДИ 44,9-92,2) пациенток, средний уровень боли по ВАШ составил 53±28 мм. После окончания курса КТ интенсивность болевого синдрома уменьшилась, средний уровень боли по ВАШ составил 31,4±23,7 мм. Только у 13,3% (95% ДИ: 1,7-40,5, p<0,001) женщин по окончанию лечения выраженный болевой синдром сохранялся. В ходе лечения у 20% пациенток на 3 день применения выявлены нежелательные явления в виде кожного зуда, что потребовало отмены терапии.

Выводы. На фоне терапии методом кинезиотейпирования отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома, обусловленного компрессионными переломами тел позвонков.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

Фонтуренко А.Ю.[1,2], Башкинов Р.А.[1,2], Мазуров В.И.[1,2], Гайдукова И.З.[1,2], Петрова М.С.[1,2], Инамова О.В.[1,2]

[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить взаимосвязи бессимптомной гипериурикемии (ГУ) и клинико-иммунологических особенностей диффузных болезней соединительной ткани (ДБСТ).

Материалы и методы. Выполнен анализ клинико-иммунологических особенностей пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД) и болезнью Шегрена (БШ), включенных в регистр пациентов с ДБСТ с января 2000 по апрель 2020 года. Уточняли особенности течения ДБСТ у пациентов с наличием и отсутствием ГУ, под которой понимали зафиксированное ≥1 раз повышение уровня мочевой кислоты (МК) сыворотки крови > 360 мкмоль/л. Этический комитет одобрил исследование.

Результаты. В исследование было включено 495 пациентов (449 женщин и 46 мужчин) с БШ (n=121), с СКВ (n=264) и с ССД (n=110). Средний возраст пациентов 52,1±13,9 г; длительность наблюдения 2,1±3,6 г; длительность ГУ 4±18 мес. У 217 пациентов имела место ГУ. Нормализация МК сыворотки крови в ходе наблюдения отмечена у 87 (40,1 %), отсутствие нормализации МК – 81 (37,3%), динамика изменений МК разноречива у 49 (22,6%) пациентов. Выявлены прямые взаимосвязи между уровнем МК и возрастом пациентов, длительностью ГУ, длительностью наблюдения, уровнем СОЭ, СРБ, аутоантител (CENT-B, Rib-P, RNP-Sm, Scl-70, Sm, SS-B), креатинином сыворотки крови и обратная взаимосвязь со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) (p<0,001 для всех). Пациенты с ГУ имели большую длительность наблюдения по сравнению с лицами без ГУ (3,8±4,5 и 0,8±1,8 года), имели более высокие уровни креатинина (94,4±47,2 и 75,9±12,9 мкмоль/л) и холестерина (5,7±1,3 и 5,1±2,5 ммоль/л), более низкую СКФ (76,8±32,9 и 94,1±60,8 мл/мин), большую частоту артериальной гипертензии, легочной гипертензии, острого нарушения мозгового кровообращения, снижения минеральной плотности костной ткани, сахарного диабета 2 типа, неалкогольной жировой болезни печени, хронической болезни почек. Пациенты с ГУ чаще, чем пациенты без ГУ принимали бета-адреноблокаторы и диуретики, реже – микофенолата мофетил и метотрексат (p<0,001). Уратснижающую терапию (УСТ) получали 20 (4%) пациентов с ГУ, эффективность УСТ (нормализация уровня МК) отмечена у 3 (15%) пациентов.

Выводы. Гиперурикемия у пациентов с ДБСТ является независимым от системного воспаления фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии, метаболических нарушений и снижения функции почек и напрямую взаимосвязана с уровнем аутоиммунного воспаления.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Фонтуренко А.Ю.[1,2], Башкинов Р.А.[1,2], Мазуров В.И.[1,2], Гайдукова И.З.[1,2], Петрова М.С.[1,2], Инамова О.В.[1,2]

[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить взаимосвязи бессимптомной гипериурикемии (ГУ) и клинико-иммунологических особенностей воспалительных заболеваний суставов (ВЗС).

Материалы и методы. Выполнен анализ клинико-иммунологических особенностей пациентов с псориатическим артритом (ПсА) и спондилоартритами (СпА), включенных в регистр пациентов с ВЗС с января 2000 по апрель 2020 года. Уточняли особенности течения ВЗС у пациентов с наличием и отсутствием ГУ, под которой понимали зафиксированное ≥1 раз повышение уровня мочевой кислоты (МК) сыворотки крови >360 мкмоль/л. Этический комитет одобрил исследование.

Результаты. В исследование было включено 473 пациента (308 мужчин и 165 женщин) с ПсА (n=260) и со СпА (n=213). Средний возраст пациентов 47,4±14,8 г; длительность наблюдения 1,4±3,0 г; длительность ГУ 3,3±3,1 г. У 237 пациентов имела место ГУ. Нормализация МК сыворотки крови в ходе наблюдения отмечена у 47 (19,83%), отсутствие нормализации МК – 147 (62,03%), динамика изменений МК разноречива у 43 (20,14%) пациентов. Выявлены прямые взаимосвязи между уровнем МК и длительностью наблюдения, уровнем глюкозы, креатинином сыворотки крови и обратная взаимосвязь с дозой сульфасалазина (p<0,001 для всех). Пациенты с ГУ имели большую длительность наблюдения по сравнению с лицами без ГУ (2,1±3,6 и 0,6±1,9 года), имели более высокие уровни креатинина (87,2±17,9 и 78,7±12,1 мкмоль/л), глюкозы (6,0±1,7 и 5,4±1,0 ммоль/л), большую частоту артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, ожирения, сахарного диабета 2 типа, неалкогольной жировой болезни печени, хронической болезни почек. Пациенты с ГУ чаще, чем пациенты без ГУ принимали антиагреганты, бета-адреноблокаторы, диуретики и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и меньшую дозу сульфасалазина (p<0,001 для всех). Уратснижающую терапию (УСТ) получали 86 (36,29 %) пациентов с ГУ, эффективность УСТ (нормализация уровня МК) отмечена у 14 (16,28 %) пациентов.

Выводы. Гиперурикемия у пациентов с ВЗС является независимым от системного воспаления фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии, метаболических нарушений и снижения функции почек.

ДЕРМАТОЗЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Хаббус А.Г.[1], Белова Е.А.[1], Ключарева С.В.[1], Чурина М.А.[2], Нечаева О.С.[1], Слободских Е.О.[1], Тихомирова А.Д.[1]

[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина, Санкт-Петербург

В последнее время увеличилась обращаемость к дерматологам пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Особенностью возбудителя COVID-19 является то, что рецепторами для него могут быть белки к ферменту АПФ2 или трансмембранный гликопротеин CD147, которые обнаружены на большом количестве типов клеток и тканей, что может приводить к мультиорганной патологии.

Цель исследования. Описание нозологических форм поражения кожи у пациентов на фоне перенесенной инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 пациентов с перенесенным COVID-19 в анамнезе. С целью лечения коронавирусной инфекции 10 пациентам потребовалась госпитализация в стационар, 25 пациентов находились на лечение в домашних условиях. Поражения кожи и ее придатков после перенесенной новой коронавирусной инфекции возникали в течение от 5 дней до 1 месяца.

Среди дерматозов, выявленных нами у пациентов в постковидном периоде, фигурировали многоформная экссудативная эритема – 7, розовый лишай Жибера – 8, красный плоский лишай – 6,

простой и опоясывающий герпес – 7. Также среди дерматологической патологии встречались такие диагнозы как васкулит (у 2 пациентов), алопеция (у 5 пациентов). Следует отметить, что многоформная экссудативная эритема протекала у 2 больных с вовлечением в процесс кожи и слизистых оболочек с поражением слизистой оболочки полости рта, а у остальных 5 пациентов с поражением только кожи с преимущественной локализаций в области конечностей. Тяжелое течение в виде раздраженного розового лишая Жибера отмечался у 4 пациентов. Красный плоский лишай с изолированным поражением кожи встречался у 3 пациентов, с поражением кожи и слизистых оболочек – у 2 пациентов, изменение кожи волосистой части головы и нерубцовым поредением волос аксиллярных впадин (синдром Пикарди-Литтла-Лассюэра) – у 1 пациента. Среди герпесвирусных заболеваний кожи были выявлены 3 случая простого герпеса и 3 случая опоясывающего герпеса с выраженным болевым синдромом. Проявления васкулита кожи затрагивали преимущественно нижние конечности в области голеней и сопровождались появлением геморрагических высыпаний петехиально-пурпурозного характера. Диагноз васкулита был подтвержден патоморфологическим исследованием. Поредение волос по типу диффузной телогеновой алопеции («волосопад») с истончением волос диагностировалось у 4 пациентов, ограниченная (гнездная) алопеция была у 1 больного.

Результаты и обсуждения. На основании обследованных 35 пациентов новая коронавирусная инфекция выступает преимущественно в роли инфекционно-аллергической причины таких кожных заболеваний как красный плоский лишай, многоформная экссудативная эритема, розовый лишай Жибера, васкулиты кожи. Кроме того, нарушается функционирование микроциркуляторного русла, что способствует телогеновой алопеции. Также необходимо отметить, что у многих пациентов были отмечены жалобы на черезмерную сухость кожи, что проявлялось выраженным ксерозом.

Выводы. 1. В течение последнего года увеличилось количество больных с дерматологической патологией, обусловленной перенесенным COVID-19. 2. Особые трудности в постановке правильного дерматологического диагноза возникают среди врачей различных специальностей в виду малоизученности и большого разнообразия нозологических проявлений кожной патологии у пациентов, перенесших COVID-19. 3. Необходим тщательный опрос и осмотр пациентов с COVID-19 с целью своевременной постановки дерматологического диагноза для назначения адекватной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Хаббус А.Г.[1], Белова Е.А.[1], Слободских Е.О.[1], Лакеенков Н.М.[1], Заводько Е.А.[1], Чурина М.А.[2]
[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина,
Санкт-Петербург

В связи с продолжающейся пандемией в клинической картине COVID-19 появляются новые симптомы поражения различных органов и систем, в том числе и кожных покровов. В настоящее время известно, что при инфицировании COVID-19 происходят значительные нарушения в работе иммунной системы, такие как уменьшение относительного и абсолютного числа лимфоцитов и существенное снижение соотношения CD4+/CD8+, что является наиболее вероятным предрасполагающим фактором потери резистентности организма к различным заболеваниям, в том числе и к вирусу Varicella Zoster. Также некоторые пациенты получают в качестве лечения препараты, которые ухудшают состояние иммунитета, например, ГКС, антагонисты рецепторов IL-6, ингибиторы JAK-киназ.

Цель исследования. Описать особенности течения и диагностики опоясывающего герпеса на фоне перенесенной инфекции COVID-19.

Материалы и методы. К нам на консультацию обратились два пациента с похожими жалобами на болезненные высыпания в области туловища.

Пациентка К., 43 лет, предъявляла жалобы на высыпания в области грудной клетки слева, сопровождающиеся выраженной болезненностью. Из анамнеза известно, что 5 недель назад перенесла пневмонию, вызванную COVID-19, легкой степени тяжести. Около 3 недель назад отмечала появление болевых ощущений в области левого плеча, левой лопатки левой половины груди, усиление болевого синдрома возникает после физической нагрузки. В связи с этим обратилась к терапевту, были проведены методы лабораторной и инструментальной диагностики. Патологии со стороны легких и сердца не выявил, в связи с этим отправил пациентку на консультацию к неврологу, который порекомендовал проведение сеансов мануальной терапии. После второго сеанса пациентка стала отмечать выраженную болезненность в левой половине груди,

а затем стали появляться высыпания на коже. В связи с эти обратилась к дерматологу. При осмотре процесс носит унилатеральный воспалительный характер с локализацией в области левого половине спины и груди в области дерматомов Th4 - Th6. Высыпания представлены очагами гиперемии и выраженным отеком, на фоне которых имеются множественные сгруппированные везикулы и единичные пузыри.

Пациент М, 37 лет, около 2 месяцев назад проходил терапию в стационаре по поводу COVID-19 средней степени тяжести, где получал различные препараты, а также дексаметазон. Спустя 2,5 недели после выздоровления отмечает появление высыпаний, сопровождающихся выраженной болезненностью. При осмотре высыпные элементы носят правосторонний характер на коже поясничной области и нижней части живота, представлены отечной яркой эритемой с четкими границами, а также пузырьками и единичными буллезными высыпаниями с серозным содержимым. Результаты: Пациентам был назначен в качестве этиотропной терапии препарат «Валцикон» 500 мг по 2 таблетки 3 раза в день в течение недели, Диклофенак в/м 3мл в течение 7 дней для купирования болевого синдрома. Наружная терапия включала в себя фукорцин, ацикловир в виде мази. В результате лечения пациенты отмечают значительное уменьшение болевого синдрома и разрешение кожного процесса.

Выводы. Лица, которые имеют в анамнезе случай перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19, в особенности принимавшие иммуносупрессивные препараты, стоит относить к группе высокого риска возникновения опоясывающего герпеса.

Течение опоясывающего герпеса характеризуется выраженным болевым синдромом и наличием не только везикулезных, но и буллезных высыпаний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФРАКЦИОННОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА В ТЕРАПИИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

Харчилава М.Г., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э., Григорьев К.С., Карпов В.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Кольцевидная гранулема (КГ) – доброкачественное гранулематозное заболевание кожи неинфекционной природы, которое клинически характеризуется появлением на коже пятен, папул или узлов.В настоящее время нет эффективных методов лечения кольцевидной гранулемы. Локальное применение топических глюкокортикостероидов и внутрикожное введение дает кратковременный и недостаточный эффект. Метод не может применяться при обширных и распространенных высыпаниях. Фракционный фототермолиз – физический метод неабляционного воздействия на ткани эрбиевым лазером путем их локального нагрева световой энергией на отдельных участках кожи.

Цель работы. Исследовать эффективность метода фракционного фототермолиза в терапии больных кольцевидной гранулемой.

Материалы и методы. Обследована группа больных (25 женщин (62,5%) и 15 мужчин (37,5%) в возрасте от 19 до 71 лет (медиана 38,33 лет). Длительность заболевания составила от 2 до 16 лет (медиана 10,5 лет). У всех пациентов было получено информированное согласие на проведение обследования и лечения.

Фракционный фототермолиз проводили эрбиевым лазером (манипула FS01, длина волны 2940 нм, мощность – 2,59 дж/см^2 (max флюенс), режим SP, TURBO 5-10, YAG Fotona, частота 2 Гц, диаметр луча 7 мм) 2 раза в неделю, курс лечения включал 6-8 процедур в зависимости от клинического результата.

Для объективной оценки степени тяжести заболевания и эффективности проводимой терапии у всех пациентов использовали индекс GASI (индекс оценки тяжести КГ), при подсчете которого оценивались: площадь высыпаний, цвет и первичные морфологические элементы кожной сыпи. Исходное значение медианы индекса GASI составило 30,7.

Результаты. В ходе оценки эффективности лечения были получены следующие результаты: у 27 (67.5%) пациентов был достигнут отличный результат – высыпания разрешились полностью. У 7 (17.5%) пациентов – хороший результат – достигнуто уплощение папул и частичное разрешение элементов. У 4 (10%) – удовлетворительный результат – достигнуто уплощение папул и частичное разрешение элементов. У 1 (2.5%) – без эффекта – отсутствие динамики.

Выводы. Проведенное исследование показало высокую эффективность фракционного фототермолиза в лечении больных кольцевидной гранулемой. Данный метод может быть рекомендован для лечения распространенных форм кольцевидной гранулемы.

ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ COVID-19

Хидоятова М.Р.[1], Иноятова Ф.Х.[2], Хамраева Г.Ш.[1], Музапаров У.Р.[3], Абдумаликова Ф.Б.[2]
[1]Центр развития профессиональной подготовки медицинских работников,
[2]Ташкентская медицинская академия,
[3]ЧК «Сихат куз»,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучить показатели гемостаза в зависимости от степени поражения легких у больных с артериальной гипертензией (АГ) и/или ишемической болезнью сердца (ИБС) при коронавирусной инфекции (COVID-19) и определить факторы риска способствующие гиперкоагуляции.

Материалы и методы. Обследовано 63 пациента с коронавирусной инфекцией в возрасте 49-75 лет и с ИБС (ESC, 2013) и/или АГ (ESC, 2018), с доказанной компьютерной томографией (КТ) COVID-19 ассоциированной пневмонией и положительным результатом теста на COVID-19 основанного на методе полимеразной цепной реакции (ПЦР) на догоспитальном этапе. Все пациенты были обследованы в соответствии с возможностями диагностики в условиях пандемии и массового поступления: 3-х кратное суточное измерение АД, оценка насыщения крови кислородом (SpO2), расчет индекса массы тела (ИМТ). Изучались следующие показатели гемостаза: ПТИ (протромбиновый индекс), АЧТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время), международное нормализованное отношение (МНО), фибриноген (ФГ), протромбиновое время (ПТВ), количество тромбоцитов (PLT). На основании данных КТ (степень поражения легких) больные были разделены на 3 группы: 1 группа – больные с картиной КТ-1 и КТ-2; 2 группа – больные с картиной КТ-3 (50-75% объема легких) и 3 группа – больные с картиной КТ-4 (поражено больше 75% объема легких). Проводили анализ длительности пребывания пациентов в условиях стационара. Показаниями к выписке из стационара были (в течении трех последних дней): удовлетворительное состояние больного, температура без жаропонижающих <37ºС; отсутствие признаков дыхательной недостаточности (одышка, цианоз и т.д.); SpO2>94% (самостоятельное дыхание).

Результаты. Группы пациентов не различались по возрасту, хотя имела место тенденция к его более высокому среднему уровню в группе больных с более выраженным поражением легочной ткани (КТ-4). Сравнение групп пациентов с различной степенью поражения легочной ткани показало, что количество PLT достоверно различалось только в группах 1 и 3 ($p<0,01$), хотя данный показатель во всех группах был в пределах референс интервала. При корреляционном анализе были отмечены следующие закономерности. С тяжестью поражения легких коррелировали: уровень фибриногена ($r=0,234$; $p<0,05$), PLT ($r=-0,171$; $p<0,05$) и возраст пациентов ($r=0,246$; $p<0,05$). Уровень фибриногена и возраст пациентов имели слабую прямую, PLT – слабую отрицательную связь. Несмотря на то, что показатель PLT был связан со степенью поражения легких слабо и низким уровнем достоверности, с уровнем индекса массы тела этот параметр коррелировал сильнее ($\rho=-0,346$; $p<0,05$).

У 85% больных отмечено укорочение АЧТВ, в пределах 17-20 с, при норме 21-35 с. Но не было получено значимой корреляционной связи между объемом поражения легких и укорочением АЧТВ. Более детальный анализ выявил укорочение АЧТВ у всех больных с ИМТ>30 кг/м^2, вне зависимости от объема поражения тканей легких. Объем поражения легких слабо коррелировал с увеличением ПТИ у больных 3 группы (КТ-4), большая положительная связь отмечалась у больных старше 65 лет.

Выводы. Дополнительным фактором риска тромбообразования при COVID-19, является возраст больных и ИМТ. У лиц старческого возраста и с ИМТ>30 кг/м^2 отмечается гиперкоагуляция, что возможно является причиной частых сердечно-сосудистых катастроф именно у данной категории лиц вне зависимости от объема поражения легочной ткани.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ, ИММУНОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМПОЗИЦИИ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА КУРКУМЫ ДЛИННОЙ (CURCUMA LONGA) И МЕТИОНИНА: ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Хисамова А.А., Гизингер О.А.
Российский университет дружбы народов,
Москва

Выявление и регуляция оксидативного стресса в организме важно на ранних проявлениях различных заболеваний, для оценки степени тяжести патологического процесса и контроля эффективности профилактических и лечебно-реабилитационных ме-

роприятий, в том числе в условиях снижения адаптационного потенциала в период пандемии COVID 19.

Одним из приоритетов на этапе реабилитации является создание лекарственных средств, способных ликвидировать последствия оксидативного стресса.

Цель исследования. Проведение фармацевтических и иммунологических методов исследования фармацевтической композиции на основе экстракта куркумы длинной (Curcuma longa) и метионина.

Материалы и методы. Для подтверждения антиоксидантной активности композиции были исследованы состояние потенциала полуволны ионов, входящих в состав экстракта куркумы и метионина полярографическим методом.

Результаты и обсуждение. Результаты анализа показали, что антиоксидантная активность композиции достоверно выше [-1,84±0,013], чем антиоксидантная активность каждого из компонентов смеси в отдельности – метионин [-1,79±0,011], экстракт куркумы [-1,81±0,012].

Все объекты исследования отличаются антиоксидантной активностью, поскольку величина их Ер находится в пределах [-1,78, -1,85] В, что и доказывает антиоксидантную активность. В случае экспериментальной композиции на основе метионина и экстракта куркумы показатели составляют -1,84±0,013 В.

Результаты биохимических исследований показали, что композиция на основе метионина и экстракта куркумы повышает антиоксидантную активность ферментов в сыворотке крови здоровых доноров in vitro, что выражается в повышении активности ферментов супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы.

Выводы. Сочетание компонентов (метионина и экстракта куркумы) демонстрирует выраженные антиоксидантные свойства, чем вещества в отдельности. Поэтому можно полагать, что антиоксидантные свойства повышаются за счет синергизма куркумина и метионина, при этом не прослеживается прооксидантный эффект как модельной смеси, так и отдельных составляющих этой смеси.

МИКРОБИОМ, ПИТАНИЕ И COVID-19

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

Наш организм представляет собой сложно организованную биологическую систему, представленную как клетками самого человека, так и множества микроорганизмов, населяющих желудочно-кишечный тракт, бронхолегочную систему, кожу и различные слизистые оболочки.

Коллективный геном человека и его микробиоты (метагеном) составляют 23 тыс. генов человеческих клеток и 4,4 млн. генов микроорганизмов (в том числе бактерий и вирусов), т.е. более 90% этого коллективного генома представлено микроорганизмами. Микробиота человека включает более 100 млрд. бактерий и квадриллион вирусов, что в 10-100 раз превышает количество клеток самого организма. На формирование характерного для данного человека микробиома оказывают влияние генетика, экология, питание, стрессы, прием медикаментов, особенно антибиотиков и т.д. Однако питание оказывает определяющую роль на видовой (качественный) и количественный состав кишечной микробиоты. Так, при употреблении большого количества белков в организме человека увеличивается содержание бифидобактерий, лактобацилл и бактероидов. При потреблении преимущественно углеводов в кишечнике увеличивается количество клостридий и руминококков, а популяции бактериодов, бифидо- и энтеробактерий – уменьшаются.

Кишечная микробиота регулирует различные функции нашего организма – от аппетита и настроения до иммунитета и защиты от патогенов. Не случайно до 70-80% иммунокомпетентных клеток также локализованы в области пищеварительной системы – Пейеровых бляшках подвздошной кишки, лимфоидных фолликулах толстой кишки, многочисленных лимфоузлах, аппендиксе. Антигены вирусов и бактерий, взаимодействуя с антиген-презентирующими клетками (в кишечнике – это дендритные клетки) приводят к стимуляции Т-лимфоцитов хелперов, а также цитотоксических лимфоцитов, Т-клеток памяти, В-лимфоцитов, переводя их в плазмоциты, вырабатывающие антитела к возбудителю. Таким образом, формируется и клеточный, и гуморальный иммунный ответ. Многие вакцины работают на уровне кишечника человека, в частности, вакцины против полиомиелита и ротавируса. Именно вводимая в желудочно-кишечный тракт человека живая полиомиелитная вакцина Сэйбина-Смородинцева-Чумакова привела к формированию быстрого иммунного ответа и ликвидации распространения этой опасной инфекции.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 попадает в организм не только через верхние дыхательные пути, но и через желудочно-кишечный тракт. Более чем у 50% заболевших определяются гастроинтестинальные симптомы. Установлено, что вирус SARS-CoV-2 теряет свою инфекционность в желудочной жидкости с низким pH через 10 минут,

однако этот вирус сохраняется в тонкой кишке и реплицируется в человеческих энтероцитах тонкой кишки, но затем быстро инактивируется в просвете толстой кишки ее микробиотой. В кале живого вируса нет, но есть только части его РНК, поэтому фекально-оральный путь передачи этой инфекции невозможен.

Принимая во внимание тот факт, что вирус SARS-CoV-2 проникает в клетку не только через рецептор к ангиотензин-превращающему ферменту, но и через рецепторы TMPRSS2 и TMPRSS4 (трансмембранные сериновые протеазы), локализованные в кишечнике, можно предложить пероральную кишечную вакцину для формирования адекватного иммунного ответа на данный тип коронавируса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ФАРМАКО-ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Худайбергенов Н.Ю., Киличев И.А., Адамбаев З.И., Султанова Д.О.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность транслингвальной нейростимуляции (ТЛНС) в сочетании с метаболической терапией у больных с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде.

Материалы и методы. Обследованы 34 больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта [16 (47%) мужчины и 18 (53%) женщин]. Возраст исследованных больных колебался от 48 до 70 лет. Все они проходили курс лечения в неврологическом отделении Хорезмского Областного Многопрофильного Медицинского Центра.

Клинико-неврологическое обследование было проведено у всех больных с ишемическим инсультом. При поступлении в клинику у всех больных в неврологической картине определялись выраженные и умеренные двигательные нарушения, которые характеризовались гемипарезами, со значительным снижением мышечной силы, умеренным повышением тонуса и снижением поверхностной и глубокой чувствительности. В зависимости от терапии больные были разделены на группы: 1-ю составили 17 пациента, получавших стандартную терапию ИИ; 2-ю – 17, получавших стандартную терапию ИИ и ТЛНС. ТЛНС проводили аппаратом ДЭНАС в частотном диапазоне от 6,3 до 7,7 Гц, с экспозицией 20 минут на сеанс, на курс – 10-12 сеансов. Неврологическую симптоматику клинически оценивали в баллах по шкале Оргогозо и оригинальной шкале Гусева - Скворцовой до и после лечения, результаты сравнивали по приросту суммарного ишемического балла (СИБ).

Результаты и обсуждение. Во время ежедневной оценки неврологического статуса отмечались субъективные и объективные различия в общем состоянии, неврологическом статусе и состоянии когнитивных функций.

По Скандинавской шкале тяжесть состояния в 1-й группе составляла 41,6 балла, во 2-й – 41,5. По шкале J.M.Orgogozo тяжесть состояния в 1-й группе соответствовала 70,8 балла, во 2-й – 70,5. По оригинальной шкале тяжесть состояния в 1-й группе составляла 41 балла, во 2-й – 41,2. Уровень когнитивных функций по тесту MMSE составил в 1-й группе – 24,1, во 2-й – 24,1.

В раннем восстановительном периоде после курса лечения была отмечена положительная динамика в показателях клинико-неврологического статуса. Через 10 суток от начала пребывания пациентов в неврологическом отделении тяжесть составляла по Скандинавской шкале в 1-й группе 52,6 балла, во 2-й – 53,7; по шкале J.M.Orgogozo – соответственно 84,2 и 91,1; по оригинальной шкале – 44,2 и 47,1; уровень высших корковых функций по тесту MMSE – 26,1, 28,2 балла. Таким образом, во 2-ой группе пациентов, получавших стандартную терапию ИИ и ТЛНС, наблюдалось более значимое восстановление нарушенных функций.

Механизм терапевтического эффекта при ТЛНС можно определить следующим образом. При стимуляции языка, опосредованно через корешки 5, 7, 9 и 10 черепно-мозговых нервов, происходит стимуляция ствола мозга, ретикулярной формации, которые в свою очередь влияют на кору, спинной мозг и вегетативные центры.

Выводы. Результаты наших исследований свидетельствуют, что сочетание метаболической терапии с транслингвальной нейростимуляцией оказывает позитивную динамику объективных неврологических показателей у больных в раннем восстановительном периоде инсульта, которая показала достоверное уменьшение степени пареза, постепенный регресс чувствительных и координаторных нарушений независимо от исходной тяжести состояния.

СТРУКТУРА ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Худайбергенов Н.Ю., Киличев И.А., Адамбаев З.И., Ибрагимова Ю.Д., Бобожанов У.А.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить структуру этиологических заболеваний и эпилептических приступов у детей с симптоматической эпилепсией.

Материал и методы. В исследовании участвовало 72 больных (32 девочек, 40 мальчиков) с симптоматической эпилепсией, получавших лечение неврологическом отделении Хорезмской областной детской больнице Средний возраст больных детей составил 8,2±0,5 лет. В процессе анализа результатов исследования выявляли этиологические заболеваний, приведшие к симптоматической эпилепсии и определяли вид эпилептического приступа.

Результаты и обсуждение. Анализ данных 72 больных с симптоматической эпилепсией показал, что этиологией эпилептических приступов послужили перенесенные инфекционные заболевания нервной системы у 25 (34,7%) больных. Первичные нейроинфекции послужили причиной в 11 (15,3%) случаях, вторичные энцефалиты в 14 (19,4%) случаях. Последствия перинатальных поражений нервной системы явились этиологией заболевания в 14 (19,4%) случаях, при этом последствия гипоксико-ишемических поражений отмечались у 3 (4,2%) пациентов, последствия билирубиновой энцефалопатии в 4 (5,6%) случаях, натальные травмы головного мозга в 2 (2,8%) случаях и диагноз ДЦП выставлен в 5 (6,9%) случаях. Черепно-мозговые травмы средней и тяжелой степени были причиной в 10 (13,9%) случаях наблюдений, из них у 6 (8,3%) пациентов было диагностировано сдавление головного мозга, у 4 (5,6%) пациентов ушибы головного мозга. Симптоматическая эпилепсия в результате аномалии развития головного мозга отмечались в 5 (6,9%) случаях, где превалировали микроцефалия 3 (4,2%) и гипогенезия мозолистого тела 2 (2,8%). У 1 (1,4%) пациентов с опухолями мозжечка и 1 (1,4%) пациента с опухолью больших полушарий головного мозга, у 1 (1,4%) пациентов с последствиями ОНМК по геморрагическому типу и 1 (1,4%) пациента с туберозным склерозом развились эпилептические припадки. В 14 (19,4%) случаях этиология эпилепсии была неизвестной по причине того, что в анамнезе было несколько факторов риска развития заболевания, но преобладающей этиологии и грубых изменений на МРТ головного мозга и наличие рассеянной очаговой микросимптоматики, указывающих на какую либо конкретную патологию не выявлено.

Анализ типов эпилептических припадков пациентов показал, что, не смотря на то, что у больных были симптоматическая эпилепсия, преобладали генерализованные клонико-тонические приступы у 54 (75%) пациентов и лишь у 18 (25%) выявлялись парциальные припадки.

Вывод. У детей с симптоматической эпилепсией среди этиологических заболеваний были выявлены перенесенные инфекционные заболевания нервной системы у 25 (34,7%) больных, последствия перинатальных поражений нервной системы у 14 (19,4%), черепно-мозговые травмы у 10 (13,9%), аномалии развития головного мозга у 5 (6,9%), опухолями головного мозга у 2 (2,8%), последствиями ОНМК по геморрагическому типу у 1 (1,4%), туберозный склероз у 1 (1,4%) и в 14 (19,4%) случаях этиология эпилепсии была неизвестной. У детей с симптоматической эпилепсией преобладали генерализованные клонико-тонические приступы у 54 (75%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Худойбергенов Н.Ю., Адамбаев З.И., Султанова Д.О.
Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность реабилитационных мероприятий у больных с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде.

Материалы и методы. Обследованы 45 больных в раннем восстановительном периоде (2-4 месяца после инсульта) ишемического инсульта [19 (42,2%) мужчины и 26 (57,8%) женщин]. Возраст исследованных больных колебался от 45 до 72 лет. Все они проходили курс лечения в неврологическом отделении Хорезмского Областного Многопрофильного Медицинского Центра.

Клинико-неврологическое обследование было проведено у всех больных с ишемическим инсуль-

том. В группе контроля – 20 пациентов в острый период выполняли лечение положением, ЛФК по 15 минут 2 раза в день, массаж конечностей по 20 минут. В основной группе – 25 больных, помимо ЛФК, массажа и лечения положением, проводили нейромышечная стимуляция дистальных отделов паретичной ноги, циклическая тренировка на тренажере «МОТО-МЕД». При отсутствии склонности к тромбообразованию на ногах и стабильности основных физиологических показателей к реабилитации добавлялись: присаживание с опущенными ногами. Эффективность реабилитационных мероприятий проводилось с использованием индекса ходьбы Хаузера (оценивали по ходьбе и времени прохождения тестового расстояния (8 метров)).

Результаты и обсуждение. При поступлении в клинику у всех больных в неврологической картине определялись выраженные и умеренные двигательные нарушения, которые характеризовались гемипарезами, со значительным снижением мышечной силы, умеренным повышением тонуса и снижением поверхностной и глубокой чувствительности.

Все больные ходили самостоятельно без внешней поддержки, при этом 16 больных (35,5%) пользовались опорной тростью. До проведения реабилитационных мероприятий ходьба у больных была медленной и скорость ходьбы в группах составляла в среднем 0,72 м/с в основной группе и 0,73 м/с в контрольной.

При повторном обследовании на 14-й день после реабилитационных мероприятий регистрировалось улучшение показателей скорости ходьбы в обеих группах. Однако, в основной группе он составлял 0,91 м/с, а в контрольной – 0,83 м/с.

Таким образом, у больных с ишемическим инсультом в ранний восстановительный период в основной группе пациентов, получавших помимо ЛФК, массажа и лечения положением, нейромышечную стимуляцию дистальных отделов паретичной ноги, циклическую тренировку на тренажере «МОТО-МЕД» и присаживание с опущенными ногами, наблюдалось более значимое восстановление нарушенных функций ходьбы.

Выводы. Результаты наших исследований свидетельствуют, что у больных с ишемическим инсультом с нарушением ходьбы в раннем восстановительном периоде использование реабилитационных мероприятий таких как ЛФК, массаж, лечения положением, нейромышечная стимуляция дистальных отделов паретичных конечностей, циклическая тренировка на тренажере «МОТО-МЕД» и присаживание с опущенными ногами оказывает позитивную динамику объективных неврологических показателей с улучшением функции ходьбы.

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ФЕНОТИПОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Цапкова В.А., Давыдов С.И., Толмачева С.В.
Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель исследования. Провести клинический анализ частоты развития фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в зависимости от фенотипов ГЭРБ.

Материалы и методы. В исследование включено 97 пациентов, находившихся на стационарном лечении и обследовании в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СМП №7 г. Волгограда по поводу ГЭРБ. Доля мужчин среди них составила 53% (51 человек), женщин – 47% (46 человек), средний возраст исследуемых– 49,8±19.6 лет, в диапазоне от 19 до 83 лет. На основании анамнеза, клинической картины заболевания и результатов общепринятого обследования верифицировали диагноз ГЭРБ, а также наличие и форму ФП. Пациентам, имеющим хоть один из симптомов ГЭРБ (изжога, регургитация, дисфагия), было предложено заполнить международный стандартизованный опросник GerdQ, включающий вопросы об их самочувствии за последние 7 дней. Анализ результатов анкеты проводился по сумме баллов: каждый из 6 пунктов шкалы оценивался от 0 до 3 баллов, максимально сумма баллов по шкале GerdQ составляет 18. Диагноз «ГЭРБ» устанавливался при общей сумме балов ≥8 [1, 2, 3]. Если по результатам опросника набиралось более 8 баллов, то пациенту выполняли ЭГДС.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов отделения гастроэнтерологии ГЭРБ с эзофагитом диагностирована у 81 пациента (84,1%), при этом катаральная форма наблюдалась в 41,8% случаев; эрозивная – в 28,4% случаев. ГЭРБ без эзофагита обнаружена у 16 человек, что составило 15.9%. Осложненная форма ГЭРБ наблюдалась в 14,9% случаев. Осложнения ГЭРБ были представлены пищеводом Барретта – 10,1% и язвой пищевода – 3,8% случаев. В общей группе пациентов с верифицированным ранее диагнозом ГЭРБ у 11 пациентов (12,4%) по данным анамнеза, медицинской документации и текущего обследования была диагностирована неклапанная ФП. Среди форм неклапанной ФП преобладала пароксизмальная ФП – у 6,2% пациентов с ГЭРБ, персистирующая ФП диагностирована в 2,1% случаев, а перманентная – в 4,1% случаев. При

катаральном эзофагите с одинаковой частотой встречались все формы ФП, причем, пароксизмальная форма в среднем регистрировалась 0,8±0,75 раз в год. При эрозивном эзофагите пароксизмальная форма ФП встречалась в 3 раза чаще, чем персистирующая и перманентная, при этом частота пароксизмов достигала 2,8±0,64 раз в год. При осложненной форме ГЭРБ (пищевод Барретта и язва пищевода) персистирующая форма фибрилляций встречалась в 2 раза чаще чем пароксизмальная. В случаях ГЭБР без эзофагита нарушения ритма сердца не выявлялись.

При определении корреляционной зависимости между фенотипами ГЭРБ и формами фибрилляций предсердий, а также рецидивами пароксизмов ФП была выявлена линейная корреляционная зависимость по шкале Чеддока с коэффициентом корреляции +0,41, что говорит о связи средней силы.

Выводы. В группе пациентов с ГЭРБ в 12,4% случаев имела место ФП. Наиболее частой формой ФП у лиц с ГЭРБ был пароксизмальная. Перманентная форма ФП встречалась в 1,5 раза реже, а персистирующая почти в 3 раза реже пароксизмальной ФП. Установлена достоверная зависимость умеренной силы между клиническими фенотипами ГЭРБ и наличием рецидивов ФП.

НЕИНВАЗИВНЫЙ МОНИТОРИНГ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Царев О.А., Прокин Ф.Г., Царева Ю.О., Вялова М.О., Царев Е.Ю.
Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, г. Саратов

Введение. Атеросклероз и артериальная гипертония являются основными причинами смертности населения экономически развитых стран. Наиболее эффективной и экономически выгодной является первичная профилактика заболеваний сердца и сосудов, включающая борьбу с основными факторами риска, а также раннее выявление лиц из групп высокого кардиоваскулярного риска.

Цель исследования. Разработать автоматизированную систему для неинвазивного мониторинга кардиоваскулярного риска.

Материалы и методы. Проведены теоретические, экспериментальные и клинические исследования закономерностей распространения пульсовой волны магистральных артерий, изучены их взаимосвязи с ключевыми факторами кардиоваскулярного риска.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований разработана автоматизированная система, основанная на фундаментальных исследованиях закономерностей распространения пульсовой волны магистральных артерий, артериальной ригидности, неинвазивного мониторинга вязкости крови и гематокрита, в сочетании с контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Автоматизированная система представлена двумя датчиками пульсовой волны, двумя пневматическими манжетами, осциллометрическим тонометром, 8-разрядным RISC микроконтроллером, оснащенным 2-строчном 16-сегментном LCD-дисплеем.

Датчики пульсовой волны фиксируют пневматическими манжетами в проекции лучевой и плечевой артерии. Датчики регистрируют и передают на микроконтроллер сигналы, характеризующие пульсовую волну.

Для неинвазивной оценки степени кардиоваскулярного риска в автоматизированной системе используются данные о систолическом, диастолическом и пульсовом артериальном давлении пациента, учитывается частота сердечных сокращений, наличие аритмии, скорость распространения пульсовой волны, вязкость крови и гематокрит.

Расчет вязкости крови и гематокрита, оценку эластических свойств магистральных артерий и в целом степень кардиоваскулярного риска проводят с использованием оригинальной программы «Пульс» версия 2,0 написанной в среде Visual FoxPro 8.0.

Автоматизированная система позволяет прогнозировать риск развития атеросклероза и артериальной гипертонии, выявлять атеросклероз на ранних доклинических стадиях (эндотелиальная дисфункция), а также контролировать клиническое течение атеросклеротического процесса для своевременного профилактического лечения.

Вывод. Клиническое применение разработанной системы существенно расширяет возможности самоконтроля, открывает перспективы для неинвазивного своевременного выделения диспансерных групп при первичных обращениях в поликлинику и стационар, а также скорую медицинскую помощь.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Черник Т.А., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е., Токмачев Е.В., Механтьева Л.Е., Шкатова Я.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Анемия – клинико-гематологический синдром, который также является фактором риска неблагопри-

ятного исхода многих хронических соматических заболеваний. Существенные различия в числе выявленных больных разного возраста с анемией на уровне медицинской организации в разные годы привлекли наше внимание к вопросу, насколько часто имеющийся анемический синдром выносится в заключительный диагноз и соответственно учитывается в структуре заболеваемости.

Цель. Оценить эффективность амбулаторно-поликлинической помощи больным железодефицитной анемией (ЖДА) с использованием компьютерного регистра.

Материалы и методы. В исследование было включено 1498 пациентов (мужчин – 491; женщин – 1007) в возрасте от 18 до 80 лет, находившихся на диспансерном наблюдении у врачей общей практики (ВОП). В регистр компьютерной программы были внесены данные больных с анемией (в соответствии с критериями ВОЗ уровень Hb <130 у мужчин и <120 г/л у женщин) – 83 мужчины и 417 женщин и без анемического синдрома – 408 мужчин и 590 женщин. Для систематизации и анализа данных была разработана компьютерная программа «Система мониторинга пациентов с анемическим синдромом» с использованием среды программирования CodeGear Delphi. Также мы использовали шкалу «Анемия», входящую в стандартный опросник FACT-An (Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia scale) для оценки качества жизни пациентов.

Результаты и обсуждения. Анализ амбулаторных карт выявил, что у каждого третьего пациента, обратившегося за амбулаторной помощью, имеется анемический синдром разной степени тяжести. На основании анализа данных регистра больных компьютерной программы «Система мониторинга пациентов с анемическим синдромом» выявлены категории пациентов (по классам МКБ-10) с преобладанием анемического синдрома: II Новообразования (C00-D48); VI Болезни нервной системы (G00-G99); XIV Болезни мочеполовой системы (N00-N99). Анемический синдром был вынесен качестве основного диагноза в 74 случаях (14,8%), сопутствующего – 30 (6%), фонового – в 104 (20,8%), при этом не диагностированными врачами первичного звена здравоохранения были 292 (58,4%) случая анемического синдрома. Пациентам с гипохромной анемией исследование сывороточного железа было назначено только в 82 случаях (59,85%), при этом минимальная частота назначений установлена при болезнях органов пищеварения (XI класс) и болезнях эндокринной системы (IV класс), максимальная – при новообразованиях (II класс) и болезнях мочеполовой системы (XIV класс). Терапия препаратами железа больным ЖДА была назначена в 153 случаях (30,6%), что свидетельствует о низкой информированности ВОП о современных подходах к коррекции ЖДА у больных с хронической соматической патологией.

Выводы. Полученные данные указывают на гиподиагностику анемического синдрома и необходимости направления усилий организаторов здравоохранения на раннее выявление пациентов с анемией, их стратификации по группам риска, поиске хронической патологии, являющейся причиной анемического синдрома и назначение адекватной терапии.

ST2 В КАЧЕСТВЕ БИОМАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Черник Т.А., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е., Токмачев Е.В., Механтьева Л.Е., Шкатова Я.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель. Изучить концентрации в крови супрессора онкогенности (sST2) и оценить корреляционные связи с клинико-инструментальными, эхокардиографическими характеристиками пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с различной фракцией выброса, а также оценить их информативность по сравнению с NT-proBNP.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 пациентов с диагнозом ХСН (86 мужчин и 74 женщин, средний возраст 72,4±8,7 года). ХСН с сохраненной фракцией выброса (сФВ) (ФВ≥50 %) была зафиксирована у 69 человек, ХСН со сниженной фракцией выброса (снФВ) (ФВ<50%) – у 91 человека. Использовались тест 6-минутной ходьбы и эхокардиография. Лабораторные методы включали биохимический и иммуноферментный анализы крови с определением уровней NT-proBNP, sST2.

Результаты и обсуждения. Уровень sST2 был выше у пациентов с ХСНснФВ (37 (21-56) нг/мл), для группы с ХСНсФВ этот показатель равнялся 21 (15-35) нг/мл (p<0,001). Для NT-proBNP: 1804 (608-4908) нг/л и 980 (301-2677) нг/л (p<0,001), соответственно. Уровни sST2 в обеих группах пациентов повышались с увеличением тяжести сердечной недостаточности, оцениваемой по функциональным классам NYHA.

При ХСНсФВ средний показатель индекс объема левого предсердия (ИОЛП) (IQR) составлял 43 (37-53) мл/м^2, а индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) – 115 (95-143) г/м^2. При ХСНснФВ показатель ИОЛП равнялся 48 (40-73) мл/м^2, а ИММЛЖ – 146 (127-184) г/м^2.

Уровни NT-proBNP имели более сильную положительную связь с уровнями sST2 у пациентов с ХСНсФВ (r=0.53, p<0.001), чем у пациентов с

ХСНснФВ (r=0.40, p<0.001). Это согласуется с теорией гетерогенности патологических процессов в миокарде у пациентов с различной сохранностью ФВ.

Наблюдалась слабая корреляция sST2 с функциональным классом ХСН по NYHA в обеих группах, причем сила корреляционной связи росла с увеличением тяжести СН, т.е. с увеличением ФК (II ФК ХСНснФВ: r=0.23, p=0,007, ХСНсФВ: r=0.25, p=0,003; III ФК ХСНснФВ: r=0.25, p=0,004, ХСНсФВ: r=0.27, p<0,001; IV ФК ХСНснФВ: r=0.28, p<0,001, ХСНсФВ: r=0.29, p<0,001, соответственно).

Полученные у пациентов (независимо от сохранности ФВ) 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, соответственно), степень дисфункции которого может быть маркером тяжести течения ХСН.

В исследовании не удалось выявить связи между уровнями sST2 и давлением наполнения ЛЖ, рассчитываемого как отношение пиковых скоростей раннего трансмитрального кровотока и раннего диастолического движения митрального кольца – E/e' (ХСНсФВ r=0.09, p=0.06 и ХСНснФВ r=0.11, p=0.07, соответственно) или ИММЛЖ (ХСНсФВ: r=0.16, p<0.043 и ХСНсФВ:r=0.08, p=0.6, соответственно).

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 пациентов с ХСНснФВ, в свою очередь, уровень sST2 также показал обратную корреляцию с ФВЛЖ (r=-0.63, p<0.001), а также с ДТШХ (r=-0.52, p<0.008).

Выводы. Проведенный анализ уровней sST2 позволяет сделать выводы о перспективности его внедрения в диагностику ХСН и прогнозирование течения, так как он является маркером миокардиального стресса, ремоделирования желудочков и фиброза.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Черников А.Ю.[1], Антонова М.А.[2], Дьяков А.А.[1]
[1]Курский государственный медицинский университет,
[2]Городская больница №4,
г. Курск

Цель. Изучить механизмы формирования множественной (МЛУ) и широкой (ШЛУ) лекарственной устойчивости возбудителя и результативность терапии у пациентов с туберкулезом в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы. Из общего числа взрослых больных с МЛУ или ШЛУ возбудителя выделена основная группа исследования 1 (28 человек с туберкулезом и ХОБЛ) и контрольная группа 2 (28 человек с туберкулезом без признаков ХОБЛ). Клинико-рентгенологические формы туберкулеза: фиброзно-кавернозный – 15 (53,6%) и 14 (50%); диссеминированный – 10 (35,7%) и 11 (39,3%); инфильтративный – 3 (10,7%) и 3 (10,7%). МЛУ возбудителя составила: 1 – 22 (78,6%) и 21 (75%). ШЛУ возбудителя составила: 1 – 6 (21,4%) и 7 (25%). В группе 1 были пациенты с ХОБЛ: с легким течением – 10 (35,7%); со средней степенью тяжести – 13 (46,4%); с тяжелым течением – 5 (17,9%).

Результаты. У пациентов группы 1 чаще отмечалось скудное бацилловыделение (олигобациллярность) по люминисцентной микроскопии: 1 – 16 (57,1±6,8%); 2 – 8 (28,5±6,4%) (p<0,05). Выделение ДНК микобактерий в мокроте методом ПЦР с исследованием устойчивости к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам по генотипу возбудителя было положительным: 1 – 10 (35,7±6,4%); 2 – 24 (85,7±5,9%) (p<0,01). Получение роста микобактерии туберкулеза и определение спектра лекарственной устойчивости на жидких средах MGIT в течение 1 месяца удалось в следующих случаях: МЛУ – 1-18 (64,3±6,4%), 2 – 20 (71,4±6,4%) (p>0,05); ШЛУ – 1-6 (21,4%), 2-7 (25%) (p>0,1). Получение роста микобактерии туберкулеза и определение спектра лекарственной устойчивости на плотных средах – 100%. Первичное МЛУ и ШЛУ установлено в группе 1 – 12 (42,9±6,8%), в группе 2 – 22 (78,6±6,4%). Развитие МЛУ в процессе диспансерного наблюдения после неудачных курсов предшествующего лечения в группе 1 – 16 (57,1±6,8%), в группе 2 – 6 (21,4±6,4%) (p<0,05). Наличие устойчивости к другим химиопрепаратам помимо МЛУ в группе 1 – 21 (75±6,3%), в группе 2 – 13 (46,4±6,8%) (p<0,05). Отсутствие приверженности к противотуберкулезной терапии установлено в группе 1 – 16 (57,1±6,8%), в группе 2 – 6 (21,4±6,4%) (p<0,05). Удовлетворительная переносимость противотуберкулезных препаратов в группе 1 – 18 (64,3±6,4%), в группе 2 – 21(75±6,3%) (p<0,05). Результаты проведенного курса противотуберкулезной химиотерапии в режимах IV-V распределились следующим образом. Прекращение бацилловыделения: 1 – 13 (46,4±6,8%), 2 – 21 (75±6,3%) (p<0,01). Рубцевание полости: 1 – (10,7±5,9%), 2 – 5 (17,9±5,9%) (p>0,05).

Выводы. У пациентов с туберкулезом в сочетании с ХОБЛ в 57,1% случаев отмечалось скудное бацилловыделение, только в 35,7% подтверждалось выделение ДНК микобактерий в мокроте методом ПЦР, в 57,1% выявлялось развитие МЛУ в процессе диспансерного наблюдения после неудачных курсов предше-

ствующего лечения и в 75% констатировалась устойчивость к другим химиопрепаратам кроме изониазида, рифампицина и фторхинолонов. Также в этой группе в 57,1% случаев отсутствовала приверженность к противотуберкулезной терапии, только в 64,3% установлена удовлетворительная переносимость противотуберкулезных препаратов, лишь в 46,4% прекратилось бацилловыделение в результате проведенного курса противотуберкулезной химиотерапии в режимах IV-V.

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА КРАТКОСРОЧНУЮ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Чеснокова И.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Популяционные исследования показывают, что величина суточной вариабельности артериального давления (АД) является независимым негативным прогностическим фактором, ассоциированным с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В тоже время показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС) и другие, связанные с ним параметры, могут являться индикаторами преобладающей активности симпатической нервной системы (СНС). Целью данного исследования явилось изучить параметры вегетативного статуса (ВС) пациентов с АГ и сопоставить их с результатами суточного мониторирования АД (СМАД).

Материал и методы. Обследовано 112 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет, имеющих I-III степень АГ. Верификация диагноза осуществлялась в соответствии с рекомендациями экспертов РКО, утвержденными МЗ РФ (2020). Наряду с традиционными методами обследования (клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ или ЭхоКГ, УЗИ почек, почечных артерий и других периферических сосудов) пациентам проводилось СМАД и оценка состояния СНС по разработанной нами (в соавторстве с Черновым Ю.Н.) комплексной системе оценки вегетативного статуса. По результатам однократного СМАД была проведена оценка вариабельности систолического, диастолического, пульсового АД и ЧСС, определены суточный индекс (СИ) и типы суточных кривых.

Результаты и обсуждение. Повышенный тонус СНС выявлен у 62 человек (58% обследованных), причем среди пациентов с I степенью АГ (37 чел.) гиперсимпатикотония отмечалась у 82% обследованных. По типам суточных кривых в обследуемом контингенте преобладали нон-дипперы (49 чел.) и дипперы (52 чел.). Овер-дипперами являлись 7 пациентов, при этом все они были симпатотониками. Найт-пикеры присутствовали в количестве 4 чел., трое из которых имели преобладающий симпатический тонус. При сопоставлении типов суточных кривых и преобладающего тонуса СНС установлено, что в процентном соотношении среди пациентов с повышенным симпатическим тонусом преобладали нон-дипперы (42%). При этом группа пациентов-симпатотоников являлась не однородной по показателям вариабельности ЧСС и АД. Динамика указанных параметров была различной в зависимости от времени суток и выраженности степени симпатикотонии. Прослеживаются корреляционные взаимоотношения между величиной ВИ и ЧСС с одной стороны и величиной СИ с другой стороны (r=0,37; 0,42).

Выводы. Проведенные исследования позволяют отметить тенденцию к бóльшему разбросу показателей СИ у гипертоников, имеющих повышенный тонус СНС по сравнению с основной популяцией пациентов-гипертоников. Преобладание «патологических» типов суточной кривой АД (61,4%) у пациентов-симпатотоников увеличивает риск ССО в ночные и ранние утренние часы. Таким образом, повышенный тонус СНС является дополнительным фактором риска в популяции гипертензивных пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРЕПАРАТОМ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Чурилов А.В., Майлян Э.А., Немсадзе И.Г., Мирович Е.Д.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина

В настоящее время фармакологический рынок предоставляет достаточно широкий выбор препаратов для лечения остеопороза (ОП). Основная цель назначения лечебно-профилактических мероприятий при вышеуказанной патологии – это снижение частоты развития низкоэнергетических переломов. А достигается это путем повышения костеобразующего потенциала за счет соответствующего воздействия на баланс между активностью остеобластов и остеокластов. Согласно практическим рекомен-

дациям препаратами первой линии для лечения ОП являются бисфосфонаты, среди которых одним из наиболее востребованных является алендронат. Результаты клинических наблюдений свидетельствуют о хорошей эффективности вышеуказанных препаратов. Однако в ряде случаев назначение бисфосфонатов, в том числе алендроната, не вызывает существенного прироста костной массы.

Цель исследования. Изучить влияние ряда модифицируемых и не модифицируемых факторов на эффективность лечения женщин с постменопаузальным остеопорозом алендронатом.

Материалы и методы. В исследование было отобрано 136 женщин с постменопаузальным ОП в динамике лечения препаратом алендроновой кислоты. Оценку эффективности 12-ти месячного курса терапии осуществляли по приросту минеральной плотности кости (ΔМПК, %), которую измеряли методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Полиморфизм rs1800795 гена IL-6 определяли методом ПЦР в режиме реального времени.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало хорошую эффективность назначенного лечения. Это нашло подтверждение в результатах денситометрии во всех зонах скелета женщин ($p<0,001$). Показатели ΔМПК (Me [Q25%; Q75%]) в шейке и проксимальном отделе левого бедра составили соответственно 2,42% [-1,41; 5,53] и 2,76% [0,00; 5,95], а в аналогичных зонах справа – 3,27% [0,00; 7,18] и 3,76% [-0,20; 6,65] соответственно. Следует отметить, что прирост плотности костной ткани в поясничных позвонках L1-L4 были значительно выше, чем в зоне шейки левого бедра (4,26% [1,00; 6,95] против 2,42% [-1,41; 5,53]; $p<0,05$).

Анализ данных, полученных при опросе и осмотре женщин, показал наличие положительной корреляционной связи между степенью увеличения в течение 12 мес. индекса массы тела и значениями ΔМПК в проксимальном отделе правой бедренной кости ($rs=0,19$; $p<0,05$). Другие же изученные факторы, такие как возраст, рост, длительность постменопаузы, не обнаружили ассоциаций со степенью лечебного эффекта.

Изучение роли полиморфизма rs1800795 гена IL-6 показало, что женщины с генотипом GG характеризовались близкой к статистической значимости тенденцией ($p=0,052$) к низкому приросту МПК в зоне шейки левого бедра. Значение ΔМПК в вышеуказанном участке скелета женщин с генотипом GG ($n=23$) после 12-ти месячного курса лечения составило 0,78% [-1,06; 3,55], тогда как у остальных пациентов (CC+CG) аналогичный показатель равнялся 3,90% [0,62; 8,27].

Выводы. При оценке эффективности лечения 136 женщин с постменопаузальным остеопорозом препаратом алендроновой кислоты установлена положительная корреляционная связь между степенью увеличения в динамике терапии индекса массы тела и значениями ΔМПК в проксимальном отделе правой бедренной кости ($p<0,05$). Кроме того, пациенты с генотипом GG полиморфизма rs1800795 гена IL-6 характеризуются близкой к статистической значимости тенденцией ($p=0,052$) к низкому приросту МПК в зоне шейки левого бедра.

ДОСТОВЕРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА – ЗАЛОГ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шавази Н.М., Махмудова З.Р.
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы. Профилактика витамин D-дефицитного рахита занимает важное место в комплексе мероприятий, проводимых в целях укрепления здоровья детей раннего возраста. При этом эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности и качества проводимых профилактических мер.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку методов традиционной и модифицированной профилактики рахита у детей 1-го года жизни.

Материал и методы исследования. Было обследовано 28 детей в возрасте 1-12 месяцев. Дети были распределены на 2 группы: первая – 14 (50,0%) детей, получившие профилактику рахита по стандартной схеме и вторая – 14, получившие профилактику по модифицированной схеме.

Результаты. Исследования показали, что среднее значение уровня $25(OH)D_3$ в сыворотке крови детей до проведения профилактики витамином D составило 21,05 и 19,08 ммоль/л, соответственно в группах (при норме от 30 до 50 ммоль/л). Мы не сомневались в добросовестности медицинских работников и именно поэтому провели беседу с родителями указанных детей. Выяснилось, что многие родители вообще не купили этот препарат, а даже при наличии его не был дан ребенку. Это, в свою очередь, послужило основанием для изменения тактики профилактики рахита. Известно, что сущность традиционной профилактики рахита заключается в том, что врач обычно дает рекомендации родителям по естественному вскармливанию, своевременному введению прикорма, ежедневному пребыванию на

свежем воздухе, массажу, гимнастике, ежедневному приему 400 МЕ витамина D_3. Однако родители недостаточно выполняют эти рекомендации и, в результате чего, у детей формируется в организме дефицит витамина D. Суть модифицированной методики заключается в том, что наряду с рекомендациями по неспецифической профилактике детям витамин D_3 дается непосредственно участковой медицинской сестрой при участии родителей по следующей схеме: аквадетрим 8 капель (4000 МЕ) 1 раз в неделю с месячного возраста до конца 1-го года жизни. Курсовая доза 160 000-180 000 МЕ. После проведения модифицированной профилактики витамином D_3, уровень активного метаболита возрос до физиологической нормы. Если низкий уровень $25(OH)D_3$ в сыворотке крови до начала модифицированной профилактики выявлялся у 93% детей, то после проведения – лишь у 17,4% обследованных, что в 5,34 раза меньше ($P<0,001$), чем до профилактики. У детей, получавших традиционную профилактику низкий уровень метаболита отмечается у 38%.

Выводы. Таким образом, несмотря на проводимые профилактические мероприятия рахита, их эффективность остается низкой, о чем свидетельствуют высокая частота развития рахита и низкого уровня $25\ (OH)D_3$ в сыворотке крови. Модификация метода способствует не только нормализации уровня метаболита витамина D, но и предупреждению, а также исчезновению клинических проявлений рахита.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РИСКЕ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ (ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)

Шаповалова А.Б., Евстропов В.С.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение современных научных данных для уточнения значимых факторов риска (ФР) и подходов к профилактике и лечению сердечно-сосудистой патологии у женщин в раннем постменопаузальном периоде (РПМ).

Материалы и методы. Современные публикации на русском и английском языках, в т.ч. данные международных исследований, свидетельствующие об актуальных ФР развития сердечно-сосудистых событий (ССС), новых диагностических и терапевтических возможностях, в т.ч. о менопаузальной гормональной терапии (МГТ). Изучено около 40 научных работ за 20 лет.

Результаты. У женщин с климактерическим синдромом выявляли эндотелиальную дисфункцию (ЭД), низкую ригидность сосудистой стенки, признаки кальцификации аорты и утолщение комплекса intima media (1;2;3). К ЭД предрасполагает окислительный стресс, воспаление сосудистой стенки и дефект работы системы оксида азота как вазодилататора (2). Диета и физические упражнения очень эффективны для снижения риска метаболического синдрома (МС), и должны быть рекомендованы в пре - и постменопаузе (3;4). Аэробные упражнения (ходьба и плавание) стабилизируют углеводный обмен и липидный профиль, снижают АД и скорость потери костной массы. Курение увеличивает риск развития ССС. Кардиопротективный эффект МГТ отмечается только при ее назначении в РПМ (4;5).

Выводы. Отмечается рост частоты ССС среди женщин в перименопаузальном периоде. Необходимо обязательное соблюдение здорового образа жизни в целях поддержания здоровья женщины и улучшения качества ее жизни. В настоящее время МГТ в считается патогенетически обоснованной, т. к. обеспечивает адаптацию организма женщины к новому метаболическому состоянию после угасания функции яичников (1-5).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНЫХ АСПЕКТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ТИПИЧНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ И С ВНЕПИЩЕВОДНЫМИ КАРДИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Шаповалова М.М., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Оценить качество жизни (КЖ) пациентов молодого возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с наличием и отсутствием кардиальной симптоматики и сравнить полученные результаты.

Материалы и методы. В исследование включены 73 пациента в возрасте от 18 до 30 лет с эндоскопически позитивной ГЭРБ. По результатам клинико-инструментального обследования все пациенты были разделены на две группы.

Первую группу составили пациенты с изолированно протекающей ГЭРБ с типичной пищеводной симптоматикой – 39 человек, вторую – больные ГЭРБ с кардиальным синдромом – 34 человека.

Для оценки КЖ всем больным был выдан опросник SF-36 для самостоятельного заполнения.

Результаты и обсуждение. Уровень КЖ по шкале GH (общее здоровье) в первой и второй группах варьировал от 40 до 87 баллов. Среднее значение КЖ по этой шкале в группе пациентов с ГЭРБ без кардиальной симптоматики было несколько выше, чем у больных ГЭРБ, протекающей с кардиальным синдромом: 71,58±14,55 и 67,0±16,57 соответственно.

При сопоставлении средних значений, вычисленных для остальных шкал, характеризующих различные стороны КЖ, связанного со здоровьем, было выявлено, что показатели первой группы превышают показатели второй группы по всем шкалам, кроме PF (физическое функционирование). Средние значения по этой шкале составили 81,02±4,89 в первой и 81,47±4,85 во второй группе.

По остальным шкалам были получены более низкие показатели в обеих группах. Среднее значение RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) составило 60,25±32,30 и 61,76±28,36 в первой и второй группах соответственно.

Среднее значение VT (жизненная активность) у больных ГЭРБ без кардиальной симптоматики составило 64,74±11,80, а больных ГЭРБ, протекающей с кардиальным синдромом – 60,44±13,5, что отражает снижение жизненной активности и явления хронической усталости в обеих группах.

Согласно усредненным показателям BP (интенсивность боли), SF (социальное функционирование), RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) и MH (психическое здоровье), эти компоненты КЖ снижены в первой группе более чем на 2/3, а во второй – более чем на 1/2. Различия между первой и второй группами наблюдения по шкалам BP, SF, RE и MH оказались статистически значимыми ($p<0,05$). Показатели шкал PF, RP, GH, формирующих физический компонент здоровья у больных ГЭРБ с наличием кардиальной симптоматики не имели отличий от показателей, полученных в первой группе.

Выводы. Исходя из полученных результатов, жизненная активность в изучаемых группах ограничена ощущением боли, наличием сниженного эмоционального фона, депрессии, тревоги. Полученные в результате опроса высокие баллы по шкале PF свидетельствуют о том, что состояние здоровья пациентов молодого возраста с ГЭРБ практически не ограничивает их физическую активность. Кардиальная боль, даже имеющая только функциональный характер и не несущая информацию о развитии угрожающего жизни больного состояния, вызывает у пациентов тягостные переживания и отрицательно сказывается на тех областях жизнедеятельности человека, которые связаны с психологическим благополучием.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Шаповалова М.М., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Резова Н.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель. Изучить изменения ЭКГ, возникающие у пациентов с различными степенями рефлюкс-эзофагита без предшествующей патологии сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. В исследование включено 34 пациента с эндоскопически позитивной ГЭРБ, I-III степенями рефлюкс-эзофагита, в возрасте 18 – 30 лет, без кардиологического анамнеза.

Результаты и обсуждение. Анализ электрокардиографических данных в группе наблюдения показал, что у больных ГЭРБ с кардиальным синдромом регистрируются следующие изменения ЭКГ в различных сочетаниях:

– синусовая брадикардия – у 9 (26,4%) пациентов – принималась во внимание брадикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) меньше 55 в 1 минуту (среднее значение – 51,1±3,2). Проба с введением атропина у всех пациентов была положительной, что подтверждает вагусное происхождение брадикардии;

– синусовая тахикардия – у 2 (5,8%) пациентов – со средней ЧСС 95±4,2;

– синусовая дыхательная аритмия – у 10 (29,4%) – при введении атропина также наблюдалась нормализация синусового ритма;

– наджелудочковая экстрасистолия – у 2 (5,8%);

– нарушения проводимости – у 4 (11,7%) пациентов, из них у 3 в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса и у 1 – в виде нарушения внутрижелудочковой проводимости;

– нарушение фазы реполяризации миокарда задней стенки левого желудочка (сглаженный, отрицательный или двухфазный зубец Т в III и aVF отведениях, кроме случаев горизонтального положения электрической оси сердца или отклонения ее влево)– у 9 (26,4%).

Все выше перечисленные изменения ЭКГ являлись преходящими и купировались самопроизвольно в процессе лечения. У 5 больных с наличием жалоб кардиального характера при ЭКГ не было зарегистрировано каких-либо отклонений от нормы. При анализе полученных данных не было выявлено четкой взаимосвязи между характером жалоб пациента и изменений на ЭКГ. Исключение составили пациенты с жалобами на перебои в работе сердца – из них у 2 регистрировалась частая наджелудочковая экстрасистолия, у одного – выраженная синусовая аритмия (ЧСС 48 – 66 в 1 минуту), и больные с жалобами на сердцебиение (2 пациента с зарегистрированной на ЭКГ синусовой тахикардией).

При сопоставлении данных ЭКГ и ЭГДС выявлено, что брадикардия и синусовая аритмия встречаются практически с одинаковой частотой при рефлюкс-эзофагите I и II степени. Нарушение фазы реполяризации миокарда задней стенки левого желудочка и нарушения проводимости встречаются несколько чаще при рефлюкс-эзофагите II и III степени. Малое число наблюдений случаев тахикардии и экстрасистолии не позволило сделать каких-либо выводов относительно связи этих нарушений ритма сердца и степени воспалительных изменений слизистой оболочки нижней трети пищевода.

Выводы. Кардиальные симптомы могут сопровождаться функциональными изменениями ЭКГ, однако зависимость между характером жалоб и этих изменений не определяется.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ И ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ

Шапченко Т.И., Курышева О.А., Журбий О.Е.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

На сегодняшний день доказано, что гломерулярные поражения почек могут быть вызваны разнообразными инфекционными агентами и в первую очередь – бактериальными. Патогенетические аспекты гломерулярных поражений, вызванных вирусной инфекцией, в настоящее время продолжают активно изучаться.

На сегодня существуют технические трудности, возникающие при выделении и идентификации этиотропного инфекционного агента. Согласно современным взглядам, обсуждаются три различных механизма возможного развития гломерулярных заболеваний вирусного происхождения. Во-первых, вирусы могут действовать непосредственно на гломерулярные структуры, обладая цитопатическим действием. Во-вторых, вирусный антиген может участвовать в иммунной реакции с образованием иммунных комплексов. В-третьих, вирусы могут вовлекаться в аутоиммунные патогенетические звенья.

Механизм противовирусной иммунной защиты управляется определенным генотипом и является ведущим патогенетическим фактором. Известна также способность некоторых вирусов интегрировать с клеточным геномом, что является, возможно, основой их длительной персистеции в организме. Размножение вирусов в клетках клубочков и канальцев может также изменять антигенную структуру тканей почки, активируя иммунные реакции. Определенное значение имеет и интерфероновый статус: угнетение интерферонообразования может быть возможным фактором хронизации нефрита. Под влиянием вирусной инфекции происходит изменение общей реактивности организма, подавляется ответ Т- или В-лимфоцитов, нарушается способность клеток макрофагально-моноцитарной системы к фагоцитозу и, как следствие, резкое снижение образования лейкоцитарного интерферона. В настоящее время не исключается возможность развития гломерулонефрита, как следствия вирусной инфекции – гриппа, парагриппа, аденовирусов, энтеровирусов, цитомегаловирусной инфекции, герпетической инфекцией, вирус Эпштейна-Барр, гепатита В и С, ВИЧ, коронавирусной инфекции.

Имеющиеся данные позволяют сделать вывод о полиэтиологичности гломерулонефрита. Гломерулонефрит, связанный с инфекцией, возникает на иммунной основе в результате преимущественно локального отложения иммунных комплексов, фракций комплимента, а также путем взаимодействия антител с антигенами базальной мембраны клубочка с сопутствующими нарушениями клеточного иммунитета. Разнообразие этиологических факторов диктует необходимость различных терапевтических подходов. Вместе с тем многие вопросы этиологической принадлежности, в том числе доказательства участия инфекционных антигенов, требуют дальнейшего изучения.

ПРЕДИКТОР ЭФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ β2-АГОНИСТА И ХОЛИНОБЛОКАТОРА (ИНДАКАТЕРОЛА/ГЛИКОПИРРОНИЯ) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Симоненко Ю.В., Чибирякова Е.О.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить значение раннего бронходилатационного ответа (РБДО) на первую дозу фиксированной комбинации длительно действующих β2-агониста и холинолитика (Индакатерола/Гликопиррония, ИНД/ГЛИ) в сравнении с гликопирронием (ГЛИ) и тиотропием (ТИО) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) для прогнозирования эффективности терапии этим препаратом.

Материалы и методы. Обследованы 218 мужчин больных стабильной ХОБЛ исходно и на 28 день терапии. Больные разделены на 3 группы. В группу №1 были включены 102 больных, ингалировавших 110/50 мкг в сутки ИНД/ГЛИ. Группу №2 составили 66 больных, получавших 50 мкг ГЛИ. Группа №3 из 50 больных получала 18 мкг ТИО. РБДО на бронхолитики оценивался по данным спирометрии через 60 минут после первой дозы препарата. Исследование выполнялось на спирографе «Flowscreen II» фирмы «Jaeger» (Германия) с записью кривой «поток-объем» и расчетом общепринятых показателей. Оценивались одышка по шкале mMRC, опросник CAT, результаты 6-минутной шаговой пробы. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10 for Windows. Для сравнения групп по показателям использовались однофакторный дисперсионный анализ ANOVA и критерий Манна–Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p<0,01$. Для оценки изменений показателей на фоне терапии ХОБЛ использовались критерий Вилкоксона и парный t-критерий Стьюдента. Взаимосвязь между показателями оценивалась коэффициентами корреляции.

Результаты и обсуждение. РБДО на первую дозу ИНД/ГЛИ выявил признаки обратимой обструкции у 82 из 102 (81%) пациентов основной группы; прирост $ОФВ_1$ составил 0,40±0,25 л, что значимо превышало показатели после монокомпонентов ГЛИ и ТИО (0,23±0,08 и 0,14±0,21л). Прирост $ОФВ_1$ был выше у пациентов с $ОФВ_1>50\%$ (0,43±0,23 л, против 0,26±0,68 л при $ΔОФВ_1<50\%$, $p=0,036$) и не зависел от выраженности одышки и частоты обострений. После курса терапии ИНД/ГЛИ отмечалось значимое снижение выраженности бронхиальной обструкции ($ОФВ_1$ увеличился с 1,71±0,64 л до 2,01±0,59 л, $p<0,001$; прирост $ОФВ_1$ составил 0,28±0,16 л, $p<0,001$), максимально выраженное у «наивных» пациентов ХОБЛ. После курса лечения сохранялся сходный РБДО на ИНД/ГЛИ (0,32±0,23 л и 0,36±0,27 л), при этом количество «ответчиков» составило 71%. Динамика функциональных показателей сопровождалось снижением выраженности одышки по mMRC на 0,71±0,15 балла и показателей CAT на-3,6±0,69 балла, увеличением расстояния в 6-ШП на 85±12 м. Выявлена статистически значимая положительная сильная корреляционная связь ($p<0,0001$) при высоком множественном коэффициенте корреляции ($R=0,96$) между исходными значениями $ОФВ_1$/л и после курса лечения. РБДО на ИНД/ГЛИ характеризовался множественным вариантом ответа.

Выводы. 1. РБДО на первую дозу ИНД/ГЛИ позволяет выявить чувствительность к препарату у 80% больных ХОБЛ до начала лечения. 2. Прирост функциональных и клинических показателей на фоне терапии ИНД/ГЛИ превышает таковой на ГЛИ и ТИО, зависит от исходных значений и проводимой терапии, не зависит от выраженности одышки и частоты обострений заболевания. 3. Положительный и множественный вариант РБДО на первую дозу ИНД/ГЛИ можно рассматривать в качестве предиктора эффективности терапии этим препаратом.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Шатохина Я.П., Соцкая Я.А.
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск, Украина

В последние годы отмечается рост заболеваемости болезнями органов пищеварения. Во всем

мире ежегодно увеличивается количество людей, страдающих заболеваниями гастродуоденальной зоны и гепатобилиарной системы, что связывают с плотностью анатомических, нервно-рефлекторных и гуморальных связей между билиарными путями, ДПК и желудком. Известно, что заболевания верхнего отдела пищеварительного канала способствуют вовлечению в патологический процесс желчевыделительной системы, что сопровождается нарушением процессов секреции и выделения желчи. Поэтому при хронических заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), в частности с локализацией процесса в двенадцатиперстной кишке часто наблюдаются изменения со стороны желчевыводящих путей, способствующих рефлюксу содержимого двенадцатиперстной кишки в желчевыводящие пути, холестазов, а также дуоденостазов.

Цель исследования. Оценка особенностей клинического течения заболеваний ВОПТ с диспепсическими расстройствами, на фоне выявленного и подтвержденного при УЗИ хронического некалькулезного холецистита (ХНХ).

Материал и методы. Настоящее исследование основано на проспективном анализе результатов обследования 72 пациентов в возрасте от 18 до 36 лет, средний возраст 22,7±0,18 года, состоявших на диспансерном наблюдении в здравпункте для иностранных студентов ГУ «ЛГМУ» с различными диспепсическими расстройствами. УЗИ ОБП является основным диагностическим методом при выявлении патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей и выполнялось с использованием сканера «Aloka SSD 500» с линейным датчиком с частотой колебаний 5 МГц (Япония).

Результаты и обсуждение. Пациенты, включенные в исследование, ранее лечились и находились под наблюдением у терапевта и гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни желудка и ДПК – 4,2%; гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) – 25%; гастрита и/или дуоденита – 70,8%. При ультразвуковом исследовании у больных группы наблюдения с различными диспепсическими расстройствами были выявлены эхо-признаки хронического воспаления желчного пузыря и моторно-секреторных расстройств в системе желчного пузыря и желчных путей:

• диффузное утолщение стенок желчного пузыря более 3 мм имело место у 12,5% наблюдаемых;

• уплотнение и/или слоистость стенок этого органа – 15,3%;

• уменьшение размеров желчного пузыря (сморщенный пузырь) до 2,5×7,2 см – 2,8% пациентов;

• деформация желчного пузыря (перегибы и перетяжки в шейке, теле и дне) у 45,8% наблюдаемых;

• ультразвуковой феномен «билиарный сладж» («замазкообразная» желчь, «негомогенная» полость) или слой желчного осадка на его дне – 86,1%;

• выявление эхографического симптома Мерфи (наличие болезненности при давлении УЗ-датчиком на точку ЖП) – 2,8%;

• расширение общего желчного протока по сравнению с нормой (в норме 0,8 см и менее) – 2,8%;

• ретроградное движение пузырьков газа (эхогенных участков) и жидкости от привратника к телу желудка – 16,7%.

Выводы. Таким образом, обращает на себя внимание, что эхо-признаки ХНХ в большинстве случаев диагностируется на фоне других заболеваний ВОПТ. К, тому же, хроническое воспаление и дисфункция желчного пузыря являются факторами риска развития ДГР.

МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПОВЕРХНОСТИ КЛЕТОК ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шафорост А.С.[1], Воропаев Е.В.[1], Ачинович С.Л.[2]
[1]Гомельский государственный
медицинский университет,
[2]Гомельский областной клинический
онкологический диспансер,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования. Целью настоящей работы является изучение эффективности использования атомно-силовой микроскопии для выявления различий в структурных и механических свойствах клеток эпителия желудка в норме и при раке желудка.

Материал и методы. Были исследованы мазки-отпечатки из опухолевой и нормальной ткани желудка 7 пациентов с онкологической патологией желудка в Учреждении «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Химическую фиксацию клеток на предварительно обезжиренных предметных стеклах проводили в течение 20 мин с помощью 1% раствора глутарового альдегида в однократном фосфатно-солевом буфере (1×PBS, pH=7,4). Исследование морфологии и механических свойств клеток слизистой оболочки желудка (СОЖ) выполняли на атомно-силовом микроскопе NT-206 (ОДО «Микротестмашины», г. Гомель) в контактном режиме на воздухе с использованием зонда

CSC-38 (зонд B, MicroMash, Эстония). Анализ АСМ-изображений выполняли с помощью программы SurfaceXplorer 1.3.1.1 (Стародубцева М.Н., 2017). Обработку результатов проводили с помощью MS Excel 2010. Результаты представлены в виде Хср±ДИ.

Результаты и обсуждение. Сравнение морфологии клеток слизистой оболочки желудка из здоровых и опухолевых участков показало, что в обоих случаях они имеют округлую слегка вытянутую форму и близкие размеры: длина×ширина×высота клетки в норме в среднем составляет 9,2×7,6×0,7 мкм, а при онкологической патологии – 9,0×7,4×0,6 мкм.

Анализ АСМ-изображений в режиме «топография» показывает, что значение шероховатости (R_q) мембраны клеток эпителия слизистой оболочки для пациентов с раком несколько выше по сравнению с клетками из нормальных участков СОЖ. Отклонение от профиля поверхности для опухолевых клеток составляет 100,03±14,49 нм, то есть опухолевые клетки имеют на 13% более развитую поверхность клеточной мембраны, чем эпителиальные клетки в норме.

Оценка распределения сил трения на анализируемом участке мембраны в режиме «карта латеральных сил» позволяет получить данные о структуре подмембранного кортикального слоя цитоскелета клетки. Величина силы трения (F_l) напрямую связана со структурой мембраны, т.е. чем выше измеренная величина F_l, тем более разнообразным является микрорельеф поверхности клетки. Для клеток эпителия из здоровых участков СОЖ значение латеральной силы (F_l) составляет 557,18±132,04 усл.ед., что в 2,48 раза меньше, чем в образцах с онкопатологией ($p<0,005$). Согласно полученным данным у нормальных клеток эпителия СОЖ плотность кортикального слоя цитоскелета ниже, чем у аналогичных клеток, которые прошли через этап опухолевой трансформации.

Выводы. В ходе анализа экспериментальных данных установлено, что раковые клетки из слизистой оболочки желудка отличаются по своим наномеханическим свойствам от здоровых клеток: они характеризуются менее упорядоченным кортикальным слоев цитоскелета и имеют более развитую и разнообразную по структуре поверхность. Получение новых данных о микроархитектонике раковых клеток является важным шагом для разработки более совершенных моделей для тестирования новых терапевтических средств лечения онкологических заболеваний, а также может послужить основой для создания новых методов их диагностики.

ВЛИЯНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК НА ПРОЦЕСС РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В МОДЕЛЬНОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шафорост А.С.[1], Зятьков А.А.[1], Скуратов А.Г.[1], Кондрачук А.Н.[1], Шафорост М.С.[1], Веялкина Н.Н.[2]

[1]Гомельский государственный медицинский университет,
[2]Институт радиобиологии Национальной академии наук Беларуси,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования. Целью настоящей работы является изучение влияния мезенхимальных стромальных клеток на регенерацию печени при токсическом поражении печени.

Материал и методы. Объектом исследования являлись 10-недельные лабораторные крысы-самки линии Wistar стадного разведения. Хроническое токсическое повреждение печени индуцировали путем внутрибрюшинного введения 50% раствора тетрахлорметана (CCl_4) в оливковом масле (La Espanola, Испания) в количестве 1 мкл/г веса животного [1]. Иньекции выполняли 2 раза в неделю на протяжении 10 недель. Интраперитонеальное однократное введение суспензии мезенхимальных стромальных стволовых клеток в концентрации 1 млн/мл производили на 7 сутки после прекращения инъекций ТХМ. Это обосновано тем, что через неделю после отмены токсического воздействия завершается ранняя фаза регенерации печени. Определение концентрации изоформ пируваткиназы R/L и M2 проводили методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным концентрация ПК R/L в образцах печени в среднем в 35 раз выше, чем в сыворотке крови. Для ПК M2 разница в концентрация не столь велика и составляет 23,2 раза. Изучение данных о концентрации пируваткиназы R/L в образцах из разных тканей показывает, что через 14 суток после инъекции МСК не наблюдается значимого изменения исследуемого параметра во всех экспериментальных группах («Контроль 2 недели», «ТХМ+МСК 2 недели», «Контроль+МСК 2 недели»). Концентрация ПК M2 в сыворотке крови на 14-е сутки после инъекции МСК повышается в группах «ТХМ+МСК 2 недели» и «Контроль+МСК 2 недели» по сравнению с контролем (36,17 UI/мл) в 1,77 и 1,72 раза соответственно. В биоптатах печени наблюдается иная картина: происходит умень-

шение значение исследуемого параметра в группах «ТХМ+МСК 2 недели» и «Контроль+МСК 2 недели» по сравнению с контролем (1956,73 UI/мл) в 2,37 и 3,44 раза соответственно.

На 28 сутки после введения МСК в сыворотке крови наблюдается рост значений концентрации ПК R/L и M2 во всех группах по отношению к интактному контролю, за исключением группы «ТХМ+МСК 4 недели». В образцах печени концентрация ПК R/L увеличивается в группе «ТХМ+МСК 4 недели» по сравнению с интактным контролем и группой «Контроль+МСК 4 недели». Следует также отметить, что в биоптатах печени происходит уменьшение значение ПК M2 на 28-е сутки также, как и на 14-е: в группах «ТХМ+МСК 4 недели» и «Контроль+МСК 4 недели» по сравнению с контролем (861,26 UI/мл) в 2,20 и 2,94 раза соответственно.

Выводы. Введение мезенхимальных стромальных стволовых клеток в концентрации 1 млн/мл приводит к снижению концентрации опухолевой пируваткиназы на 14-е и 28-е сутки после их введения, что свидетельствует о возможной кратковременности стимулирующего воздействия МСК на процессы регенерации печени. Длительное (10 недель) введение 50% раствора CCl_4 вместе с инъекцией МСК приводит к большему увеличению содержания ПК M2, т.е. свидетельствует о стимуляции регенерации печени при ее хроническом токсическом поражении.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОХРОМОВ Р450 У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА С РАЗЛИЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Шебуняева Я.Ю., Поспелова Т.И., Горева О.Б., Гришанова А.Ю., Войтко М.С., Ступакова В.А.
Новосибирский государственный медицинский университет,
Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины,
г. Новосибирск

Актуальность. Общая 5-летняя выживаемость больных лимфомой Ходжкина (ЛХ), по данным литературы, достигает 90%. Это становится возможным благодаря использованию современных протоколов полихимиотерапии (ПХТ), а также внедрению принципов персонифицированной медицины. Метаболические особенности биотрансформации химиотерапевтических агентов, связанные с активностью ферментов семейства цитохромов Р450, могут быть связаны с возможностью достижения наибольшего терапевтического эффекта программной ПХТ у пациентов с ЛХ.

Цель исследования. Изучение полиморфизмов генов CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 семейства цитохромов Р450 у больных ЛХ с разной эффективностью полихимиотерапии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 48 пациентов от 18 лет до 66 лет с диагнозом ЛХ, получающих лечение по протоколам ПХТ (BEACOPP, ABVD) на базе гематологических отделений ГКБ №2 и ГНОКБ г.Новосибирска. После 4-6 курсов ПХТ проводилась оценка эффективности терапии в соответствии с клиническими рекомендациями. Все пациенты были разделены на 2 группы: с достижением полной или частичной ремиссии, и с прогрессированием заболевания. У всех пациентов выполнено генотипирование по описанным в литературе полиморфным вариантам генов CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2D6*10, CYP2D6*4 методом ПЦР в реальном времени в образцах периферической крови.

Результаты. На основании данных изученной отечественной и зарубежной литературы выбраны полиморфизмы генов Р450, ассоциированные со снижением или с полным отсутствием функции фермента. Распределение дикого и мутантного аллелей в общей группе пациентов с ЛХ составляют для CYP2C9*2 (85,42-14.58%) и CYP2C9*3 (92,71-7.29%) и соответствуют литературным данным для европеоидной популяции. Частоты встречаемости мутантных аллелей CYP2C9*2 у больных с различным ответом на химиотерапию практически не отличается от частоты мутантного аллеля в общей группе больных и составляют в группе пациентов, достигших ремиссии 13,16%, а в группе с прогрессированием заболевания – 16,67%. При изучении полиморфизма CYP2C9*3 частота встречаемости мутантного аллеля в группе больных, достигших ремиссии, была значительно ниже, чем общей группе больных ЛХ и составила 2.63%, а в группе с прогрессирующим заболеванием практически не отличалась от общей группы – 8.33%. По литературным данным частота встречаемости аллеля CYP2C19*2 у европеоидной расы составляет около 15%, однако в общей группе больных ЛХ частота встречаемости мутантного аллеля более, чем в 2 раза ниже – 6,25%, при этом в группе с достигнутой ремиссией составила 10.53%, а в группе с прогрессией заболевания данный аллель не встречается совсем (0%). Частота встречаемости полиморфного аллеля CYP2D6*10 в группе с полным и частичным ответом на ПХТ составляет 15.79%, значимо не отличается от частоты мутантного аллеля в общей группе больных ЛХ (15.62%) и находится в соответствии с литератур-

ными данными. Однако в группе пациентов с прогрессирующим заболеванием частота мутантного аллеля в 2 раза меньше (8,33%), при этом большинство аллелей представлены в виде гомозигот дикого типа (83,33%). Распространенность полиморфного аллеля CYP2D6*4 в группе больных ЛХ составила 10.42%, в группе с прогрессирующим течением – 8,33%, в группе с достигнутой ремиссией – 7,89%, что значимо ниже частот мутантного аллеля, описанных в литературе для европеоидов (20-25%). Однако достоверно значимых различий частот аллелей в группах больных, чувствительных и устойчивых к ХТ для полиморфизмов CYP2C9*2 (χ^2=0.3, p=0.86), CYP2C9*3 (χ^2=0.76, p=0.97), CYP2C19*2 (χ^2=0.06, p=0.81), CYP2D6*10 (χ^2=0.03, p=0.86), CYP2D6*4 (χ^2=0.32, p=0.57) не наблюдалось, что возможно связано с небольшим размером выборки.

Выводы. Полиморфизмы генов цитохромов Р450, влияющие на метаболизм агентов специфической ПХТ у пациентов с ЛХ, являющиеся возможным фактором, определяющим эффективность программной ПХТ у пациентов с ЛХ, развитие возможных осложнений терапии, а также риска формирования устойчивости к лекарственным препаратам, требуют тщательного изучения как в общей популяции, так и у больных ЛХ.

Работа выполнена на базе ЦКП «Протеомный анализ» НИИМББ ФИЦ ФТМ.

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Шевцова В.И., Есина Е.Ю., Котова Ю.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность. Одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы является гипертоническая болезнь (ГБ). Бремя ГБ связано в том числе со значительным риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Известно, что успех терапии зависит от многих факторов, в том числе от приверженности к лечению. Поэтому изучение вопроса приверженности к лечению больных, страдающих ГБ, имеет важное значение для практической медицины и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Проанализировать приверженность к гипотензивной терапии у больных ГБ.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 20 пациентов амбулаторно-поликлинического звена, страдающих гипертонической болезнью. Все пациенты имели ГБ 2 стадии, достигнутую степень – 2, с длительностью течения заболевания около 10 лет. Для анализа приверженности пациентов к лечению использовали валидизированный опросник Мориски-Грина. Для статистической обработки данных использовался пакет программ STATISTICA 6.0. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости p<0,05.

Результаты. Средний возраст обследованных пациентов составил 57,4±5,5 лет. Длительность ГБ у обследованных больных была – 10,8±6,1 лет. Средние показатели АД, зарегистрированного во время приема: 160±15 мм рт.ст. и 100±1,4 мм рт.ст. для систолического и диастолического АД, соответственно.

Все пациенты принимали препараты из основных пяти гипотензивных групп. Большинство больных ГБ мужчин и женщин принимали гипотензивные препараты из группы ингибиторов АПФ.

Анализ ответов пациентов по шкале Мориски-Грина, выявил, что в группе женщин приверженность к лечению была выше и составила 59%, в то время как в группе мужчин – 45%. Недостаточная приверженность к лечению была у 2 (29%) женщин и 3 (30%) мужчин, больных ГБ. Приверженность к лечению ГБ отсутствовала у 1 (12%) женщины и 2 (25%) мужчин. Среди причин недостаточной комплаентности к лечению ГБ лидировали невнимательность, забывчивость и пропуск приема препарата при хорошем самочувствии. Невнимательность и забывчивость чаще встречались у больных гипертонической болезнью мужчин, пропуск приема препарата при плохом самочувствии после приема препарата – у больных женщин.

Выводы. 1. Женщины более привержены к лечению ГБ. 2. Причины недостаточной приверженности к лечению среди больных гипертонической болезнью мужчин и женщин были различны, что следует учитывать при разработке индивидуальной тактики ведения пациентов.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Шевцова В.И., Зуйкова А.А., Котова Ю.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) является ведущим звеном в развитии сердечно-сосу-

дистых заболеваний, приводящие в ряде случаев к инвалидизации населения и снижению их трудоспособного возраста. Целью исследования явилась оценка значимости проведения диспансеризации как основного показателя профилактики и выявления факторов риска при гипертонической болезни. Определялись наиболее значимые факторы риска, выявляемые в ходе диспансеризации, возможность их коррекции.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе поликлиники ОГБУЗ «Волоконовская ЦРБ». Изучены 98 контрольных карт диспансерного наблюдения (форма №030/у). Средний возраст пациентов 45±4,7 лет. Исследуемые были разделены на две группы: 1 – лица, регулярно проходящие диспансеризацию; 2 – лица, не проходившие диспансеризацию более 2-х лет. В каждой группе определено наличие факторов риска (ИМТ, уровень глюкозы крови, уровень общего холестерина (ОХС)), уровня артериального давления (АД).

Результаты. Средний уровень АД в первой группе – 150/88 мм рт. ст., во второй – 170/92 мм рт. ст. Средний уровень артериального давления в обеих исследуемых группах не достиг целевых значений.

На первом этапе были проанализированы показатели пациентов 1 группы. Лица 20-60 лет имеют показатели ИМТ, уровня гликемии и холестерина в пределах нормы. Отмечено увеличение показателей с возрастом, максимальные значения, выходящие за пределы референсных значений характерны для возрастной группы 60-80 лет. Закономерно с возрастом увеличивается риск смерти от ССО.

При изучении показателей лиц 2 группы определено, что для них характерно ожирение. Пациенты с нормальной и даже с избыточной массой тела в этой группе не встречаются. Далее было определено среднее значение увеличение уровня глюкозы среди мужчин и женщин. Во всех возрастных группах уровень гликемии значительно превышает целевые значения, и также увеличивается с возрастом. Так же, как и в первой исследуемой группе был произведен расчет риска смерти в течение ближайших 10 лет. Выявлено, что экстремальный риск смерти имеют лица от 40-80 лет, с примерно одинаковой частотой, что связано с их высоким уровнем АД, холестерина и увеличением числа курящих лиц, а также наличием АКС.

Заключительным этапом исследования является сравнение показателей двух исследуемых групп: средний уровень глюкозы крови, холестерина значимо выше во второй группе.

Также обращает на себя выраженная тенденция к увеличению риска смерти от ССЗ в течение ближайших 10-лет у лиц, не проходивших диспансерное наблюдение.

Выводы. 1. Эффективность диспансерного наблюдения увеличивается с возрастом. 2. У лиц, не проходивших диспансерное наблюдение более 2-х лет, отмечается выраженная тенденция к увеличению риска смерти от ССЗ в течение ближайших 10-лет, по сравнению с лицами, регулярно проходившими диспансерное наблюдение.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шевцова В.И., Зуйкова А.А., Шевцов А.Н.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность. Ежегодно от хронической сердечной недостаточности (ХСН) в мире умирает 16,5 млн человек. Большинство пациентов с ХСН – в возрасте от 60 до 80 лет, а значит им свойственна потеря функциональной активности. Одним из важнейших гериатрических синдромов, вызывающих снижение функциональной активности, является саркопения. В настоящий момент активно изучается проблема саркопенического ожирения.

Цель исследования. Изучить нутритивный статус пациентов с ХСН.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе БУЗ ВО ВГП 18. В исследовании приняли участие 69 пациентов с установленным диагнозом ХСН, подписавшие информированное добровольное согласие. Из них 36 женщин и 33 мужчины, средний возраст составил 71,9±3,4 года. Текущее состояние оценивалось с помощью Шкалы оценки клинического статуса. Всем пациентам проводилась антропометрия и биоимпедансметрия.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 20.0. Был произведен кластерный анализ методом k-средних.

Результаты. При оценке Шкалы оценки клинического статуса 30 пациентов имели 1 функциональный класс, 30 пациентов – 2 функциональный класс, и 39 – 3 функциональный класс сердечной недостаточности. Ведущими жалобами были одышка и отеки.

В результате кластерного анализа было выделено 4 наиболее часто встречающихся фенотипов пациентов.

Наиболее часто (38%) встречались пациенты с ожирением (средний показатель ИМТ равен 31,8 кг/м^2; обхват талии 109,9 см, толщина жировой складки 52,5 см). Для этого кластера характерен наиболее

высокое процентное содержание жира (40%), минимальное процентное содержание воды (43,3%). Соотношение висцерального жира/костная масса/мышечная масса для этого кластера представлено в виде 13,2/2,58/43,8. Средний возраст таких пациентов составил 75±4,4 лет.

Равными по встречаемости были II и III кластеры (по 24%). II кластер характеризовался нормальной массой тела (ИМТ равен 23 кг/м^2, обхват талии 78,8 см, толщина жировой складки 29 см). Для этого кластера характерно минимальное процентное содержание жира (21,9%), максимальное процентное содержание воды (57,2%). Соотношение висцерального жира/костная масса/мышечная масса для этого кластера составило 11,8/2,66/50,56. Средний возраст таких пациентов составил 78,8±2,5 лет.

III кластер характеризовался избыточной массой тела (ИМТ равен 25,9 кг/м2, обхват талии 94,4 см, толщина жировой складки 34 см). Процентное содержание жира составило 33,5%, процентное содержание воды 47,6%. Соотношение висцерального жира/костная масса/мышечная масса для этого кластера составило 10,8/2,38/46,8. Средний возраст таких пациентов составил 63,4±3,8 года.

IV кластер встречался менее редко – в 14% случаев. В этот кластер входят пациенты с ожирением (ИМТ равен 31,9 кг/м2, обхват талии 111 см, толщина жировой складки 46,6 см). Процентное содержание жира составило 33,2%, процентное содержание воды 47,4%. Соотношение висцерального жира/костная масса/мышечная масса для этого кластера составило 17,6/3,2/61,2. Средний возраст таких пациентов составил 61,6±2,8 год.

Выводы. Таким образом, в ходе проведения кластерного анализа определено, что среди пациентов с ХСН наиболее часто встречаются пациенты с саркопеническим ожирением, что необходимо учитывать в клинической практике.

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Шевцова В.И., Котова Ю.А., Зуйкова А.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Введение. Сахарный диабет (СД) связан с увеличением распространенности гериатрических синдромов. Гериатрические синдромы не только приводят к слабости, потере независимости и низкому качеству жизни, но также становятся основным препятствием в лечении людей, болеющих СД. Поскольку развитие диабетических микро- и макроваскулярных заболеваний зависит от продолжительности диабета, симптомы осложнений могут быть сконцентрированы в пожилом возрасте.

Цель работы. Изучить гериатрические синдромы у пожилых пациентов с СД и особенности коморбидной патологии у таких пациентов.

Материалы и методы. Исследование выполнялось на базе БУЗ ВО «ВГКБ №3». В нем приняли участие 23 пациента с установленным диагнозом СД 2 типа (средний возраст 74,08 лет), из них 12 женщин и 11 мужчин. Для оценки гериатрических синдромов использовались индекс Бартел, тест Mini-Cog, краткая батарея тестов физического функционирования (КБТФФ) и скрининговый опросник «Возраст не помеха». Для расчета индексов коморбидности были применены системы CIRS-G, Kaplan-Feinstein, Charlson.

Результаты исследования и их обсуждение. Снижение когнитивных функций наблюдалось у 65% пациентов. При оценке индекса Бартел 26% пациентов являются полностью независимыми от окружающих в повседневной жизни, 4,3% имеют легкую зависимость в повседневной жизни, 56% пациентов умеренно зависимы от посторонней помощи в повседневной жизни и 8,69% пациентов имеют выраженную зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни.

При анализе ответов на опросник «Возраст не помеха» было установлено, что 39,14% пациентов имеют СА (21,7% женщин и 17,3% мужчин), 60,86% пациентов – преастению (30,4% женщин и 30,4% мужчин).

Следующим этапом стала интерпретация КБТФФ. Общий балл краткой батареи тестов физического функционирования составил 9,53. Определено, что у 21% обследуемых нет СА, у 25% выявлена преастения и 54% пациентов – СА.

В ходе исследования, было установлено, что средние показатели индексов коморбидности с возрастом увеличиваются, как у мужчин, так и у женщин. Самые большие средние показатели индексов коморбидности были выявлены в группе женщин старше 70 лет. Большой процент больных (69,5%) имеют низкую (21% и ниже) 10-летнюю выживаемость.

Были обнаружены значимые корреляционные связь между индексом коморбидности по системе CIRS-G и когнитивной ($r=-0,66$, $p<0,05$) и двигательной ($r=-0,73$, $p=0,00024$) дисфункциями.

Выводы. 1. Диабет связан с увеличением числа наиболее важных гериатрических синдромов

– старческой астении, когнитивной и функциональной дисфункции. 2. Снижение физического функционирования у пациентов пожилого и старческого возраста связано, среди прочего, со снижением у них когнитивных функций. Ограничение мобильности у таких пациентов сопряжено с большим риском падений и травматизации. 3. Было установлено влияние уровня коморбидности на степень выраженности гериатрических симптомов. Была установлена связь между снижением двигательной и когнитивной функции и ростом индекса коморбидности по системе CIRS-G.

ДИНАМИКА ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ЗОЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ

Шелегова И.Г., Важенина Д.А., Нуриева Н.С.
Южно-Уральский государственный
медицинский университет,
г. Челябинск

Цель. Исследовать динамику оптической плотности костной ткани на нижней челюсти во фронтальном отделе у пациентов в процессе терапии золендроновой кислотой.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 7 онкологических пациентов с костными метастазами, прошедших ПЭТ-КТ исследование в отделении радионуклидной диагностики ЧОКЦОиЯМ в 2018-2020 году. Обязательным требованием к отбору кандидатов для исследования являлось: прием препаратов золендроновой кислоты, наличие в базе исследований двух и более ПЭТ-КТ, отсутствие признаков БОНЧ в процессе терапии бифосфонатами и в периоде реабилитации. У данных пациентов в динамике определялась оптическая плотность на нижней челюсти: первоначальные значения и спустя 4-8 месяцев терапии золендроновой кислотой. Были проанализированы данные двух ПЭТ-томограмм с интервалом исследования в 4 - 9 месяцев. Для денситометрического исследования была выбрана область нижней челюсти во фронтальном отделе на уровне верхушек корней нижних резцов. С помощью виртуального инструмента ROI выделялась костная ткань объемом 0,6-0,63 см^2, в данной области автоматически определялась средняя оптическая плотность и среднее отклонение.

Результаты исследований. По половозрастному признаку пациенты распределились следующим образом: 57,14% женщины (n=4) и 42,85% мужчины (n=3). Средний возраст пациентов 63 года, разброс значений 64,5±16,5 лет. У всех пациентов при анализе томограмм в динамике отмечалось увеличение оптической плотности костной ткани во фронтальном отделе на 50 – 174 HU. Первоначальные значения оптической плотности костной ткани во фронтальном отделе варьировались в пределах 345,19 HU – 1122,45 HU, прирост составил, в среднем, +84 HU.

Выводы. Результаты данного исследования подтверждают, что у пациентов в процессе терапии золендроновой кислотой увеличивается оптическая плотность костной ткани на нижней челюсти. Прирост оптической плотности во фронтальном отделе нижней челюсти составил 50-174 HU.Требуется детальное изучение данной тенденции на большей выборке пациентов, данный факт может быть положен в основу метода ранней доклинической диагностики БОНЧ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИИТА (БОЛЕЗНИ БЮРГЕРА) В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО РЕВМАТОЛОГА

Шестернина А.С.
ООО «Материнство и детство»,
г. Владимир

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай первичной постановки диагноза облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера) в практике ревматолога амбулаторного звена.

Материалы и методы. Пациент П., 24 года, обратился к ревматологу в январе 2021 года с жалобами на боли в стопах, которые возникают при ходьбе на расстояние около 200 метров, заставляют остановиться и проходят в покое, повторяющиеся эпизоды тромбофлебита поверхностных вен голеней, наличие незаживающей язвы в области подушечки 1 пальца левой стопы.

Анамнез жизни: курит по 1 пачке сигарет в сутки с 14-летнего возраста. Хронических заболеваний не имеет.

Анамнез заболевания: жалобы вышеуказанного характера на боли в стопах с 2017 года, со временем нарастали по интенсивности. Наблюдался у ортопедов с диагнозом плоскостопие. С марта 2019 года рецидивирующие эпизоды тромбофлебита поверхностных вен голеней. В связи с этим наблюдающим хирургом рекомендована консультация ревматолога для исключения системных заболеваний. Ревматологом амбулаторно назначен скрининг на системные заболевания и антифосфолипидный синдром. После обследования выявлено повышение тиров АНФ до 640 ядерного типа свечения, антител к бетта-2 гликопротеину в низком титре. С диагнозом вероятного антифосфолипидного синдрома пациент в августе 2020 года госпитализирован в ревматологическое отделение городского стационара, где диагноз отвергнут в связи с недостаточным количеством критериев, рекомендована консультация гематолога для исключения наследственных тромбофилий. Тогда же (август 2020 года) пациент заметил язвенный дефект в области подушечки 1 пальца левой стопы (провоцирующих факторов не было). В связи с отсутствием динамики к заживлению дефекта неоднократно обращался к хирургам, назначалось местное лечение, которое не приносило облегчения. В январе 2021 года при обращении к ревматологу, в связи с наличием у молодого курящего мужчины с симптомами перемежающей хромоты, мигрирующих поверхностных тромбофлебитов голеней, длительно незаживающей дигитальной язвы на стопе, высказано предположение о наличии у пациента облитерирующего тромбангиита (болезни Бюргера).

Пациенту был рекомендован немедленный отказ от курения, дано направление на консультацию сосудистого хирурга НМИЦ им. А.В. Вишневского.

При обследовании в институте диагноз был подтвержден клинически и инструментально (окклюзия артерий голени и штопорообразные коллатерали при проведении цветового дуплексного сканирования артерий нижней конечности).

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностики болезни Бюргера. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с системными заболеваниями соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия), антифосфолипидным синдромом, болезнями свертывающей системы крови, васкулитами, синдромом Рейно, атеросклерозом. Поздняя постановка диагноза может ускорить ампутацию конечностей. В связи с этим важно информирование врачей терапевтических и хирургических специальностей о данном заболевании.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

Шибзухова Л.А.[1], Шибзухов Т.А.[2], Борукаева Л.А.[3], Абазова З.Х.[1], Борукаева И.Х.[1]

[1]Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова, г. Нальчик,
[2]Государственный университет управления,
[3]Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина, Москва

Появление альтернативных методов терапии и профилактики, высокая стоимость медицинских услуг и относительная ограниченность денежных средств, выделяемых на здравоохранение обусловливают возросший интерес к проблемам клинико-экономической оценки эффективности лечения и профилактики различных заболеваний.

Цель исследования. Оценка клинико-экономической эффективности гипокситерапии в курсе интервальной гипоксической тренировки (ИГТ) в профилактике клинической манифестации субклинического гипотиреоза (СГ) аутоиммунного генеза.

Материалы и методы. Клинико-экономическую эффективность ИГТ в профилактике СГ изучали, используя алгоритмы доказательной медицины и клинико-экономического анализа. Курс гипокситерапии прошли 90 человек с субклинической тиреоидной дисфункцией. Гипоксическая смесь подавалась от гипоксикатора фирмы «Био-Нова-204». Диагноз верифицирован на основании повышения в крови уровня тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) при нормальных показателях свободных фракций гормонов щитовидной железы (ЩЖ) – трийодтиронина и тироксина и отсутствии клинических признаков симптомокомплекса гипотиреоза. Аутоиммунная природа заболевания подтверждалась на основании повышенного уровня в крови антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину ЩЖ. Определение титра антитиреоидных антител и гормональное исследование проводили методом иммуноферментного анализа. Мониторинг экономического эффекта включал комплекс эпидемиологических, медико-социологических и статистических методов исследования, метод экспертных оценок, анкетирование пациентов.

Результаты и обсуждение. Применение ИГТ в коррекции субклинического гипотиреоза аутоиммунного генеза оказывает иммуномодулирующий эффект с восстановлением гормонального фона, что проявлялось в нормализации уровня антитиреодных

антител, повышенный титр которых и приводит к снижению функции щитовидной железы. Расчет экономической эффективности, произведенный на основании показателя «затраты/эффективность», показал высокую эффективность полученного полезного результата к затратам, обеспечивающим его достижение. Кроме того, определение соотношения «затраты на профилактические мероприятия/затраты на лечебные мероприятия» после курса гипокситерапии показало большую экономическую эффективность данного физиотерапевтического воздействия по сравнению с заместительной гормональной терапией и медикаментозной иммуномодулирующей терапией у пациентов в связи с переходом субклинического гипотиреоза в клинически выраженную манифестную форму со стойким снижением уровня гормонов ЩЖ и повышением уровня ТТГ.

Выводы. Проведенные исследования показали, что гипокситерапия является не только клинически эффективным, но и экономически обоснованным методом профилактики перехода субклинического гипотиреоза в клиническую выраженную манифестную форму. Таким образом, получение максимального результата с минимальными затратами возможно только при условии своевременного проведения всестороннего медико-экономического анализа лечебно-профилактической помощи.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шилова И.В., Горячева Л.Г., Ефремова Н.А.
Детский научно-клинический центр
инфекционных болезней федерального
медико-биологического агентства,
Санкт-Петербург

Актуальность. Гепатит В (ГВ) сегодня относится к управляемым инфекциям, однако является одним из самых распространенных гепатитов в мире. В нашей стране насчитывается около 3 млн больных хроническим ГВ, в том числе женщин детородного возраста, что повышает риск инфицирования ребенка. Стратегия ВОЗ подразумевает элиминацию вирусных гепатитов к 2030 году. На территории СЗФО принятая программа элиминации острого ГВ (ОГВ) привела к снижению заболеваемости благодаря широкому охвату вакцинацией детей и ежегодному увеличению иммунизации взрослых. В 2019г уровень ОГВ у детей составил 0,09, ХГВ – 0,25 на 100 тыс населения. В РФ вакцинация против ГВ проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок или по эпидемическим показаниям. Используются моновалентные и комбинированные вакцины, они взаимозаменяемы и при полном курсе вакцинации вызывают в 95% эффективный иммунный ответ. Своевременный охват вакцинацией против ГВ детей в 1 год в 2019 году составил 97,37%

Цель. Анализ антителообразования у детей после вакцинации против гепатита В.

Материалы и методы. В ДНКЦИБ проведено обследование 23 детей от 1 г до 16 лет, вакцинированных на 1-м году жизни от ГВ, с определением анти-HBs. Также проведен ретроспективный анализ результатов, полученных при обследовании детей СПб.

Результаты и обсуждения. Вакцинация уверенно снижает уровень заболеваемости ГВ у детей, в том числе и от матерей с HBV-инфекцией. За последние 5 лет на учет в ДНКЦИБ было поставлено всего 20 детей с ХГВ. Наблюдается 51 пациент, источником инфекции у 84,3% явилась мать. Однако титры HBsAB отличались в различные сроки наблюдения после иммунизации. Изучение иммунного ответа показало, что высокие титры антител (более 100мМЕ/мл) чаще наблюдались у детей в первые 3 года после вакцинации (68,2%). При этом в сравнении титров у детей, обследованных после 1 года и через 3 года после иммунизации, отмечался рост анти-HBs (94,1 против 91,5%), что связано с замедленным, но высокоэффективным антителообразованием. С течением времени уровни антител снижались, и через 5 лет защитные титры сохранились только у 84,5% обследуемых, а число детей с отсутствием протективного иммунитета достоверно выросло с 8,5 до 15,5%. Однако введение бустерной дозы в 95% случаев повышало титры до защитных. При неэффективной вакцинации причиной могут быть мутации в а-детерминанте HBsAg, приводящие к появлению мутантов вакцинального ускользания. Наиболее часто встречающимся является мутант G145R. Проблема решается с появлением новых вакцин. Унигеп – комбинированная рекомбинантная вакцина иммунногенна и генерирует ответ как против нативного HBsAg дикого типа, так и против нативного мутанта G145R. Вакцина Сай-би-вак (Sci-B-Vac®) формирует иммунитет от всех трех типов поверхностного антигена гепатита В, в том числе у лиц, не чувствительных к обычным вакцинам, а также у детей, рождающихся от матерей с ХГВ в 98% уже после введения двух доз.

Выводы. Таким образом, иммуногенность вакцин против ГВ детей при всех стандартных схемах иммунизации в рамках календаря прививок высока, неэффективность вакцинации может быть связана с мутациями в HBsAg. Однако число не защищенных

через 5 лет после комплекса прививок – 5,2%, а с увеличением срока до 7-10 лет, число незащищенных увеличивается до 15,5%. Введение бустерной дозы вакцины в 95% случаев увеличивает титры антител к вирусу ГВ до защитных (10мМЕ/мл).

ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ТРИГГЕРЫ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шишкин А.Н.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

В клинике внутренних болезней особое значение придается раннему выявлению фактов риска и триггеров развития заболеваний. Мы выделяем немодифицируемые факторы риска (генетические, демографические – пол, возраст), так и модифицируемые (инфекционные агенты, употребление большого количества жирной пищи, гиперкалорийное, обогащенное жирами и легкоусвояемыми углеводами питание, дефицит пищевых антиоксидантов, гиподинамия-гипокинезия, стрессы, алкоголь, курение).

Сегодня, в эпоху пандемии COVID-19 особое значение придается инициальной роли вирусной инфекции в развитии внутренней патологии. Нами были изучены пациенты с аутоиммунными заболеваниями в анамнезе которых отмечена связь развития или обострения болезни с перенесенным острым респираторным заболеванием, вирусным гепатитом В, другими инфекциями. Отмечалось диагностически значимое повышение титров антител к вирусам гриппа А и В, Коксаки В, аденовирусам, цитомегаловирусу, микоплазме, а также у части определение вирусных частиц в тканях. Выявлялись ассоциированные формы вирусных гепатитов В и С. Также есть сведения, доказывающие вероятную связь между изменениями в составе кишечной микробиоты и развитием системной артериальной гипертензии и компонентами метаболического синдрома.

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.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП) популярны для широкого диапазона клинических состояний. Они свободно доступны и часто прописываются врачами. Несмотря на полезность этих лекарств, имеются существенные экспериментальные и клинические доказательства об их отрицательном влиянии в частности на почки. Пожилой возраст, гипертензия, сопутствующее использование мочегонных средств или аспирина, сахарный диабет и уменьшение объема плазмы являются факторами риска для развития, как острого повреждения почек, так и хронической болезни почек после перорального приема НСПВП. В отличие от довольно хорошо описанных острых эффектов НСПВП на почку, хронические эффекты менее хорошо исследованы. Анальгетический синдром представляет сегодня важную проблему внутренней патологии.

Важным инициирующим фактором может быть эндотелиальная дисфункция, тесно связанная с различными риск-факторами. Эндотелиальная дисфункция характеризуется сдвигом в работе эндотелия в сторону уменьшения вазодилатации, провоспалительного состояния и протромботических свойств. Современные данные убедительно демонстрируют, что микроальбуминурия является не только маркером вовлечения в патологический процесс почек, но и точно отражает, как степень генерализованного поражения микрососудов, так и степень суммарного риска развитий осложнений и неблагоприятных исходов.

Дальнейшее изучение инициирующих и предрасполагающих факторов возникновения терапевтических заболеваний позволит не только назначить эффективную терапию, но и решать вопросы превентивной профилактики.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ НЕЙРОПЕПТИДА Y НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Шкатова Я.С., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Фенотип бронхиальной астмы с ожирением представляет особую сложность в лечении, в то вре-

мя как его распространенность возрастает. В последние годы особое внимание уделяется нейропептиду Y в связи с его возможным влиянием на клиническое течение астмы.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между уровнем нейропептида Y и особенностями клинического течения астмы у пациентов с ожирением и избыточным весом.

Материалы и методы. В исследование было включено 27 мужчин (23,89%) и 86 женщин (76,11%) с диагнозом БА смешанного генеза среднетяжелого течения, средний возраст которых составил 57,81±13,05 лет. Пациенты были разделены на три группы - 1-ая группа – 37 человек (12 мужчин и 25 женщин; средний возраст – 54,43±16,93 лет) с нормальной массой тела; 2-ая группа – 38 человек (8 мужчины и 30 женщин; средний возраст – 58,68±9,94 лет) с избыточной массой тела; 3-я группа – 38 человек (7 мужчины и 31 женщин; средний возраст – 60,21±10,96 лет) с ожирением. Статистически значимых различий по полу, возрасту, уровню образования, семейному положению и трудовому статуса выявлено не было ($p>0,05$). Всем пациентам проводилась спирометрия, оценка индекса массы тела (ИМТ), анкетирование. Для оценки контроля над БА использовали тест по контролю над астмой – Asthma Control Test (ACT). У всех пациентов измерялись уровни лептина, адипонектина, нейропептида Y (NPY), степень общего окислительного повреждения молекул. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Результаты. Контроль над астмой был достоверно ниже в группе больных с астмой и ожирением по сравнению с пациентами с нормальной и избыточной массой тела. Уровень лептина был достоверно выше в группе больных БА и ожирением по сравнению с пациентами с нормальной массой тела и избыточной массой тела и составил 13,01±1,97, 11,32±1,99 и 22,36±1,97 нг/мл соответственно ($p<0,05$). Уровень нейропептида Y был достоверно выше в группе пациентов с ожирением (1,19±0,25 нг/мл), чем у больных с нормальной (0,31±0,02 нг/мл) и избыточной массой тела (0,48±0,02 нг/мл) ($p<0,05$). Достоверных различий по уровню адипонектина между сравниваемыми группами не выявлено ($p>0,05$). Уровень NPY имел тесную обратную корреляционную связь с показателем ЖЕЛ ($r=-0,75$; $p<0,05$); среднюю обратную корреляционную связь с показателями ОФВ1 ($r=-0,57$; $p<0,05$), МОС 25 ($r=-0,53$; $p<0,05$); умеренную обратную корреляционную связь с показателями ФЖЕЛ ($r=-0,45$; $p<0,05$), индекса Тиффно ($r=-0,32$; $p<0,05$), МОС 50 ($r=-0,41$; $p<0,05$), ПОС ($r=-0,38$; $p<0,05$), умеренную обратную корреляционную связь с показателем АСТ ($r=-0,37$; $p<0,05$), умеренную прямую корреляционную связь со степенью общего окислительного повреждения молекул ($r=0,35$; $p<0,05$).

Выводы. У больных БА и ожирением наблюдается более высокий уровень нейропептида Y, имеющий обратную корреляцию со спирометрическими параметрами, контролем астмы (в соответствии с АСТ) и прямую корреляцию с уровнем общего окислительного повреждения молекул, что свидетельствует о возможном провоспалительном эффекте нейропептида Y, способствующем неблагоприятному течению бронхиальной астмы. Таким образом, требуются дальнейшие исследования для установления характера взаимосвязи нейропептида Y и обострений бронхиальной астмы, а также механизма влияния нейропептида Y на патогенез астмы.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Шкатова Я.С., Токмачев Р.Е., Резова Н.В., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Бронхиальная астма – это широко распространенное заболевание, приводящее к снижению качества жизни и инвалидности, требующее значительных расходов в сфере здравоохранения. Фенотип бронхиальной астмы с ожирением представляет особую сложность в лечении, в то время как его распространенность возрастает. Одним из важных клинических проявлений данного фенотипа является резистентность к лечению глюкокортикостероидами. Тренировки дыхательной мускулатуры при помощи специальных приборов показывают большую эффективность у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями по сравнению с простыми дыхательными упражнениями.

Цель исследования. Включить в программу реабилитации пациентов с бронхиальной астмой тренировку мышц дыхательной мускулатуры и оценить ее влияние на клиническое течение бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Пациенты были разделены на две группы – 1 группа пациентов включала 87 человек с ожирением (27 (31,03%) мужчин и 60 (68,97%) женщин (средний возраст 55,38±10,03 лет)), которые получали стандарт-

ную базисную терапию, а также участвовали в комплексной лечебно-профилактической программе (ЛПП), включающей тренировку дыхательной мускулатуры, 2 группа – 37 пациентов с ожирением (13 (35,14%) мужчин и 24 (64,86%) женщины (средний возраст 56,30±13,16 лет), получающие только базисную терапию БА. Группы были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям. Для оценки контроля над БА использовали тест по контролю над астмой – Asthma Control Test (ACT). Для качественной оценки выраженности клинических симптомов БА использовали 10-бальную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Комплексная лечебно-профилактическая программа включала обучение пациентов, рекомендации по отказу от курения, дозированную физическую нагрузку, диетические рекомендации, тренировку дыхательной мускулатуры. Тренировки дыхательной мускулатуры осуществлялись с использованием дыхательного тренажера Threshold Inspiratory Muscle Trainer (Threshold IMT) (Respironics Respiratory Drug Delivery Ltd., Великобритания) (Weiner P. et al., 2004). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Результаты. В 1 группе больных БА на фоне курса ЛПП через 12 месяцев достоверно уменьшились значения ОТ, достоверно снизился ИМТ. Также в группе больных БА 1 группы на фоне ЛПП через 12 месяцев достоверно снизилось число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев, число вызовов бригад СМП в течение последних 12 месяцев, число госпитализаций в течение последних 12 месяцев. У больных БА 1 группы после проведенной ЛПП отмечается достоверная положительная динамика самооценки выраженности симптомов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) одышки, затрудненного дыхания, кашля, вязкой мокроты. По результатам опросника АСТ у пациентов 1 группы отмечается статистически значимое увеличение контроля астмы: исходные значения опросника АСТ составляли 20,22±0,42, после проведенной ЛПП данные значения улучшились до 22,58±1,79 (p=0,0000). Динамика указанных показателей в группе больных БА 2 группы, которые получали только стандартную терапию, была статистически незначима.

Выводы. Лечебно-профилактическая программа, включающая рекомендации по питанию, физической нагрузке, а также тренировку дыхательной мускулатуры привела к улучшению качества жизни, а также контроля бронхиальной астмы у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ТОЦИЛИЗУМАБ НА ТЕЧЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Шолкова М.В., Доценко Э.А.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить результаты применения препарата Тоцилизумаб у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материал и методы. Обсервационное исследование проводилось на базе УЗ «6-я городская клиническая больница» г.Минска в период с мая по ноябрь 2020 г. В исследование включены 63 пациента с инфекцией COVID-19 и вирусным поражением легких средней или тяжелой степени. Пациентам вводили препарат Тоцилизумаб («Актемра», Роше) в дозе 8 мг/кг по следующим показаниям: быстрое ухудшение дыхательной функции (снижение SpO_2 на фоне оксигенотерапии), или повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) в 3 раза в течение суток, или повышение уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6), или повышение уровня Д-димера.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов составил 58 [51; 65] лет, мужчин было 45 (71,4%), женщин 18 (28,6%). Тяжесть вирусного поражения легких по данным КТ ОГК была средней в 23 (36,5%) случаях и тяжелым в 40 (63,5%) случаях. Все пациенты при введении Тоцилизумаба нуждались в O_2 терапии потоком 3-15 литров в минуту, находились на спонтанном дыхании. Медиана срока введения Тоцилизумаба составила 10 [9; 12] суток после начала болезни. Из 63-х пациентов у 42-х (66,7%) пациентов пневмония разрешилась, они были выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап (группа 1), у 21 (33,3%) пациентов развился летальный исход (группа 2).

При включении в исследование возраст пациентов группы 1 составил 55 [44; 60] лет, тогда как у пациентов группы 2 62 [53; 66] лет (p=0,049). До назначения Тоцилизумаба пациентам группы 1 чаще назначался гидроксихлорохин: в 22 (52,3%) случаях против 4 случаев (19,0%) в группе 2 (p=0,017). Не имелось различий между группами по полу, частоте ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета, дозе Тоцилизумаба и сроках его введения. Показатели SpO_2 и потока O_2 в день введения Тоцилизумаба так же не различались. В группе 1 проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в дальнейшем

потребовалось только 7 (16,6%) пациентам, тогда как в группе 2 ИВЛ проводилась у 20 (95,3%) пациентов (p<0,001).

Результаты общего и биохимического анализов крови при поступлении и в день введения Тоцилизумаба не имели значимых различий. Уровень ИЛ-6 не различался при поступлении пациентов, но в день введения Тоцилизумаба в группе 1 уровень ИЛ-6 составил 68,1 [40,0; 84,9] пг/мл против 126,0 [74,3; 175,0] пг/мл в группе 2 (p=0,044). Через 6 суток после введения препарата уровень лейкоцитов составил 10,1 [7,0; 13,5]*10^9/л против 16,5 [9,4; 20,5]*10^9/л в группах 1 и 2, соответственно (p=0,004), преимущественно лейкоцитоз отмечался за счет сегментоядерных нейтрофилов: 7,82 [5,24; 10,11]*10^9/л против 13,53 [7,90; 17,63]*10^9/л в группе 2 (p=0,002). Биохимические показатели через 6 суток после введения Тоцилизумаба составили: С-реактивный белок 5,5 [2,7; 15,4] мг/мл против 20,9 [4,9; 57,6] мг/мл (p=0,028), ферритин 20,9 [4,9; 57,6] нг/мл против 4108 [2172; 6043] нг/мл (p=0,031), креатинфосфокиназа 64 [38; 89] Ед/л против 215 [175; 874] Ед/л (p<0,001), лактатдегидрогеназа 294 [255; 430] Ед/л против 659 [448; 1011] Ед/л (p=0,001), глюкоза 5,9 [4,8; 7,2] ммоль/л против 7,3 [5,7; 12,2] ммоль/л (p=0,028) в группах 1 и 2, соответственно.

Выводы. неблагоприятные клинические исходы при использовании препарата Тоцилизумаб для лечения инфекции COVID-19 связаны с более старшим возрастом пациента, отсутствием приема гидроксихлорохина, более высоким уровнем ИЛ-6, потребностью в ИВЛ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ БИГУАНИДОВ И ПОЛИМОРФИЗМА RS7903146 ГЕНА TCF7L2 У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шорохова П.Б., Баранов В.Л., Ворохобина Н.В.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

В современных алгоритмах инициации антидиабетической фармакотерапии метформин прочно занимает лидирующее положение. В то же время, возможности достижения целевого гликемического контроля у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа (СД2) при применении метформина могут быть существенно ограничены развитием ряда побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования. Изучить взаимосвязь носительства однонуклеотидного полиморфизма rs7903146 в гене TCF7L2 с развитием нежелательных гастроинтестинальных явлений на фоне терапии метформином у больных с впервые выявленным СД2.

Материалы и методы. В исследование было включено 77 пациентов (30 мужчин и 47 женщин) с впервые выявленным СД2. Медиана возраста пациентов составила 55 [50; 61] лет; ИМТ 32,7 [31,2; 35,2] кг/м^2; медиана уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) 9,31 [8,21; 10,23] %. Метформин назначался в начальной дозе 850 мг 2 раза в день. Генотипирование пациентов осуществлялось с использованием набора реагентов для определения полиморфизма C>T rs7903146 гена TCF7L2 (Синтол, Россия) методом ПЦР в режиме реального времени. Оценка нежелательных явлений со стороны ЖКТ, таких как снижение аппетита, тошнота, абдоминальные боли и диарея проводилась до и через 3 месяца после начала лечения в группах пациентов с разным генетическим полиморфизмом TCF7L2. Статистический анализ проводился при помощи программного пакета Statistica 10,0 (StatSoft, США) с применением непараметрических критериев (критерий $\chi 2$, точный метод Фишера).

Результаты и обсуждение. Через 3 месяца терапии метформином установлено достоверное статистически значимое снижение (p<0,05) ИМТ и уровня HbA1c у всех участников исследования. Побочные эффекты со стороны ЖКТ на фоне приема метформина отмечались у 26 (33,8%) больных с впервые выявленным СД2. По результатам исследования носительство полиморфного аллеля T (CT и TT генотип) было выявлено у 33 (42,9%) пациентов. Распределение аллелей и генотипов соответствовало уравнению Харди-Вайнберга. Установлено, что частота развития всех оцениваемых нежелательных гастроинтестинальных явлений оказалась сопоставима в группах пациентов-носителей полиморфизма rs7903146 в гомо- или гетерозиготном состоянии и пациентов с «диким» типом гена TCF7L2: у 33,3% и 34,1% больных соответственно (p>0,05).

Выводы. В ходе исследования не установлено ассоциации носительства полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 с возникновением гастроинтестинальных побочных эффектов при применении метформина у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИАЛГИЙ

Шпагина А.В.[1], Дубровина С.А.[2], Попов М.С.[2]
[1]Приволжский окружной медицинский центр,
[2]Городская больница №39,
г. Нижний Новгород

Проблема кардиалгий имеет мультидисциплинарную значимость. Наиболее часто кардиалгии встречаются в практике терапевтов и неврологов. Однако по данным международных исследований в 40% случаев болей в области сердца причиной является психогенный фактор.

Дифференциально-диагностические критерии психогенной кардиалгии:

Характер боли: тупая, колющая, сжимающая, часто сенестопатии (при ИБС – сжимающая, давящая, распирающая).

Локализация боли: в области верхушек сердца ил в области соска (при ИБС – за грудиной, в области сердца).

Интенсивность боли: тупая, реже острая (при ИБС – резкая, реже в виде слабого ощущения удушья).

Длительность боли: часто часами, днями, реже кратковременные (при ИБС – несколько минут, боли свыше 20-30 мин при образовании очагов некроза).

Иррадиация боли: отсутствует, реже в левую лопатку (при ИБС – часто в плечо, лопатку, шею или живот).

Условия возникновения боли: после эмоциональных переживаний (при ИБС – физическое или эмоциональное напряжение, иногда в покое).

Течение боли: постепенно нарастает и постепенно исчезает, реже приступами (при ИБС – приступами, внезапно проявляются и быстро исчезают).

Что купирует боль: седативные препараты, психотерапия (при ИБС – сосудорасширяющие (валидол, нитроглицерин, атропин, апрофен) и наркотики (промедол и др.)).

Для больных этой группы характерно наличие выраженных общеневротических синдромов: раздражительность, быстрая утомляемость, мнительность и неустойчивость настроения, головные боли, потливость, приливы, онемение конечностей, нарушение сна.

Проблема, с которой мы столкнулись, это как пациенту с жалобами на боль в сердце (а зачастую и лечащим врачам-терапевтам поликлинического звена) объяснить, что больному нужен не кардиолог/ кардиохирург, а психиатр – психотерапевт. «У меня болит сердце, а Вы меня в дурдом посылаете!!!» – вот что слышит врач-терапевт, поставивший правильный диагноз и попытавшийся направить пациента к нужному специалисту. Чаще терапевты поликлиники игнорируют диагноз психогенной кардиалгии и назначают медикаментозную терапию ИБС, что порой даже помогает, т.к. просто успокаивает больного, т.е. по сути оказывает психотерапевтический эффект, плюс многие препарата для лечения ИБС, к тому же, улучшают когнитивные функции.

Методики применяемы в лечении психогенной кардиалгии отработаны и уже давно доказали свою эффективность.

Для каждого больного составлялась индивидуальная программа терапии с учетом стадии патологического процесса, личностных особенностей и уровня социальной адаптации. В работе психотерапевта с такими пациентами можно выделить ряд этапов. На первом этапе проводилась психодиагностика. На втором этапе, на фоне рациональной психотерапии использовались методики «Рисунок боли», «Образ боли». Проводилось обучение нервно-мышечной релаксации, приемам психической саморегуляции при помощи аутотренинга с введением «ключевых» слов или образов, облегчающих наступление состояния релаксации.

На третьем этапе ведущее значение имела групповая психотерапия, особенно в форме «лечебной перспективы». В результате проведенного комплексного лечения 97% пациентов отметили улучшение общего самочувствия в виде уменьшение частоты и интенсивности боли, улучшения сна и значительное снижение психоэмоционального напряжения.

ГЕНЫ ТРОМБОФИЛИИ И ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Шушанова А.С.
Ставропольский государственный
медицинский университет,
Ставропольская краевая клиническая больница,
г. Ставрополь

Цель исследования. Изучить взаимосвязь генов системы гемостаза с тяжестью поражения коронарного русла у больных инфарктом миокарда (ИМ) молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 64 больных ИМ в возрасте 25-44 лет (62 мужчины, 2 жен-

щины, средний возраст 40,72±3,43 года). Критерии включения: подписание информированного согласия на участие в исследовании; первичный ИМ 1 или 2 типов; мужчины и женщины в возрасте 25-44 лет; жители Ставропольского края; европеоидная раса. Критерии невключения: отказ от участия на любом этапе исследования; ИМ 3, 4 и 5 типов; ранее выполненная реваскуляризация миокарда или перенесенный инфаркт; отказ от проведения коронароангиографии (КАГ); сопутствующие генетически обусловленные заболевания; приобретенные тромбофилии; родство с пациентом, включенным в настоящее исследование. Группу сравнения составили 200 практически здоровых добровольцев. Диагноз ИМ устанавливали в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России. КАГ была выполнена по общепринятой методике. Тяжесть поражения коронарного русла оценивали по шкале SYNTAX Score с использованием on-line-калькулятора (http://www.syntaxscore.com). При суммарном балле ≤22 определяли низкую комплексность поражения, 22-32 – среднюю и >32 – высокую. Генотипирование осуществляли методом ПЦР в режиме реального времени согласно инструкции к тест-системе «КардиоГенетикаТромбофилия» (ДНК-технология, Россия). Тестовая панель включала 8 генов (по 1 полиморфизму) системы гемостаза: FGB-фибриноген (фактор I свертывания крови): -455 G>A; FII (фактор свертывания крови II, протробин): 20210 G>A; FV (фактор свертывания крови V, Лейденская мутация): 1691 G>A (Arg506Cln); FVII (факторVII свертывания крови, проконвертин): 10976 G>A (Arg353Cln); FXIII A1 (фактор XIII свертывания крови, фибриназа): 103 G>T (Val34Leu); PAI-1 (ингибитор активатора плазминогена типа 1): -675 5G>4G; ITGA2-α2-интегрин (тромбоцитарный рецептор к коллагену): 807 C>T (F224F); ITGB3-интегрин (тромбоцитарный рецептор фибриногена): 1565 T>C. Статистический анализ осуществляли с помощью программы IBM SPSS Statistics 21.0. Применяли критерий χ^2. Различия считались значимыми при величине $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. По данным КАГ, у больных ИМ молодого возраста атеросклеротическое поражение коронарных артерий выявлено в 62 (97%) наблюдениях. По одному случаю причинами развития ИМ были тромботическая окклюзия и спазм инфаркт-связанной артерии. Анализ состояния коронарного русла по шкале SYNTAX Score показал, что 59% больных имели низкую комплексность поражения коронарных артерий, среднюю – 27% и высокую – 14%. Выявлены ассоциации полиморфизмов 5G/4G гена PAI-1 (χ^2=5,15, p=0,023) и T/C гена ITGB3-интегрина (χ^2=5,65, p=0,017) с высокой комплексностью поражения коронарного русла. Распределение других полиморфизмов генов системы гемостаза не зависело от тяжести поражения коронарного русла и было сопоставимо с таковыми в здоровой популяции. Выявленные мутации в генах PAI-1 и ITGB3-интегрина указывают соответственно на неполноценный фибринолиз и повышенную агрегацию тромбоцитов и отражают протромбогенный потенциал эндотелия.

Выводы. 1. У 97% больных ИМ в молодом возрасте имеется атеросклероз коронарных артерий и верифицируются все варианты комплексности поражения – низкая (59%), средняя (27%) и высокая (14%). 2. Частота полиморфизмов генов системы гемостаза зависит от тяжести коронарного атеросклероза. Установлены ассоциации полиморфизмов 5G/4G гена PAI-1 и T/C гена ITGB3-интегрина с высокой комплексностью поражения коронарного русла.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И СТРУКТУРА МУТАЦИЙ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА-1 НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В 2019 ГОДУ

Щемелев А.Н., Останкова Ю.В., Зуева Е.Б.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Введение. Эффективное использование АРВП позволяет не только сохранить, но и значительно улучшить качество жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также является профилактическим фактором, так как в результате ВААРТ снижается вирусная нагрузка и снижается вероятность передачи вируса половым путем. Однако повсеместное использование АРВП связано с развитием устойчивости вируса к антиретровирусным препаратам, что приводит к неудачной терапии.

Цель работы. Изучение распространенности мутаций в геноме ВИЧ, связанных с лекарственной устойчивостью, на территории Северо-Западного федерального округа в 2019 году.

Материалы и методы. Образцы плазмы от 116 пациентов были исследованы на наличие мута-

ций лекарственной устойчивости в связи с неудачной АРВТ. Кроме того, были проанализированы некоторые данные в анамнезе пациентов: пол, вирусная нагрузка во время терапии, приверженность лечению – для выявления корреляционных связей между ними и профилем мутаций резистентности.

Результаты. Среди пациентов 58,07% имели подтвержденную низкую приверженность к терапии. Использование дисперсионного анализа позволило установить достоверное преобладание мужчин в возрасте от 25 до 35 лет в группе пациентов с низкой приверженностью. Важно отметить, что большинство пациентов с низкой приверженностью относятся к неблагополучным группам населения: людям, употребляющим алкоголь и наркотики, бездомным и т. д. Частые срывы терапии в этих группах приводят к частым изменениям схем АРВТ, что вместе с высокой вирусной нагрузкой (у 94% пациентов вирусная нагрузка превышает 10000 копий/мл) является фактором, способствующим формированию лекарственной устойчивости.

Одной из причин лекарственной устойчивости ВИЧ является появление мутаций в областях вирусного генома, связанных с синтезом вирусных ферментов, которые являются основными мишенями терапии. Анализ результатов исследований на наличие лекарственной устойчивости ВИЧ позволил выявить распределений мутаций ВИЧ, ассоциированных с устойчивостью к лекарственным препаратам. Всего были выявлены 105 пациентов, имеющих хотя бы одну мутацию ВИЧ, ассоциированную с устойчивостью к АРВП. При этом более половины из них имеют низкую приверженность к АРВТ. В 23 случаях были отмечены мутации устойчивости к ингибиторам протеазы (ИП), остальные случаи связаны с устойчивостью к нуклеозидным и ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы. Самыми распространенными из них являются M184V (51,08%), K103N (18,71%), L74V (12,95%), K101E (11,51%), A62V и G190S (10,79). %), остальные мутации встречаются менее чем в 10% случаев, в том числе и наиболее распространенные мутации, ассоциированные с устойчивостью к ИП: M46IM и I50L.

Заключение. Развитие резистентности зачастую связано с мутационными процессами, происходящими в вирусном геноме под влиянием различных эволюционных факторов. Варианты вируса, обладающие лекарственной устойчивостью, обычно получают возможность накапливаться в организме при перерывах в приеме антиретровирусных препаратов. Поэтому приверженность терапии является одним из важнейших факторов формирования резистентности к ВИЧ.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ПАРОДОНТА ПРИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДНОМ ВОСПАЛЕНИИ

Щерба В.В., Демкович А.Е.
Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского,
г. Тернополь, Украина

Цель исследования. Изучить особенности ультраструктурных изменений тканей пародонта при липополисахаридном воспалении у крыс.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на белых беспородных половозрелых крысах. Животным для моделирования воспаления в тканях пародонта в течение 2-х недель через день вводили в десну по 40 микролитров (1 мг/мл) липополисахарида E. Coli. Забор материала для электронно-микроскопических исследований проводили за общепринятой методикой. Ультратонкие срезы, изготовленные на ультрамикротоме LKB-3, окрашивали 1% водным раствором уранилацетата, контрастировали цитратом свинца по методу Рейнольдса и изучали в электронном микроскопе.

Результаты и обсуждение. Ультраструктурные исследования слизистой оболочки десны крыс обнаружили изменения сосудов микроциркуляторного русла. Большинство гемокапилляров были с расширенными просветами, кровонаполнени. Эндотелиальные клетки содержали электронноплотные ядра с преобладанием в них гетерохроматина. Инвагинации кариолемы были значительными, определялось расширение перинуклеарного пространства. Цитоплазма клеток содержала поврежденные органеллы, имеющиеся набухшие митохондрии с фрагментами крыст. В периферических цитоплазматических участках эндотелиоцитов немного микропиноцитозных пузырьков и кавеол. Базальная мембрана была отечной, разрыхленной, нечеткой. Субмикроскопические изучения структурных компонентов периодонта зуба животных при экспериментальном пародонтите также выявило нарастание деструктивных изменений. Определялись зоны расслоения коллагеновых волокон, отек аморфного компонента рыхлой соединительной ткани. В фибробластах изменения также оказывались со стороны ядер. Они имели неправильную форму, инвагинации кариолемы. Кариоплазма содержала грудки гетерохроматина, который размещался преимущественно под кариолемой. Цитоплазма также выглядела электронноплотные, гомогенной, плотность органелл была невысока. В фиброцитах оказывались измененные ядра, имелись значительные инва-

гинации кариолемы, в кариоплазмы преобладал гетерохроматин. Вокруг фиброцитов локализовались фрагментированные пучки коллагеновых волокон и аморфное межклеточное вещество соединительной ткани. Нарушение сосудисто-тканевых отношений характеризовались наличием в участках повреждения периодонта тканевых базофилов, содержащих многочисленные электронноплотные гранулы, также оказывались дегранулированые клетки.

Выводы. Проведенные субмикроскопические исследования компонентов пародонта крыс при липополисахаридный воспалении установили, что в микрососудах десен и периодонта определено кровенаполнения, сладж, повреждения стенки. Нарушение микроциркуляции приводило к отеку основного вещества десен и периодонта, выявлены изменения ультраструктуры клеточных элементов и повреждения волокнистых структур.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Щербаков Г.И.
Кузбасский медицинский колледж,
г. Кемерово

Асептический некроз головки бедренной кости представляет значительную медико-социальную проблему. Особенностью данной патологии является то, что в большинстве случаев она поражает молодых работоспособных людей.

Поиск новых технологий в лечении асептического некроза головки бедренной кости обусловлен отсутствием эффективных методов консервативной терапии данного заболевания.

Цель исследования. При помощи применения ибандроновой кислоты добиться улучшения обменных процессов в очаге поражения, регенерации головки бедренной кости и восстановления функции тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Для анализа данных лечения пациентов была проведена выборка по следующим критериям. Лечение проводилось более 6 месяцев. Диагностика на начальном этапе включала в себя как минимум рентгенографию, рентгеновскую денситометрию, маркеры метаболизма костной ткани. Указанным критериям соответствовали 39 история болезни: 19 женщин, 20 мужчин, имеющих двухсторонние поражения тазобедренных суставов, преимущественно III-IV стадии. Контрольное рентгенографическое исследование и динамический контроль маркеров метаболизма костной ткани оценивался каждые три месяца. Показанием для назначения ибандроновой кислоты являлось наличие у пациентов тяжелого остеопороза и неэффективность антиостеопоретической терапии комбинированным препаратом кальция и витамина D в течение 6 мес.

Результаты и обсуждение. Анализ данных лабораторных исследований маркеров метаболизма костной ткани, данных рентгенографии, показал, что у женщин улучшение показателей происходило в 79% случаев, ухудшение – в 16% случаев, без изменений – в 5% случаев. В большинстве случаев отмечалось восстановление балочной структуры кости, поддержание формы головки бедренной кости и восстановление функций тазобедренного сустава, купирование болевого синдрома.

Анализ данных лабораторных исследований маркеров метаболизма костной ткани, данных рентгенографии, показал, что у мужчин улучшение показателей происходило в 75% случаев, ухудшение – в 20% случаев, без изменений – в 5% случаев.

В среднем можно отметить улучшение показателей в 80% случаев, ухудшение – в 16% случаев, без изменений – в 4% случаев.

Выводы. Ибандроновая кислота ингибирует костную резорбцию, оказывая угнетающее воздействие на остеокласты, таким образом, инактивируется основное звено патогенеза асептического некроза, предотвращается деформация головки бедренной кости и создаются условия для восстановления костной ткани.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Юдин В.А., Один В.И., Жигулина А.И., Тыренко В.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторных особенностей течения COVID-19 у ревматологических больных.

Материалы и методы. Было обследовано 35 пациентов, проходившие стационарное лечение с диагнозом COVID-19 легкой и среднетяжелой степени тяжести на базе временного развернутого госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Пациенты имели следующие ревматологические заболевания (РЗ): подагра (ПА) 20 – чел. (57%), сред. возраст – 64,2±9,9 лет, мужчин/

женщин (м/ж) – 15/5 чел.; ревматоидный артрит (РА) 7 – чел. (20%), сред. возраст – 64,6±6,1 лет, м/ж – 3/4 чел.; псориатический артрит (ПсА) 1 – чел (3%), м/ж – 1/0 чел.; анкилозирующий спондилит (АС) – 4 чел., сред. возраст – 50,3±12,8 лет. (11%), м/ж – 2/2 чел.; системная красная волчанка (СКВ) 1 – чел. (3%), м/ж – 0/1 чел.; остеохондроз 1 – чел. (3%), м/ж – 0/1 чел.; ревматический больной (РБ) 1 – чел. (3%), м/ж – 1/0 чел. Анализированы показатели гемограммы, биохимического анализа крови, а также клиническая картина COVID-19. На момент обследования все пациенты находились в стадии ремиссии РЗ, поддерживаемой медикаментозно. Все пациенты получали терапию, согласно клиническим рекомендациям по лечению COVID-19.

Результаты и обсуждения. При оценке клинических показателей легкая форма заболевания COVID-19 наблюдалась наиболее часто у пациентов с РА и ПА (29% и 10%). У остальных заболевание протекало в среднетяжелой форме. При оценке степени поражения легочной ткани наибольшая степень наблюдалась у больных с СКВ и АС – 40% и 39,0±4,0% ($p<0,05$ по сравнению с другими группами). Уровень сатурации кислорода крови (SpO_2) был ниже нормы у всех групп больных и имел среднее значение 94,6±1,7%. При оценке коморбидного статуса наибольший показатель по сравнению с другими группами имели больные с ПА – 5,46±1,76 балла, а самый низкий, т.е. наиболее благоприятный, имела пациентка с СКВ – 3 балла ($p<0,05$, по сравнению с другими группами). При оценке гемограммы у пациентов с остеохондрозом и ревматизмом наблюдалась незначительная лимфопения – 0,92x10^9/л и 0,61 x10^9/л соответственно. Лимфоцитоз отсутствовал на фоне COVID-19 во всех группах больных. Лейкоцитоз на фоне инфекции отмечался у больной с СКВ – 14,5x10^9/л. и имел тенденцию к увеличению у больного с ПсА – 9,02x10^9/л. Поражение почек в виде острого почечного повреждения (ОПП) наблюдалось в 1 случае, в частности у пациентки с СКВ с повышением уровня креатинина 244 мкмоль/л. Д-димер у данной больной достигал 11375,5 мкг/мл, и был максимальным по сравнению с остальными группами: РА – 90,9±151,9 мкг/мл, ПА – 76,3±204,52 мкг/мл, АС – 33,6±29,5 мкг/мл, ПсА – 52,3 мкг/мл, РБ – 29,1 мкг/мл ($p<0,05$.). Трансаминазы (АЛТ и АСТ) были выше нормы у всех больных. Гипергликемия отмечалась у больных АС и достигала 7,5±2,14 ммоль/л (уровень глюкозы натощак) ($p<0,05$, в сравнении с остальными группами пациентов), СРБ достигал максимальных значений в группе СКВ – 250,2 мг/л. и у РБ – 249,67 мг/л. в сравнении с группой РА – 88,4±71,1 мг/л., ПА – 41,7±39,3 мг/л., АС – 98,6±82,7 мг/л., остеохондроз – 159,9 мг/л., ПсА – 109,88 мг/л. ($p<0,05$).

Выводы. Клиническая тяжесть по критерию «объема пораженной легочной ткани» чаще наблюдалась у больных АС и СКВ, а по критерию «поражение почек» у больной СКВ, у которой также был наиболее высокий уровень Д-димера и СРБ. Лимфопения чаще наблюдалась у больных остеохондрозом и РБ, гипергликемия определялась преимущественно у больных АС.

ТРУДНОСТИ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ БОЛЬНЫМ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юдкина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Выделить особенности течения висцеральной формы ССД у пациентов с ЛАГ.

Материал и методы. В исследование включено 11 пациентов с достоверным диагнозом ССД по критериям 2013 года, но без признаков каких-либо вариантов уплотнения кожи: у них отсутствовали отек пальцев кистей, индурация или атрофия кожи. ЛАГ диагностирована у 11 пациентов при катетеризации правых отделов сердца и легочной артерии.

Результаты и обсуждение. Большинство больных имело длительный (более 5 лет) период изолированного феномена Рейно (ФР), за исключением одной, у которой заболевание манифестировало с признаков синдрома Шегрена (паротитов) (СШ). У всех пациентов в течение продолжительного периода времени имелся благоприятный хронический медленно прогрессирующий характер течения заболевания. У 7 из 11 пациентов диагноз ССД был заподозрен кардиологами, и эта клиническая гипотеза подтверждалась обнаружением в крови антинуклеарных антител. В качестве первого не-Рейно симптома у 3-х пациентов – гипотония пищевода, у 2-х – дигитальные язвочки, у 2-х – телеангиэктазии, у 1-ой пациентки заболевание манифестировало симптомами ЛАГ – одышкой. Ни у одного пациента не было типичных для ССД вариантов уплотнения кожи. ФР в 100% случаев, но дигитальные ишемические нарушения – язвочки, рубчики – имелись лишь у троих. Диагноз ССД в большинстве случаев верифицирован в связи с наличием капилляроскопических склеродермических изменений (100% случаев) и у 7-ми – ССД-специфических АТ (АЦА). У 4-х пациентов выявлялись Ro-антитела, у трех – anti-RNP-70. У 3-х

из 4-х пациентов с Ro-антителами при обследовании выявлен СШ, у одной – исключен. У 1-го пациента с anti-RNP-70 в анамнезе имелось указание на миозит. Необходимо отметить, что «пограничный» балл для достоверности диагноза, равный 9, имелся у трех больных с отсутствием АЦА, однако они набирали другие признаки ССД, делающие диагноз достоверным. Гипотония пищевода и связанные с ней симптомы встречались у 10 из 11. Одному пациенту диагностирован перекрестный синдром с РА (эрозивный артрит, деформации суставов, помимо АЦА, выявлены РФ, АЦЦП).

Выводы. Внедрение критериев диагностики ССД ACR-EULAR 2013 года оказалось наиболее актуальным для пациентов без вовлечения в процесс кожи. Что позволило своевременно диагностировать ССД в этой группе больных, следовательно, прогнозировать у них течение ЛАГ. Классификационные критерии ACR-EULAR 2013 года являются программой для установления диагноза ССД у больных ЛАГ, особенно при отсутствии типичных склеродермических кожных изменений. Чем раньше диагностирована ЛАГ-ССД и назначена ЛАГ-специфическая терапия, тем больше продолжительность жизни пациента.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Юдкина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Выделить особенности течения легочной артериальной гипертензии при системной склеродермии.

Материал и методы. В исследование включен 51 пациент с ЛАГ-ССД. В качестве контрольной выбрана группа из 50 больных ИЛГ. Для верификации диагноза ЛАГ всем пациентам выполнялись исследования по программе, соответствующей Российским рекомендациям по диагностике и лечению легочной гипертонии 2013 года, с обязательным проведением катетеризации правых отделов сердца и легочной артерии (КПОС). Диагноз ССД устанавливался в соответствии с классификационными критериями 2013 года. С целью обнаружения особенностей течения ЛАГ у больных ССД нами проведен расчет отношение шансов (ОШ) наступления события методом одновариантной логистической регрессии в группах пациентов с ЛАГ-ССД в сравнении с ИЛГ.

Результаты и обсуждение. Нами выявлено 29 проявлений, статистически подтвердивших свое значение при ЛАГ-ССД. Наиболее значимыми из них, повышающими риск обнаружения ССД у пациентов с ЛАГ, стали возраст старше 45 лет (ОШ 9,7; 95% ДИ 3,9-24,3, p<0,00001), сывороточный уровень мочевой кислоты >387 мкмоль/л (ОШ 3,8; 95% ДИ 1,5-9,6, p=0,003), снижение диффузионной способности легких (ДСЛ) <60% (ОШ 13,8; 95% ДИ 4,3-44,7, p<0,00001), отношение форсированной жизненной емкости легких к ДСЛ <1,7 (ОШ 13,0; 95% ДИ 3,9-42,9, p<0,00001), уровень С-реактивного белка >2 мг/л (ОШ 12,9; 95% ДИ 3,96-41,8, p<0,00001), наличие выпота в полости перикарда (ОШ 2,3; 95% ДИ 1,0-5,1, p=0,04), среднее давление в правом желудочке (ДПЖ) >15,5 мм рт.ст. (ОШ 8,9; 95% ДИ 3,4-23,1, p<0,00001), диастолическое ДПЖ >4,5 мм рт.ст. (ОШ 4,6; 95% ДИ 1,9-11,2, p=0,0003). К признакам, снижающим риск обнаружения ССД у пациентов с ЛАГ, относились среднее давление в легочной артерии >55 мм рт.ст. (ОШ 0,4; 95% ДИ 0,2-0,9, p=0,03), легочное сосудистое сопротивление >12 единиц Вуда (ОШ 0,4; 95% ДИ 0,2-0,9, p=0,02), уровень гемоглобина >146 г/л (ОШ 0,3; 95% ДИ 0,2-0,8, p=0,007), синкопальные состояния (ОШ 0,3; 95% ДИ 0,1-0,9, p=0,02).

Выводы. Выделение особенностей течения ЛАГ, повышающих вероятность обнаружения ССД, способствует своевременной постановке диагноза ССД, позволяет предположить течение ЛАГ, вдумчиво подойти к подбору и мониторингу эффективности ЛАГ-специфической терапии. Что в свою очередь поспособствует улучшению выживаемости и функционального статуса пациентов с ЛАГ-ССД.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ ВОЗРАСТОМ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

Яковлева И.Н., Красножон В.С., Пайкова А.С., Ушакова С.Е.
Ивановская государственная медицинская академия,
г. Иваново

Цель исследования. Оценка частоты старческой астении (СА) в амбулаторных условиях у пациентов возрастом 75 лет и старше в ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Материалы и методы. Было проведено одномоментное открытое исследование, в котором приняли участие 106 пациентов в возрасте от 75 до 92 лет, наблюдавшихся на амбулаторном этапе в 3 поликлинике ОБУЗ «ГКБ №3 г. Иваново». В группе обследованных было 72,2% женщин и 27,8% мужчин. Скрининг синдрома старческой астении проводили с помощью опросника «Возраст не помеха» в рамках проведения диспансеризации согласно приказу 124 от 13.03.19 Минздрава России. При отсутствии положительных ответов пациентов считали «крепкими» (СА отсутствует). При наличии 1-2 положительных ответов пациентов расценивали как «прехрупких» (фиксировали состояние преастении). В случае получения более 3 положительных ответов пациентов относили к группе «хрупких» у которых с высокой вероятностью есть СА.

Результаты исследования. По результатам опроса количество «крепких» пациентов составило 5%, они должны наблюдаться у участкового терапевта. Количество «прехрупких» пациентов составило 36%, данной группе рекомендовано обращение к врачу-гериатру для разработки плана диагностических мероприятий и проведения коррекции выявленных гериатрических синдромов (ГС). 56% составили «хрупкие пациенты», которых необходимо направить в гериатрический кабинет для выполнения комплексной гериатрической оценки и разработки индивидуального плана ведения. По результатам отдельных вопросов анкеты были выявлены следующие гериатрические синдромы: у 14% выявлен синдром мальнутриции; у 61% выявлен синдром снижения слуха и зрения; у 19% выявлен синдром риска падений; у 42% выявлен синдром депрессии; у 61% выявлен синдром когнитивных нарушений; у 22% выявлен синдром недержания; у 67% выявлен синдром снижения мобильности. Пациентам необходимо полнее обследование на 2 этапе диспансеризации для точного установления и устранения причин выявленных проблем.

Обсуждение. Шкала-опросник «Возраст не помеха» позволила выявить у 56% пациентов наличие старческой астении, у 39% наличие ГС и повышенный риск развития СА. Использование данного опросника на этапе диспансеризации лиц старше 75 лет позволяет своевременно выявить наличие у пациента ССА и других ГС, оказать своевременную медицинскую и социальную помощь, улучшить качество жизни пациентов, уменьшить риски валидизации и смерти.

Выводы. По результатам опроса из 36 пациентов количество «крепких» пациентов составило 2 человека (5%), количество «прехрупких» пациентов составило 14 человек (36%), большую часть составили «хрупкие» пациенты – 20 человек (56%). Наиболее распространенными гериатрическими проблемами являются синдром снижения слуха и зрения, когнитивных расстройств, снижения мобильности.

АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЛЯ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

Ямщикова Т.Ю.[1], Самсонова Т.И.[2], Грачева Е.В.[2], Макарова О.В.[1], Углева Е.М.[1]
[1]Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург,
[2]Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области, г. Тюмень

Ожирение является предрасполагающим фактором развития и осложненного течения множества болезней, что может приводить к инвалидности. Морбидным называется ожирение с индексом массы тела (ИМТ) ≥40 кг/м^2 или ≥35 кг/м^2 при наличии серьезных осложнений. Наиболее значимыми ассоциированными с ожирением заболеваниями являются сердечно-сосудистая и онкологическая патология, сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа), неалкогольная жировая болезнь печени и др.

При освидетельствовании пациентов в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) врачи-эксперты определяют наличие стойких нарушений функций различных систем организма и степень их выраженности.

Цель. Изучить характер ассоциированной патологии у больных с морбидным ожирением.

Материал и методы. Обследовано 53 пациента с морбидным ожирением (ИМТ ≥40 кг/м^2), направленных на освидетельствование в бюро МСЭ. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного исследования, общеклинических и биохимических показателей, ЭКГ и ЭхоКГ, Холтеровского мониторирования ЭКГ в течение 24 часов, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Средний возраст освидетельствуемых составил 58 лет, средний ИМТ – 49,2 кг/м^2 (от 40,2 кг/м^2 до 73,5 кг/м^2).

У всех пациентов отмечена патология сердечно-сосудистой системы в виде артериальной гипертензии, ИБС, хронической венозной недостаточности нижних конечностей в различных сочетаниях. Наиболее часто присутствовала ар-

териальная гипертензия 2 или 3 степени (в 86,8% случаев). У 32 из 53 обследованных (60,4% случаев) диагностирована стенокардия напряжения II или III функционального класса; 20 человек (37,7% случаев) перенесли инфаркт миокарда, им были выполнены транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика со стентированием, аортокоронарное или маммарокоронарное шунтирование. Нарушения ритма сердца регистрировали в 58,5% случаев, в том числе персистирующую фибрилляцию предсердий (70,9%), желудочковую экстрасистолию 3 и выше градаций по Лауну (22,6%) и предсердно-желудочковую блокаду 1 или 2 степени (6,5%). У 20 из 53 пациентов (37,7% случаев) выявлена обусловленная ИБС хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II А стадии, что подтверждалось явлениями застоя в малом круге кровообращения, результатами ЭхоКГ (снижение фракции выброса левого желудочка, диастолическая дисфункция и др.).

У 5 из 53 пациентов были застойные явления по обоим кругам кровообращения (ХСН IIБ), что можно объяснить сочетанием ИБС и поражением дыхательной системы, типичным для морбидного ожирения (синдром гиповентиляции). При объективном исследовании констатировали одышку, цианоз губ, ногтевых пластин, гиперемию лица, отеки стоп и голеней, влажные хрипы в нижних отделах легких, увеличение печени. Результаты ЭхоКГ подтверждали данный диагноз наличием артериальной легочной гипертензии, дилатацией камер сердца, трикуспидальной регургитацией.

СД 2 типа или нарушенную гликемию натощак диагностировали у 23 из 53 освидетельствуемых (в 43,4% случаев).

Таким образом, основной спектр ассоциированных болезней у пациентов с морбидным ожирением, направленных на освидетельствование в бюро МСЭ, был представлен сердечно-сосудистой патологией.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Яриков А.В.[1], Шпагин М.В.[2], Донгак М.М.[1]
[1]Приволжский окружной медицинский центр,
[2]Городская больница №39,
г. Нижний Новгород

В России около 14 млн. человек страдают остеопорозом позвоночника (ОП), что составляет примерно 10% населения; 4/5 страдающих ОП – женщины, а около 50% женщин с ОП после 50 лет имеют переломы. В Германии 2 млн. женщин и 800 тыс. мужчин страдают от последствий переломов тел позвонков при ОП.

Широкая распространенность ОП, инвалидизирующий характер осложнений (например, патологических переломов) привлекает внимание к решению этой проблемы врачей разных специальностей: ревматологов, терапевтов, врачей общей практики, ортопедов, нейрохирургов, неврологов, эндокринологов, гинекологов.

Для предотвращения переломов и восстановления МПКТ назначают медикаментозное лечение – препараты Са, витамина D и модуляторы резорбции костной ткани (КТ). Приступать к терапии при ОП с целью профилактики переломов необходимо при МПКТ -2,5 SD t-критерия независимости от ФР, наличии низкоэнергетических возрастзависимых переломов КТ и высокого риска переломов (по FRAX).

Группа модуляторов резорбции – бифосфонаты (БФ), которые выпускают как для приема внутрь, так и для внутривенного введения. БФ и стронция ранелат в настоящее время причисляют к средствам 1-го ряда. БФ подавляют резорбцию КТ, оказывая прямое действие на остеокласты, что ведет к нарушению их образования, метаболизма и функциональной активности. Препараты этой группы длительно сохраняются в КТ (до ≥10 лет), участвуя в процессах ремоделирования КТ, что вызывает увеличение массы КТ.

Сегодня на рынке представлены 3 поколения БФ: к I относят этидронат, клодронат, тилутронат, ко II – алендронат, памидронат и к III – ризендронат, ибандронат, золендронат. Противопоказания к применению БФ: гиперчувствительность к препарату; стриктуры и ахалазия пищевода; тяжелая почечная недостаточность; гипокальциемия; беременность; лактация; детский возраст.

Стронция ранелат содержит 2 атома стабильного стронция, связанных с раневой кислотой. Он оказывает двунаправленное действие на КТ: стимулирует образование и подавляет резорбцию. Рекомендуется принимать по 2 г стронция ранелата 1 раз день; его всасывание замедляет пища, поэтому его следует принимать в промежутках между приемами пищи или перед сном.

КЦ – полипептидный гормон, вырабатывающийся парафолликулярными клетками щитовидной железы. Главный эффект КЦ – замедление резорбции КТ из-за торможения дифференцировки и активности остеокластов. КЦ лосося обладает более сильной (в 40-50 раз) антирезорбтивной активностью, чем человеческий. Препарат может вводиться подкожно, внутримышечно или в виде

назального спрея. Биологическая активность КЦ лосося, применяемого в виде назального аэрозоля, в 2-4 раза меньше, чем при его введении парентерально; следовательно 200 МЕ назального спрея сопоставимы с 50 МЕ инъекционной формы. При постменопаузальном ОП лечение КЦ лосося в постоянном режиме уменьшает риск переломов ТП, однако его продуктивность для профилактики невертебральных переломов, в том числе перелома шейки бедра, остается сомнительной. Следует помнить, что КЦ представляется препаратом выбора у людей с острыми болями на фоне переломов ТП при ОП. КЦ необходимо назначать в дозе 200 МЕ интраназально на каждый день или в дозе 100 МЕ внутримышечно или подкожно через день постоянно, или с перерывами (лечение – 3 мес, перерыв 2-3 мес.) курсами по 10-12 сут. в месяц.

МОЖЕТ ЛИ ОСЛОЖНЕНИЕ УЛУЧШИТЬ ПРОГНОЗ? КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ярмош И.В., Селецкий С.С., Догова В.И., Абдульминова Р.И., Айдемирова Ж.Б.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель. На примере клинического случая выяснить, может ли осложнение оказать положительное влияние на состояние больного и улучшить прогноз.

Материалы и методы. Описание клинического случая пациентки 82 лет, пролеченной в 2017г. в клинике СЗГМУ им. И.И.Мечникова, с проспективной оценкой состояния больной в 2021г. В 2017г больная была экстренно госпитализирована с декомпенсацией сердечной недостаточности (СН) на фоне склеро-дегенеративного критического аортального стеноза (АС), тахисистолической фибрилляции предсердий (ФП), гипертонической болезни (ГБ). Методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), коронароангиография (КАГ), рентгенография органов грудной клетки (ОГК), компьютерная томография (КТ); Миннесотский опросник (MLHFQ).

Результаты. При поступлении жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке (ФН), отеки ног, учащенное сердцебиение, чувство дискомфорта за грудиной. Анамнез заболевания: длительно ГБ, в течение года тихисистолическая ФП и частые (5 раз) госпитализации с декомпенсацией СН. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, ортопноэ, периферические отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки, набухание шейных вен, систолический шум над всеми точками аускультации сердца, тахисистолия, укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания в нижних отделах легких с обеих сторон. Исследования. По ЭхоКГ: полости сердца расширены, концентрическая гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), фракция выброса (ФВ) ЛЖ 41%, выраженный кальциноз кольца и аортальных полулуний, клапанный стеноз аорты критический, аортальная недостаточность 2 степени, расчетное систолическое давление в легочной артерии 60 мм рт.ст., расхождение листков перикарда за боковой стенкой ЛЖ 7-8 мм. ЭКГ – ритм ФП, с частотой желудочковых ответов (ЧЖО) 133 в минуту, признаки ГЛЖ. Рентгенография ОГК при поступлении: двусторонний гидроторакс. На фоне лечения через 2 недели состояние больной улучшилось в виде купирования отечного синдрома, однако, сохранялась тахисистолия, что наряду со сниженной ФВ ЛЖ и критическим АС создавало риск быстрой декомпенсации СН. Состояние больной расценивалось как тяжелое. Операция по протезированию АК с использованием аппарата искусственного кровообращения была бы связана с высоким риском периоперационной летальности и развитием других тяжелых осложнений (ES II – 15,6%; STS – 10,8%). Было принято решение о выполнении транскатетерной имплантации аортального клапана (TAVI) в ближайшие сроки, а хирургическое решение вопроса о контроле ЧЖО – во вторую очередь. Перед операцией были выполнены КАГ (без стенозов), КТ аорты. Была выполнена операция TAVI, осложнившаяся развитием полной атрио-вентрикулярной блокады, потребовавшей временной электрокардиостимуляции (ЭКС). Собственного ритма не возникло. Выполнена имплантация однокамерного постоянного ЭКС (VVIR). При контрольной ЭхоКГ признаков дисфункции протеза не выявлено, без отрицательной динамики. ЭКГ – на фоне ФП регистрировалась эффективная работа ЭКС, ЧЖО 60 в минуту. После выписки пациентки в 2017г. до 2021г. СН сохранялась на уровне 2-3 ФК, без повторных госпитализаций по поводу ее декомпенсации. На визите в клинику в 2021г. состояние пациентки удовлетворительное, 40 баллов по MLHFQ.

Вывод. Таким образом, интраоперационное осложнение TAVI способствовало одномоментному устранению двух причин декомпенсации СН: критического АС и тахисистолической ФП с неэффективным медикаментозным контролем ЧЖО, что благоприятно повлияло на прогноз данной больной с СН.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ СЕПТАЛЬНОЙ АБЛАЦИИ

Ярмош И.В.[1], Михайлов Р.Р.[1], Болдуева С.А.[1], Абрамас П.М.[1], Аль-Мадхун А.И.[1], Попов К.В.[2]
[1]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
[2]Городская многопрофильная больница №2,
Санкт-Петербург

Своевременное оперативное лечение ГКМП с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ОВТЛЖ) снижает риск внезапной сердечной смерти (ВСС) и улучшает качество жизни этих пациентов. Однако, пациенты с ГКМП нуждаются в активном наблюдении и профилактике сердечной смерти от других причин: аритмий, тромбоэмболий, сердечной недостаточности.

Цель. Показать на примере клинического случая особенности лечения ГКМП после выполненной септальной спиртовой абляции (САА) у больной с коморбидной патологией.

Материалы и методы. Описание клинического случая женщины 43 лет, проходившей лечение в клинике СЗГМУ им. И.И.Мечникова в 2019 г. Методы диагностики: электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), коронароангиография (КАГ).

Результаты. При поступлении больная предъявляла жалобы на учащенное сердцебиение, дискомфорт в левой половине грудной клетки, одышку при любой физической нагрузке (ФН), повышенную утомляемость, пресинкопальные состояния. Из анамнеза жизни известно, что с 27 лет беспокоили головокружение и пресинкопальные состояния наряду со сниженной толерантностью к ФН. С 28 лет, через 1 год после родов, имела ожирение 2 степени. С 30 лет отмечала редкие подъемы АД до 160/90 мм рт.ст. В 32 года по данным впервые выполненной ЭхоКГ установлен диагноз ГКМП с ОВТЛЖ. В том же году в ГМПБ №2 успешно проведена ССА, после которой отсутствовали пре- и синкопальные состояния, повысилась толерантность к ФН. С 2009 года бронхиальная астма, в связи с чем бета-блокатор был заменен на недигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов (НД БКК). С 2010 г. сахарный диабет 2 типа (прием ПССП), ожирение 3 степени. В течение 10 лет после ССА постепенно учащались перебои в работе сердца и эпизоды тахиаритмии, снижалась толерантность к ФН. В 42 года впервые возникло синкопальное состояние. В том же году зарегистрировано трепетание предсердий (ТП). Проведена медикаментозная кардиоверсия кордароном. Ввиду возникновения аллергической реакции произведена замена кордарона на НД БКК. На ЭхоКГ в 2018г. ГКМП без ОВТЛЖ, умеренная дилатация левого предсердия (ЛП). При СМ-ЭКГ в 2018г. частые пароксизмы ФП, неустойчивые желудочковые тахикардии (НУЖТ). Рекомендованный новый оральный антикоагулянт (НОАК) не принимала. В январе 2019г. перенесла инсульт головного мозга по ишемическому (кардиоэмболическому) типу в бассейне левой средней мозговой артерии, после чего принимала НОАК и антисекреторный препарат (с 1996г эрозивный гастроэзофагит, гепатит С). Рекомендованная радиочастотная аблация предсердий не была выполнена. В течение 2019 года прогрессировала сердечная недостаточность до IV ФК. В анамнезе жизни: внезапная смерть у матери в 36 лет. Результаты исследований. При СМ-ЭКГ в 2019 г. на фоне ФП-ТП с частотой 68-153 в минуту регистрировались НУЖТ. При ЭхоКГ: миокард ЛЖ утолщен до 19 мм в области верхушки; акинезия базальной части МЖП; без ОВТЛЖ; фракция выброса ЛЖ 71,4%, ЛП увеличено. При КАГ стенозов не было выявлено. У пациентки имелся высокий риск ВСС (HCM Risk-SCD=15,1). В связи с этим был имплатирован кардиовертер-дефибриллятор. Подобрана медикаментозная терапия: НД БКК, НОАК, блокатор рецепторов к ангиотензину II, антисекреторный препарат, ПССП, ингаляционный кортикостероид. На фоне проведенного лечения отсутствовали пре- и синкопальные состояния, улучшилась переносимость ФН.

Выводы. При лечении пациентов с ГКМП необходимо учитывать не только наличие или отсутствие ОВТЛЖ, но и другие факторы неблагоприятного прогноза, связанные с ГКМП, а также коморбидность.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Аак О.В. 52
Абазова З.Х. 50, 320
Абдуазизова Н.Х. 3, 5, 184
Абдулганиева Д.И. 205, 206, 288
Абдуллаева Д.А. 116
Абдуллаева Н.Х. 5
Абдуллаев А.Х. 17
Абдуллаев Б.С. 3
Абдуллаев М.А. 4
Абдуллаев Э.Р. 178
Абдульминова Р.И. 334
Абдумаликова Ф.Б. 299
Абдураззакова Д.С. 178
Абрамас П.М. 335
Абраменко А.С. 5
Абсалямова Г.Р. 6
Агафонова Е.М. 7, 242
Агбайи Г.Г. 168
Адамбаев З.И. 8, 9, 45, 193, 194, 301, 302
Адильханова В.О. 268
Адильханова Г.О. 224
Азизов Ш.И. 17
Айдемирова Ж.Б. 334
Акильжанова А.Р. 269
Аксельрод М.М. 10
Алейник В.А. 11, 12, 23, 24, 25, 26, 102, 103, 104
Александрова Е.А. 13, 14, 15
Александров А.Н. 289
Александров Т.Л. 276
Алексеева Е.С. 15
Алексеева Л.И. 126
Алексеева М.Д. 16
Алексеева О.Г. 69
Алешкин В.А. 162
Алиева К.К. 178, 233, 271, 272
Аликулов С.Х. 184
Аль-Мадхун А.И. 335
Аляви Б.А. 17
Амирджанова В.Н. 226
Ананьева А.С. 18
Ананьева Е.И. 293
Ананьева Л.П. 65, 82, 83, 137, 138, 208, 209
Андреева Е.Ю. 143
Ан И.К. 224
Антонова И.Н. 18
Антонова М.А. 306
Арипова Н.А. 64, 83, 84, 195, 232, 246
Аронова Е.С. 19, 20, 74, 152
Арцимович В.В. 21
Арчакова Л.И. 172
Аскаров Н.Л. 64
Асташонок А.Н. 22
Атрещенкова А.Г. 43
Аутеншлюс А.И. 60
Афанасьева М.Ю. 23
Афанасьев С.С. 162
Ахмедова Д.К. 102, 103
Ахмедова Ш.Ш. 84
Ахтямова Ю.Р. 119
Ачинович С.Л. 313
Ашуралиева М.А. 11, 23, 24, 25, 26
Ашуралиева Н.А. 104
Ашуралиева Н.Д. 11, 23, 24, 25, 26, 102, 103

Б

Бабаева А.Р. 107
Бабак В.В. 228
Бабкин Б.К. 282
Багрий А.Э. 28
Багрий В.А. 28
Баев А.В. 59
Баймеева Н.В. 74
Балясникова Н.А. 281
Баранова М.М. 30, 192
Баранова Т.А. 276
Баранов В.Л. 28, 325
Баранов Д.З. 29
Барсуков А.В. 31
Басина В.В. 214
Бахарева Ю.С. 32
Бахтояров П.Д. 39
Башкинов Р.А. 32, 251, 295, 296
Башкирцев Я.А. 98
Бедина С.А. 264
Беззубцева Е.Н. 57
Бейлина Н.И. 33, 34
Бекетова Т.В. 228
Белавина Е.А. 119
Белая И.Е. 35
Беликин А.А. 13
Беликина Д.В. 36
Белова Е.А. 131, 296, 297
Белов Б.С. 19, 30, 74, 167, 192
Белокрылова Л.В. 236
Белоусова И.Э. 298
Бельская М.И. 180
Беляева Е.Л. 93
Беляева И.Б. 251
Бердиева Д.У. 83, 84
Бердовская А.Н. 37
Берулава К.Р. 163
Бикбавова Г.Р. 38
Благинина И.И. 39, 40
Благодаренко А.Б. 40
Бланк Л.М. 19
Близниченко А.С. 40, 285, 286
Блудова Н.Г. 39, 40
Бобожанов У.А. 302
Бобров О.А. 18
Бобылева Т.А. 41
Богдалова Л.Р. 42
Богданов А.Н. 42, 130
Богданов В.К. 43
Бодаубай Р. 269
Бокерия Л.А. 217
Болдуева С.А. 44, 76, 91, 105, 165, 335
Болтаева З.О. 45
Болтач А.В. 71
Большакова Л.И. 216
Бондарчук В.И. 46, 47, 48
Бораева Т.Т. 197
Борель А.О. 49
Борисов Н.В. 50
Боровая Т.В. 120
Бородачева И.В. 13, 14
Борсуков А.В. 275
Борукаева И.Х. 50, 320
Борукаева Л.А. 50, 320
Брусенцова М.А. 107
Бугрова О.В. 112, 113
Будагова Е.С. 51, 285
Будневский А.В. 277, 278, 304, 305
Буеверов А.О. 275
Бурыгина Е.В. 52
Бутакова Н.А. 53
Буторина Е.В. 54, 198, 199
Бычкова А.С. 54

В

Важенина Д.А. 319
Вакуленко О.Н. 281
Валутите Д.Э. 55
Василенко Е.А. 251
Васильев А.В. 56
Васильева В.А. 56
Васильев А.Г. 205
Васильева Л.В. 57
Васильева Н.А. 90
Васильева Н.В. 52
Васильев Н.Ю. 258

Васюкова М.С. 118
Вахитов Х.М. 267
Венгржиновская О.И. 57
Венцловайте Н.Д. 72
Веялкина Н.Н. 314
Вилкова О.Е. 58
Виноградова Л.Г. 289
Вишнякова М.В. 5
Власенко С.В. 59
Власко В.В. 119
Власова Т.М. 60
Водянова О.В. 90
Вознюк К.О. 191
Войтко М.С. 60, 315
Волкова А.Г. 155
Волков А.В. 330, 331
Волковая Э.И. 190
Волобуев М.В. 43
Вологдина И.В. 230
Володченко С.А. 56
Волошинова Е.В. 254
Волынкина А.П. 61
Волынкина Е.А. 86
Воробьёва Ю.В. 170
Воропаев Е.В. 313
Ворохобина Н.В. 28, 325
Вялова М.О. 304

Г

Габдрахманов И.А. 214
Гаврилова Н.Ю. 16
Гавриченко А.В. 62
Газиев А.Р. 267
Гайдук Е.И. 71
Гайдукова И.З. 32, 54, 295, 296
Галенко А.С. 63
Ганиева Н.А. 64, 84, 195, 232, 246
Гарганеева А.А. 253
Гарзанова Л.А. 65, 208, 209
Геллер С.И. 66, 116
Герасименко В.В. 218
Герасимов Г.А. 163
Гетман С.И. 67
Гизингер О.А. 299
Глазков И.С. 171
Глухова С.И. 20, 74, 152, 191
Голдобин В.В. 23, 168, 186, 191
Голец К.О. 76
Головина О.А. 191
Голубова Т.Ф. 59
Голухова Е.З. 202, 217
Гончаренко О.Д. 68
Гончарова П.С. 68, 69
Горбань В.В. 292
Горбунова Ю.Н. 69, 140
Гордиенко А.В. 70, 182
Горева О.Б. 315
Горемыкина М.В. 224
Горналева А.А. 274
Горовенко Д.И. 71
Горовенко И.И. 71
Горячева Л.Г. 72, 321
Гостева Д.И. 71
Грачева Е.В. 332
Гречкин В.И. 221, 222
Грешнякова В.А. 72
Григорьева Н.Ю. 73
Григорьев К.С. 298
Гриднева Г.И. 19, 20, 74, 152
Гришанова А.Ю. 315
Громова М.А. 75
Груздева Е.С. 50
Гузёва В.М. 76
Гуз Н.П. 124
Гуляй И.Э. 184
Гуревич К.Г. 98
Гурина Л.Н. 76
Гурьянова Е.А. 175
Гусева С.Н. 131
Гусейнова Н.Н. 78, 79
Гусейнов Н.И. 77, 78, 79

Д

Давыдова Т.К. 68, 69
Давыдов В.В. 79
Давыдов Д.А. 80
Давыдов С.И. 303
Далжанова З.М. 178
Далимова Д.А. 17
Дворецкий Л.И. 281
Дворовкин А.Э. 235
Дворянкина Т.В. 6
Дембицкая С.А. 143
Демин Н.В. 96, 97
Демкович А.Е. 81, 328
Денисевич Т.Л. 142
Денисик Н.И. 76
Денисова Е.М. 81, 114
Деомидов Е.С. 174
Десинова О.В. 65, 82, 83, 208, 209, 231
Джахбарова Д.К. 293
Джуманиёзов Д.И. 83
Джураева Э.Р. 64, 84, 195, 271, 272
Дибров Д.А. 252
Диденко В.И. 146
Димитрева А.Е. 7
Добровольская О.В. 85, 96, 97
Добрынина И.С. 94
Догова В.И. 334
Донгак М.М. 333
Дорохина А.В. 86
Доценко Э.А. 324
Дробышева В.Р. 61
Дробышева Е.С. 86, 87, 125, 207, 219, 239, 277, 309, 322
Дрощенко В.В. 88
Дубровина С.А. 326
Дуданова О.П. 88, 241
Дыбин А.С. 89
Дыдыкина И.С. 134, 135
Дыдышко Ю.В. 90
Дьяков А.А. 306

Е

Евгеньева А.В. 91
Евдокимов Д.С. 44, 76, 91
Евневич Е.П. 141
Евстратова Е.Ф. 57
Евстропов В.С. 309
Евсюгина Т.В. 110
Егорова Е.А. 178, 266
Елисеева Т.А. 281
Елисеев М.С. 205
Елканова А.Ю. 119
Емельянова А.Л. 164
Емельянов А.В. 255
Емельянова О.И. 92, 243
Емельянов Н.И. 92, 243
Ергалиева М.М. 178
Ермолова Т.В. 93
Ертуспаева Г.К. 283
Ершова М.В. 121
Есина Е.Ю. 94, 95, 316
Ефанова Е.Н. 96
Ефимова А.И. 80
Ефремова А.О. 96, 97
Ефремова Л.И. 225
Ефремова Н.А. 321

Ж

Жабина Р.М. 230
Жаворонок С.В. 79
Жарун Е.Р. 99, 100
Желябина О.В. 205
Жигулина А.И. 329
Жидкова Е.А. 98
Жилина Е.С. 110
Жильчук Д.И. 98
Жуков А.С. 99, 100, 101
Жуманиязова Г.С. 115
Жуманиязов К.Й. 115

Жураева М.А. 11, 12, 23, 25, 26, 102, 103, 104
Жураева М.М. 24
Журбий О.Е. 311
Журун Ю.А. 71

З

Заводько Е.А. 131, 297
Загидуллин А.А. 14
Задорина Е.Н. 201
Зайцев А.А. 18
Закиров Б.Х. 169
Занин С.Е. 215
Захарова А.Н. 266
Захарова О.В. 105
Захваткина М.А. 52
Зверева О.Н. 105, 106, 107
Звоноренко М.С. 107
Зелянина М.И. 258
Зигинов Е.А. 108
Зияева Ф.К. 5, 64, 84
Знахуренко А.А. 255
Зотов А.А. 285, 287
Зуева Е.Б. 327
Зуева Ю.С. 210
Зуйкова А.А. 95, 316, 317, 318
Зухритдинов У.Ю. 9
Зырина Г.В. 109
Зятьков А.А. 314

И

Ибрагимова Н.У. 271
Ибрагимова Ю.Д. 8, 302
Иваненко Т.А. 193
Иванова Р.Л. 224, 283
Иванова С.Н. 110, 111
Иванова Ю.Ю. 112, 113
Ивашина Е.Н. 291
Ивлева Е.Л. 201
Иволгин Н.Е. 114
Игнатенко Г.А. 81, 114
Илюшина Т.П. 73
Инамова О.В. 32, 251, 294, 295, 296
Иноятова Ф.Х. 299
Исмогилов А.И. 169
Йулдошев М.К. 115
Иштерякова О.А. 116

К

Кабурова А.Н. 5
Казакова В.В. 63
Калимбетова А.К. 269
Камилова А.Т. 66, 116
Канищева М.В. 118
Каратеев А.Е. 226, 289
Каргина А.М. 274
Карлович Н.В. 90
Кароль Е.В. 118, 119
Карпова И.С. 120
Карпов В.А. 298
Карпович О.А. 121
Касаткин Е.В. 122
Касимова М.Б. 123
Каспир Д.В. 124
Касымова М.Б. 3
Катюхин В.Н. 124
Катюхин Л.Н. 80
Каххарова Ш.Б. 123
Кацура К.С. 125, 126
Кашеварова Н.Г. 126
Кдырбаева Ф.Р. 127, 128
Кельн О.Л. 128
Киличев И.А. 301, 302
Кипчук А.В. 18
Киреева М.В. 7
Кириллова И.Г. 69
Кириллова Э.Р. 288
Киричук С.В. 129
Киселева Е.В. 75
Кислюк К.А. 130
Кисляк О.А. 75
Климко Н.Н. 52
Климонтов В.В. 60
Клочева Е.Г. 23
Ключарева С.В. 131, 157, 296
Ключарёва С.В. 156
Князева А.И. 132
Князев О.В. 276
Коваленко А.П. 133
Коваленко А.Ю. 134
Коваленко П.С. 134, 135
Кожевникова П.О. 135
Козлова Д.И. 142
Козлова П.А. 38
Козлова Я.И. 52
Козырев С.В. 18
Колосова К.С. 136
Колтакова А.Д. 137, 138
Комаров В.Т. 138
Комбарова О.Ю. 162
Комбарова С.Ю. 161
Кондратьев А.В. 139
Кондратьева Л.В. 140
Кондрачук А.Н. 314
Конева О.А. 65, 208, 209
Кононова О.Н. 140
Константинова И.В. 210
Конышко А.С. 141
Конюх Е.А. 180
Копылова Д.В. 187
Копылов В.Г. 188
Коренева Е.А. 142
Корнев А.В. 159
Королькова А.А. 142
Коротаев А.В. 140
Коротаева Т.В. 176, 282
Короткая В.В. 37
Косяков А.В. 143
Котляров С.Н. 144
Котова Ю.А. 10, 94, 316, 318
Котрова А.Д. 145
Коценко Ю.И. 145
Кочанова Е.А. 146
Кошлатая О.В. 262, 265
Кравцова Е.С. 147
Кравченко А.Я. 277, 278, 304, 305
Красивина И.Г. 91
Красильникова Л.А. 230
Красненко С.О. 7
Красножон В.С. 331
Красюкова Е.Д. 147
Крачак Д.И. 148, 149
Крашенинников А.Е. 178
Кремлев Д.И. 133
Крикова А.В. 141
Кришталь М.А. 294
Крылов А.С. 204
Крылова Ю.Г. 150
Крюковский С.Б. 275
Кудлач А.И. 151, 291
Кудрявцева А.В. 20, 74, 152
Кузнецова А.И. 153, 154
Кукурика А.В. 154
Кулагин Е.А. 155
Куликова Л.Е. 201
Куранбаев Ф.Ф. 3
Курбатова И.В. 88, 241
Курганская И.Г. 156, 157
Курышева О.А. 158, 311
Кутявина Л.А. 158
Кучев Р.Д. 159, 261

Л

Лаврухина А.А. 91
Лагунова Н.В. 197
Лакеенков Н.М. 297
Лакницкая А.О. 160
Лапыгина С.И. 110
Лахтин В.М. 161, 162
Лахтин М.В. 161, 162
Лебедева В.В. 191
Левина Е.М. 163
Левитина Е.В. 128

Лекарева И.В. 164
Леонова И.А. 44, 76, 105, 165
Лесных М.В. 166
Лешенкова Е.В. 255
Лила А.М. 69, 135, 137, 138
Ли Н.В. 201
Литвинова М.А. 167, 191
Литвинова О.С. 151
Лобанова А.С. 111
Лобах Т.С. 167
Лобзина А.С. 168, 186
Лобзин С.В. 168, 186
Лобода Е.С. 223
Логинова Е.Ю. 176, 282
Ломайчиков В.В. 211
Лопатина Е.В. 62
Лукина Г.В. 20, 152
Лысогорская И.В. 122
Лялина Л.В. 122
Ляшенко Е.Г. 195
Ляшкова Л.А. 143

М

Мавлянова Ш.З. 169
Магирко А.Е. 170
Маджидова Ё.Н. 193, 194
Мазуров В.И. 32, 181, 251, 295, 296
Майлян Д.Э. 170
Майлян Э.А. 171, 307
Макарова А.П. 172
Макарова М.В. 173
Макарова О.В. 332
Макаров С.Н. 159
Макова О.Н. 147
Маковеева О.В. 188, 247, 248
Максименко А.А. 163
Максимов А.В. 173
Максимова И.Д. 174, 175
Максимов Р.С. 174, 175
Малышев М.Е. 236, 237
Маль Г.С. 176
Мальцева М.А. 118
Маркелова Е.И. 176, 205
Маркелова Л.Н. 275
Марков Н.В. 177
Марченкова Л.А. 56
Марченкова М.И. 173
Марченко В.Н. 80
Маслянский А.Л. 142
Масюта Д.И. 197
Матвеев А.В. 178, 266
Матчанов С.Х. 178
Матьянова Е.В. 179
Махлина Е.С. 140
Махмудова З.Р. 308
Махмутов Р.Ф. 158
Мацкевич А.А. 51, 285, 286
Мацкевич С.А. 180
Машкова А.Е. 180
Мезит Е.В. 60
Мельникова А.В. 52
Мельников Е.А. 251
Мельников Е.С. 181
Мельничук М.Г. 35
Меньшикова А.Н. 182
Меньшикова И.В. 183
Механтьева Л.Е. 304, 305
Миклаш Н.В. 37
Милош Б.А. 184
Мирахмедова Х.Х. 184
Мирзаева Д.А. 185
Мирзаева Л.М. 168, 186
Мирович Е.Д. 307
Миронов А.А. 187
Миткеева В.О. 118
Михайличенко Е.С. 28
Михайлов Р.Р. 335
Мозговая Е.Э. 264
Моисеев И.С. 155
Мордасова В.И. 187
Морозов М.В. 188
Москалева П.В. 189
Москалюк О.Н. 190
Мрочек А.Г. 142
Музапаров У.Р. 299
Муллаханов Ж.Б. 169
Муминова Н.И. 246
Муминова С.Р. 169
Мунасипова А.Д. 191
Муравьева Н.В. 30, 167, 192
Муравьев Ю.В. 74, 191
Мусикян С.С. 193
Мухаметшина Э.И. 288
Мухаммаджонова Д.М. 193, 194
Мухаммадиева С.М. 184
Мухин И.В. 195

Н

Набиева Д.А. 3, 195, 232, 233, 246, 272, 273
Набиев Ж.М. 83
Навменова Я.Л. 140
Нагибович Г.П. 197
Нагибович О.А. 196, 197
Нагорнова К.А. 113
Назарова К.Х. 3
Налетов А.В. 124, 158, 190, 197
Налетова О.С. 124
Нанаева Б.А. 276
Насонов Е.Л. 69, 134
Насырова Р.Ф. 68, 69, 189
Недосеев С.С. 54, 198, 199
Некрасова Т.А. 36
Нелидова Н.В. 199, 200, 201
Немсадзе И.Г. 171, 307
Немченко В.О. 201
Нефедова Е.А. 253
Нечаева О.С. 131, 296
Никитина Т.Г. 202, 217
Никитинская О.А. 85
Николаева А.А. 203
Николаева Е.А. 204
Николаева Е.В. 330, 331
Николаева Л.А. 212
Николаев И.Ю. 155
Новикова А.М. 205
Новицкая Л.Г. 71
Новицкий М.А. 68, 69
Носков С.М. 91
Носович Д.В. 182
Нуждина Я.С. 134
Нурбаева К.С. 74
Нуриахметова Т.Ю. 205, 206
Нуриева Н.С. 319

О

Овсянникова О.Б. 65, 208, 209
Овсянников Е.С. 43, 71, 86, 147, 166, 170, 201, 207, 208, 217, 219, 229, 239, 245, 259, 264, 268, 274, 277, 287, 290, 309, 322
Овчаренко Т.А. 72
Огурцова С.Э. 260
Один В.И. 146, 235, 329
Олесин А.И. 210
Орехова Л.Ю. 223
Орленко М.С. 56
Орлова Н.В. 211
Орлов М.А. 211
Орлов М.М. 211
Осипенко С.И. 282
Осипова И.И. 212
Османов Э.А. 59
Останкова Ю.В. 55, 213, 214, 327
Отинов М.Д. 59
Оточкин В.В. 215

П

Павленко Л.С. 71
Павлова А.Г. 131
Павлова Е.Ю. 56
Пайкова А.С. 50, 216, 331

Панарина И.Н. 217
Панчев К.Д. 282
Паршина Е.В. 15
Пашкин А.Ю. 101
Пелех Д.М. 202, 217
Первак М.Б. 218
Перцев А.В. 86, 125, 126, 153, 154, 207, 219, 220, 221, 222, 223, 239, 278, 309, 323
Перцева М.В. 220, 221, 222, 223
Петелина Е.В. 211
Петров А.А. 223
Петрова М.М. 139, 189
Петрова М.С. 32, 251, 295, 296
Петрова Н.С. 118
Петрова Ю.В. 224
Печерских М.В. 225
Пинаева А.С. 225
Писарева Е.А. 138
Погожева Е.Ю. 226, 289
Полищук И.С. 113
Полонская И.И. 227
Польшкова А.А. 228
Пономарева Е.Ю. 42
Попкова Т.В. 69, 140
Попов А.А. 285, 286, 287
Попова К.А. 229
Попова Н.В. 118
Попов И.Ю. 228
Попов К.В. 335
Попов М.С. 326
Порошина Е.Г. 230
Поспелова Т.И. 60, 315
Потапова А.С. 231
Потапчук А.А. 150
Поцхор-Оглы С.Л. 163
Пошехонова Ю.В. 231
Прийма Е.Н. 214
Прокин Ф.Г. 304
Проскурина Ю.И. 143
Пулатова Ш.Б. 233
Пулатова Ш.Х. 234
Пулатов Х.Х. 232
Пухальская А.Э. 235
Пушников А.А. 236
Пушникова М.А. 236
Пшуков В.А. 253

Р

Рабик Ю.Д. 155
Разгонов В.И. 190
Разикова Г.Р. 169
Раимкулова Н.Р. 17
Раймуев К.В. 236, 237
Рахимова С.Р. 238
Рахимов С. 64
Рахманина О.А. 128
Реброва О.А. 39
Ребров Б.А. 40
Резова Н.А. 310
Резова Н.В. 87, 208, 220, 239, 240, 278, 323
Решетова Т.В. 241
Рогалева А.К. 110
Рогова И.В. 98
Родина А.С. 88, 241
Родионова А.Ю. 227
Родионов А.С. 133
Родыгин Д.Н. 15
Розенгауз Е.В. 215
Романова С.Е. 216
Ромашенко Е.И. 59
Ромашов Б.Б. 220
Руденко Э.В. 262, 265
Рудова М.В. 282
Руина Е.А. 13
Румянцева Д.Г. 242
Русанова О.А. 92, 243
Рыбка М.М. 202
Рыбкина О.А. 175
Рыжков А.Д. 204
Рыжова А.С. 243

С

Сабиров У.Ю. 244
Савушкина И.А. 245, 290
Сагатова Д.Р. 3, 246
Садыкова Л.Р. 205
Сайфутдинов Р.Г. 6
Сайфутдинов Р.Р. 6
Салахбеков И.С. 247, 248
Салиев А.К. 248
Салиев Д. 248
Салиев К.К. 248
Салянова Е.П. 74
Самаркина Е.Ю. 74
Самойленко Е.Г. 249
Самолюк М.О. 250
Самсонова Т.И. 332
Самцов А.В. 99, 100, 101
Санина А.И. 281
Саранцева Л.Е. 251
Сафарова К.Н. 254
Сафаров Н.Ш. 234
Сафонова Ю.А. 294
Сахарова К.В. 7, 252
Сваровская А.В. 253
Свистун О.В. 253
Седельникова М.А. 191
Сеидова А.Ю. 31
Селецкий С.С. 334
Семенов А.В. 213, 214
Семенова К.И. 254
Семижон П.А. 79
Семченко Т.И. 71
Сергеева Г.Р. 255
Сергиенко Н.В. 81, 114
Сердюков Д.Ю. 70
Сердюков С.В. 16
Серезвин И.С. 172
Серикова Е.Н. 213, 214, 256
Сивкова А.В. 287
Силиванович М.В. 71
Симоненко Ю.В. 312
Сиротко В.В. 256, 257
Сиротко О.В. 256, 257
Скрек С.В. 258
Скуратов А.Г. 314
Слободских Е.О. 296, 297
Слюсарев А.С. 166
Смелкова А.Н. 119
Смирнова А.Г. 155
Смирнов А.В. 69, 134, 152
Смирнова В.В. 259
Смирнова М.П. 260
Соколова М.Г. 62
Соколов Д.А. 70
Солиева М.О. 248
Соловей С.П. 120, 260
Соловьёв И.А. 159, 261
Сотников А.В. 182
Соцкая Я.А. 312
Спирина О.В. 262, 265
Спирякина Я.Г. 211
Спицина С.С. 68, 263, 264
Старовойтова М.Н. 65, 82, 83, 231
Старовойтова О.В. 208, 209
Старчкова Т.Е. 264
Стасишкис Т.А. 55
Стеклов В.И. 41
Стельмашок В.И. 142
Стефанин А.Л. 151, 291
Стольникова И.Б. 201
Столярова А.О. 98
Стремоухов А.А. 86
Стронгин Л.Г. 36
Ступакова В.А. 315
Суджаева О.А. 262, 265
Сукманова И.А. 225
Сулейманова Н.Л. 178, 266
Сулейманова Р.Т. 79
Султанова А.Р. 267
Султанова Д.О. 301, 302
Султанходжаева Ш.С. 116
Сурыгина С.Е. 41
Суслова Е.Ю. 57
Сычева Е.А. 268

Т

Тайжанова Д.Ж. 269
Тамбовцева О.А. 264
Танрыбердиева Т.О. 270
Таскина Е.А. 126
Тасыбаев Б.Б. 182
Ташмухамедова М.К. 271
Ташпулатова М.М. 271, 272, 273
Ташпулатов Ш.Ш. 244
Тегза В.Ю. 67
Тедеев Т.Г. 261
Терушкин Р.А. 274
Тимофеева Н.А. 122
Титинина Н.А. 274
Тиунова К.В. 93
Тиханкова А.В. 275
Тихомирова А.Д. 296
Тихомиров Е.Г. 170
Тишаева И.А. 276
Токмачев Е.В. 304, 305
Токмачев Р.Е. 87, 208, 220, 240, 277, 278, 304, 305, 310, 323
Толмачева С.В. 303
Тополянская С.В. 279, 281
Торопцова Н.В. 97
Тошев Б.Б. 17
Тремаскина П.О. 282
Третьякова Н.С. 165
Третьякова Т. 38
Тринитка Г.Г. 227
Трофименко А.С. 92, 243, 264
Трофимов В.И. 29, 150, 155
Троян В.Н. 18
Трубачева О.А. 253
Трусов И.С. 282
Тугелбаева А.М. 283
Тухтаев А.А. 234
Тухтаева О.Ф. 234
Тыренко В.В. 329

У

Углева Е.М. 332
Удодов Ф.Ю. 284
Узоков Ж.К. 17
Умарназарова З.Е. 116
Уразгильдеева С.А. 285
Усманова А.В. 116
Усманов С.С. 11, 103, 104
Уткина Е.В. 54
Учеваткина А.Е. 52
Ушаева Л.А. 40, 51, 167, 285, 286, 287
Ушакова М.И. 287
Ушакова С.Е. 50, 216, 331

Ф

Файрушина И.Ф. 288
Феденко А.А. 137, 138
Федорец В.Н. 289
Федосов Н.В. 261
Федотова М.В. 131
Феклистов А.Ю. 85
Феоктистова В.С. 91, 165
Фесюн О.А. 5
Филатова Е.С. 226, 289
Филатова М.А. 138
Филатова О.Н. 245, 290
Филипович Е.К. 291
Филиппова Л.В. 52
Филипченко Е.М. 249, 292, 293, 294
Финагеев С.А. 187
Фиоженок В.Г. 294
Фишер Т.А. 236
Фомин С.В. 14, 15
Фонтуренко А.Ю. 32, 295, 296
Фролова Е.В. 52
Фролова И.В. 138

Х

Хаббус А.Г. 296, 297
Хайрутдинов В.Р. 99, 100, 101, 298
Хакимов Б.Б. 3
Халикова Д.С. 104
Хамитова Д.В. 116
Хамраева Г.Ш. 299
Харчевников С.В. 71
Харчилава М.Г. 298
Хасанова А.Ю. 294
Хачикян Н.С. 166
Хелковская-Сергеева А.Н. 83
Хидоятова М.Р. 3, 299
Хисамова А.А. 299
Хичина Н.С. 138
Холикова Д.С. 12, 103
Хорошилов И.Е. 300
Хошимов У.У. 3
Худайбергенов Н.Ю. 8, 301, 302
Худойберганов Н.Ю. 45
Худойбергенов Н.Ю. 302

Ц

Цапкова В.А. 303
Царева Ю.О. 304
Царев Е.Ю. 304
Царев О.А. 304
Цурко В.В. 75

Ч

Чайкина М.А. 99, 100
Чалая Л.Ф. 190, 197
Чапаева Н.Н. 32
Чепель А.И. 67
Черемина Н.А. 206
Черкасова М.В. 69, 74, 192, 252
Черкашина И.В. 157
Черкашин Д.В. 312
Чернавский С.В. 86, 108, 274
Черников А.Ю. 243, 306
Черник Т.А. 277, 278, 304, 305
Чернышев М.Д. 215
Чеснокова И.В. 307
Чибирякова Е.О. 159, 261, 312
Чижов П.А. 260
Чикина М.Н. 205
Чумак Б.А. 188, 247
Чурилов А.В. 171, 307
Чурина М.А. 296, 297

Ш

Шабан Н.И. 158
Шавази Н.М. 308
Шаверская Э.Ш. 225
Шалькевич Л.В. 151
Шамкина А.Р. 267
Шаповалова А.Б. 309
Шаповалова М.М. 61, 207, 219, 240, 278, 309, 310, 322
Шаповалова О.В. 147
Шапченко Т.И. 158, 311
Шарапов З.А. 3
Шарова Н.В. 312
Шатохина Я.П. 312
Шафорост А.С. 313, 314
Шафорост М.С. 314
Шаяхметова Р.У. 65, 208, 209
Шебуняева Я.Ю. 60, 315
Шевелева М.А. 16
Шевцова В.И. 10, 95, 228, 238, 316, 317, 318
Шевцов А.Н. 228, 238, 317
Шелегова И.Г. 319
Шелихов В.Г. 54, 198, 199
Шепелькевич А.П. 90
Шестернина А.С. 319
Шибзухова Л.А. 50, 320
Шибзухов Т.А. 50, 320
Шилова И.В. 321
Шилова Л.Н. 264
Шипилова Д.А. 196, 197

Широкова Л.Ю. 91
Шишкин А.Н. 132, 145, 203, 322
Шишко В.В. 184
Шишко В.И. 121
Шиянова А.В. 291
Шкарпеткин Ю.А. 201
Шкатова Я.С. 87, 208, 217, 220, 240, 277, 304, 305, 310, 322, 323
Шкерская Н.Ю. 111
Шкода Д.А. 187
Шнайдер Н.А. 68, 69, 139, 189
Шолкова М.В. 324
Шорохова П.Б. 28, 325
Шпагина А.В. 326
Шпагин М.В. 333
Шубина М.Э. 88, 241
Шуленин К.С. 159, 261
Шульга Е.В. 184
Шульмин А.В. 139
Шуман Н.Ш. 110
Шушанова А.С. 326

Щ

Щебетко Л.А. 71
Щемелев А.Н. 327
Щерба В.В. 328
Щербакова К.А. 31
Щербаков Г.И. 329
Щербак С.Г. 130
Щукина Е.В. 28
Щукина Т.В. 174

Э

Эрденко А.С. 129
Эрдес Ш. 7, 252
Эрдес Ш.Ф. 242

Ю

Юдин В.А. 329
Юдкина Н.Н. 65, 330, 331
Юлин В.С. 13, 14, 15
Юровская Е.И. 154

Я

Яблочко Д.В. 118
Якимова Е.А. 118
Яковлева Е.В. 15, 88
Яковлева И.Н. 331
Ямщикова Т.Ю. 332
Яриков А.В. 333
Ярмош И.В. 76, 334, 335
Ярцева С.В. 40
Яхимчик А.И. 37

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА
Абдуазизова Н.Х., Касымова М.Б., Сагатова Д.Р. 3

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
Абдуазизова Н.Х., Назарова К.Х., Шарапов З.А. 3

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (COVID-19)
Абдуллаев Б.С., Набиева Д.А., Хидоятова М.Р., Хакимов Б.Б., Куранбаев Ф.Ф., Хошимов У.У. 3

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Абдуллаев М.А. 4

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Абдуллаева Н.Х., Абдуазизова Н.Х., Зияева Ф.К. 5

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ОЦЕНКЕ ДИФФУЗНОГО ФИБРОЗА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Абраменко А.С., Вишнякова М.В., Фесюн О.А., Кабурова А.Н. 5

ТРОМБОЗ ВОРОТНЫЙ ВЕНЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
Абсалямова Г.Р., Сайфутдинов Р.Г., Сайфутдинов Р.Р., Дворянкина Т.В. 6

РАЗВИТИЕ УНИВЕРСАЛЬНОЙ АЛОПЕЦИИ НА ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ФНО-А У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ
Агафонова Е.М., Киреева М.В., Димитрева А.Е., Сахарова К.В., Красненко С.О., Эрдес Ш. 7

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ЭПИЛЕПСИИ
Адамбаев З.И., Худайбергенов Н.Ю., Ибрагимова Ю.Д. 8

ДИАДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ ДОРСОПАТИЯМИ
Адамбаев З.И., Зухритдинов У.Ю. 9

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДОРСОПАТИЙ У РАБОТНИКОВ АВТОПРОМЫШЛЕННОГО КОМПЛЕКСА
Адамбаев З.И., Зухритдинов У.Ю. 9

ОЦЕНКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19
Аксельрод М.М., Котова Ю.А., Шевцова В.И. 10

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8
Алейник В.А., Жураева М.А., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А., Усманов С.С. 11

ВЛИЯНИЕ КОНТРИКАЛА НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8
Алейник В.А., Жураева М.А., Холикова Д.С. 12

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ
Александрова Е.А., Беликин А.А., Руина Е.А., Бородачева И.В., Юлин В.С. 13

ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Александрова Е.А., Загидуллин А.А., Бородачева И.В., Юлин В.С., Фомин С.В. 14

АНОСМИЯ ПРИ COVID-19
Александрова Е.А., Паршина Е.В., Юлин В.С., Фомин С.В., Родыгин Д.Н. 15

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ГРУППЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ
Алексеева Е.С., Яковлева Е.В. 15

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ
Алексеева М.Д., Гаврилова Н.Ю., Шевелева М.А., Сердюков С.В. 16

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Узоков Ж.К., Далимова Д.А., Азизов Ш.И., Тошев Б.Б. 17

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ
Ананьева А.С., Троян В.Н., Козырев С.В., Зайцев А.А. 18

ТИОЛДИСУЛЬФИДНОЕ ОТНОШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С БИОМИНЕРАЛОПАТИЯМИ
Антонова И.Н., Кипчук А.В., Бобров О.А. 18

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Бланк Л.М., Белов Б.С. 19

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СЕРЬЕЗНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ
Аронова Е.С., Лукина Г.В., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В. 20

ФАКТОРЫ УДЕРЖАНИЯ НА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА
Аронова Е.С., Лукина Г.В., Глухова С.И., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В. 20

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ
Арцимович В.В. 21

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ БИОПТАТОВ ТРАХЕИ И БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Асташонок А.Н. 22

ГРОМОПОДОБНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ: ФАКТОРЫ РИСКА И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ
Афанасьева М.Ю., Голдобин В.В., Клочева Е.Г. 23

ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 И ГАСТРИНА-17 ПРИ ПОДОСТРОМ ОТРАВЛЕНИЯ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
Ашуралиева М.А., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д. 23

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8
Ашуралиева Н.Д., Алейник В.А., Жураева М.М., Ашуралиева М.А. 24

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА
Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева М.А. 25

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8
Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева М.А. 26

МЕСТО ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИХ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Багрий А.Э., Щукина Е.В., Михайличенко Е.С., Багрий В.А. 28

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА TCF7L2 В РАЗВИТИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВИЛДАГЛИПТИНА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Баранов В.Л., Шорохова П.Б., Ворохобина Н.В. 28

ОКСИД АЗОТА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ КАК МАРКЕР НЕЙТРОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Баранов Д.З., Трофимов В.И. 29

ВЛИЯНИЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРУ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ
Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С. 30

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ И ПРОФИБРОТИЧЕСКИЙ ПАТТЕРНЫ КАК ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Барсуков А.В., Сеидова А.Ю., Щербакова К.А. 31

НЕИНФЕКЦИОННЫЙ И ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТЫ: СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК
Бахарева Ю.С., Чапаева Н.Н. 32

ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
Башкинов Р.А., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Фонтуренко А.Ю., Петрова М.С., Инамова О.В. 32

МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
Бейлина Н.И. 33

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
Бейлина Н.И. 34

ГИПЕРФЕРРИТИНЕМИЯ – МАРКЕР ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Белая И.Е., Мельничук М.Г. 35

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ COVID-19 И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
Беликина Д.В., Некрасова Т.А., Стронгин Л.Г. 36

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Бердовская А.Н., Короткая В.В., Яхимчик А.И., Миклаш Н.В. 37

ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ОСНОВЕ СОВОКУПНОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ
Бикбавова Г.Р., Козлова П.А., Третьякова Т. 38

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕЛАТОНИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА
Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д. 39

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ COVID-19
Близниченко А.С., Ушаева Л.А. 40

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Блудова Н.Г., Ребров Б.А., Благинина И.И., Благодаренко А.Б., Ярцева С.В. 40

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Бобылева Т.А., Сурыгина С.Е., Стеклов В.И. 41

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА: ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ
Богдалова Л.Р., Пономарева Е.Ю. 42

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
Богданов А.Н. 42

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Богданов В.К., Атрещенкова А.Г., Волобуев М.В., Овсянников Е.С. 43

СИНДРОМ ТАКО-ТЦУБО: НОВЫЙ ДИАГНОЗ В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Болдуева С.А., Евдокимов Д.С., Леонова И.А. 44

СТРУКТУРА ДОРСАЛГИЙ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА
Болтаева З.О., Адамбаев З.И., Худойберганов Н.Ю. 45

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Болтаева З.О., Адамбаев З.И., Худойберганов Н.Ю. 45

МАГНИТОЛАЗЕРОРЕФЛЕКСО-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА
Бондарчук В.И. 46

ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ УЛЬТРАВЫСОКОЧАСТОТНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛГИЕЙ
Бондарчук В.И. 47

КОРПОРАЛЬНАЯ И АУРИКУЛЯРНАЯ АКУПУНКТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Бондарчук В.И. 48

УРОВЕНЬ МЕЛАТОНИНА И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I-IIСТЕПЕНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ
Борель А.О. 49

СИНДРОМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ
Борисов Н.В., Груздева Е.С., Ушакова С.Е., Пайкова А.С. 50

ПРАВОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ АСТМА-ШКОЛЫ
Борукаева Л.А., Шибзухова Л.А., Шибзухов Т.А., Борукаева И.Х., Абазова З.Х. 50

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА
Будагова Е.С., Ушаева Л.А., Мацкевич А.А. 51

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ОТВЕТА НА ОМАЛИЗУМАБ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЕЙ
Бурыгина Е.В., Козлова Я.И., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е., Филиппова Л.В., Аак О.В., Мельникова А.В., Захваткина М.А., Васильева Н.В., Климко Н.Н. 52

АВТОРСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ДЫХАНИЯ ПО МЕТОДИКАМ БУТАКОВОЙ
Бутакова Н.А. 53

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ
Буторина Е.В., Уткина Е.В., Недосеев С.С., Шелихов В.Г. 54

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВИЛОЗО-НОДУЛЯРНОГО СИНОВИТА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Бычкова А.С., Гайдукова И.З. 54

МУТАЦИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ НАИВНЫХ И РАНЕЕ ЛЕЧЕНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С
Валутите Д.Э., Останкова Ю.В., Стасишкис Т.А. 55

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Васильев А.В., Володченко С.А., Орленко М.С., Павлова Е.Ю. 56

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КОНДИЦИОННЫЕ СПОСОБНОСТИ
Васильева В.А., Марченкова Л.А. 56

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРИ РЕЖИМЕ САМОИЗОЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19
Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Суслова Е.Ю., Беззубцева Е.Н. 57

ЦИРКАДНАЯ ДИЗРИТМИЯ ОБМЕНА ЛИПИДОВ И МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
Венгржиновская О.И. 57

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Вилкова О.Е. 58

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
Власенко С.В., Османов Э.А., Голубова Т.Ф., Баев А.В., Отинов М.Д., Ромашенко Е.И. 59

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ВИТАМИНА Д ДЛЯ ДЕТЕЙ, В ФОКУСЕ: ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА
Власова Т.М. 60

ЦИТОКИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА
Войтко М.С., Поспелова Т.И., Климонтов В.В., Шебуняева Я.Ю., Мезит Е.В., Аутеншлюс А.И. 60

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Волынкина А.П., Дробышева В.Р., Шаповалова М.М. 61

СОПОСТАВЛЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АКТИВНОГО АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ
Гавриченко А.В., Лопатина Е.В., Соколова М.Г. 62

КРАТКИЙ ОБЗОР ЭВОЛЮЦИИ НОРМАТИВОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
Галенко А.С., Казакова В.В. 63

ПОРАЖЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Арипова Н.А., Аскаров Н.Л. 64

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В ДИНАМИКЕ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ
Ганиева Н.А., Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Арипова Н.А., Рахимов С. 64

ПОЗИТИВНОСТЬ ПО АНТИТЕЛАМ К ТОПОИЗОМЕРАЗЕ-1 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ – ПРЕДИКТОР ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ РИТУКСИМАБОМ
Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У. 65

СЛУЧАЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У ПАЦИЕНТКИ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НИНТЕДАНИБОМ И МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛОМ
Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Юдкина Н.Н., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Шаяхметова Р.У., Десинова О.В. 65

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦИТОКИНОВ ВОСПАЛЕНИЯ И АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ
Геллер С.И., Камилова А.Т. 66

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19
Гетман С.И., Чепель А.И., Тегза В.Ю. 67

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ: РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
Гончаренко О.Д., Спицина С.С. 68

КОМОРБИДНОСТЬ И НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БАС С ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА И НЕВРОЛОГА
Гончарова П.С., Шнайдер Н.А., Новицкий М.А., Насырова Р.Ф., Давыдова Т.К. 68

АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОМОРБИДОСТИ НАРУШЕНИЙ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА С ПОЗИЦИИ ТЕРАПЕВТА И НЕВРОЛОГА
Гончарова П.С., Шнайдер Н.А., Новицкий М.А., Насырова Р.Ф., Давыдова Т.К. 69

АДИПОНЕКТИН И ДЕСТРУКЦИЯ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ БЕЗ ОПЫТА ПРИЕМА ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Горбунова Ю.Н., Алексеева О.Г., Кириллова И.Г., Черкасова М.В., Попкова Т.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л., Лила А.М. 69

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ТИПОВ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ
Гордиенко А.В., Сердюков Д.Ю., Соколов Д.А. 70

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА
Горовенко И.И., Болтач А.В., Горовенко Д.И., Журун Ю.А., Гайдук Е.И., Щебетко Л.А., Силиванович М.В., Новицкая Л.Г., Харчевников С.В. 71

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СТРУКТУРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Гостева Д.И., Павленко Л.С., Семченко Т.И., Овсянников Е.С. 71

ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ
Грешнякова В.А., Овчаренко Т.А., Горячева Л.Г., Венцловайте Н.Д. 72

АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Григорьева Н.Ю., Илюшина Т.П. 73

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ IGG К SARS-COV-2 В СЫВОРОТКЕ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР
Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Глухова С.И., Черкасова М.В., Салянова Е.П., Нурбаева К.С., Белов Б.С. 74

СОДЕРЖАНИЕ 7-ГИДРОКСИМЕТОТРЕКСАТА В КЛЕТКАХ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРЯМО КОРРЕЛИРУЕТ С УРОВНЕМ ПОЛИГЛУТАМАТОВ МЕТОТРЕКСАТА
Гриднева Г.И., Самаркина Е.Ю., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В., Глухова С.И., Баймеева Н.В., Муравьев Ю.В. 74

ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ
Громова М.А., Цурко В.В., Кисляк О.А., Киселева Е.В. 75

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
Гузёва В.М., Ярмош И.В., Болдуева С.А., Евдокимов Д.С., Голец К.О., Леонова И.А. 76

ЧЕМ БОЛЕЮТ ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ВРОЖДЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ
Гурина Л.Н., Денисик Н.И. 76

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ
Гусейнов Н.И. 77

ВЛИЯНИЕ ПОЛИФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ
Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н. 78

ЛЕЧЕНИЕ ТУГОПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т. 79

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИГЕНА ВИРУСА ГЕПАТИТА Е МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА
Давыдов В.В., Жаворонок С.В., Семижон П.А. 79

ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МЕМБРАНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19
Давыдов Д.А., Ефимова А.И., Марченко В.Н., Катюхин Л.Н. 80

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЛЛАГЕНОЛИЗА В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА БАКТЕРИАЛЬНО-ИММУННОГО ГЕНЕЗА
Демкович А.Е. 81

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ АДАПТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Денисова Е.М., Игнатенко Г.А., Сергиенко Н.В. 81

ПОРАЖЕНИЕ МЫШЦ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИ/ДЕРМАТОМИОЗИТОМ
Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П. 82

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИ/ДЕРМАТОМИОЗИТОМ
Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Хелковская-Сергеева А.Н., Ананьева Л.П. 83

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА РИТУКСИМАБА ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕГЕНЕРА
Джуманиёзов Д.И., Бердиева Д.У., Арипова Н.А., Набиев Ж.М. 83

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
Джураева Э.Р., Ахмедова Ш.Ш., Ганиева Н.А. 84

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВОВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С
Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К., Арипова Н.А., Бердиева Д.У. 84

ПРЕДИКТОРЫ ПАДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Добровольская О.В., Никитинская О.А., Феклистов А.Ю. 85

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИО-СКЛЕРОЗОМ И АМИОДАРОН-АССОЦИИРОВАННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ
Дорохина А.В., Чернавский С.В., Стремоухов А.А. 86

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Дробышева Е.С., Волынкина Е.А., Овсянников Е.С., Перцев А.В. 86

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Дробышева Е.С., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Резова Н.В. 87

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Дрощенко В.В., Яковлева Е.В. 88

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
Дуданова О.П., Родина А.С., Шубина М.Э., Курбатова И.В. 88

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ ПО КОНТРАКТУ С ОЖИРЕНИЕМ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ
Дыбин А.С. 89

СОВРЕМЕННАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КАЧЕСТВА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ
Дыдышко Ю.В., Шепелькевич А.П., Водянова О.В., Карлович Н.В., Васильева Н.А. 90

КРИТЕРИИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ЛЮДЕЙ С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Евгеньева А.В., Носков С.М., Красивина И.Г., Лаврухина А.А., Широкова Л.Ю. 91

SPECKLE TRACKING ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Евдокимов Д.С., Болдуева С.А., Феоктистова В.С. 91

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Емельянова О.И., Трофименко А.С., Русанова О.А., Емельянов Н.И. 92

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АММИАКА В КРОВИ И НАРУШЕНИЕ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ
Ермолова Т.В., Беляева Е.Л., Тиунова К.В. 93

ДЕПРЕССИЯ И ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
Есина Е.Ю., Добрынина И.С. 94

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕННОГО В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Есина Е.Ю., Добрынина И.С., Котова Ю.А. 94

ПАЦИЕНТЫ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА
Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Зуйкова А.А. 95

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Зуйкова А.А. 95

КОМОРБИДНОСТЬ БОЛЬНЫХ МЕЛКОТОЧЕЧНЫМ КЕРАТОЛИЗОМ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА
Ефанова Е.Н. 96

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ И ВЫСОКИЙ РИСК НОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПО FRAX® – ПОКАЗАНИЕ К АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В. 96

САРКОПЕНИЯ И САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В., Торопцова Н.В. 97

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ COVID-19 СРЕДИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ
Жидкова Е.А., Рогова И.В., Гуревич К.Г. 98

ОБ УРОВНЕ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА О COVID-19
Жильчук Д.И., Столярова А.О., Башкирцев Я.А. 98

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ИНГИБИТОРА СЕРИНОВЫХ ПРОТЕАЗ
Жуков А.С., Жарун Е.Р., Чайкина М.А., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. 99

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРА СЕРИНОВЫХ ПРОТЕАЗ НА МОДЕЛИ ПСОРИАЗА
Жуков А.С., Жарун Е.Р., Чайкина М.А., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. 100

ТАРГЕТНАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Жуков А.С., Пашкин А.Ю., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. 101

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА
Жураева М.А., Алейник В.А., Ахмедова Д.К., Ашуралиева Н.Д. 102

ИЗУЧИТЬ УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ И ДЛИННОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ ПО ИЗМЕНЕНИЮ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА
Жураева М.А., Алейник В.А., Ахмедова Д.К., Холикова Д.С., Ашуралиева Н.Д., Усманов С.С. 103

ВЛИЯНИЕ ХЦК-8 И ХЦК-33 НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Жураева М.А., Алейник В.А., Халикова Д.С., Ашуралиева Н.А., Усманов С.С. 104

ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ИШЕМИЮ МИОКАРДА ПРИ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИИ
Захарова О.В., Болдуева С.А., Леонова И.А. 105

ВОЛОСАТОКЛЕТОЧНЫЙ ЛЕЙКОЗ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ
Зверева О.Н. 105

ЧАСТОТА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ
Зверева О.Н. 106

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОДВИНСКА
Зверева О.Н., Брусенцова М.А. 107

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАДЫ ИЛ-6 В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И COVID-19: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Звоноренко М.С., Бабаева А.Р. 107

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОГОНАДИЗМ
Зигинов Е.А., Чернавский С.В. 108

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Зырина Г.В. 109

ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ ГИПОГЛИКЕМИЙ КАК КЛАССИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМЫ
Иванова С.Н., Евсюгина Т.В., Лапыгина С.И., Рогалева А.К. 110

ОТДАЛЕННЫЙ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД БАРИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ
Иванова С.Н., Жилина Е.С., Шуман Н.Ш. 110

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ОСЛОЖНЕННОЙ СОЛЬТЕРЯЮЩИМ КРИЗОМ, ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ
Иванова С.Н., Лобанова А.С., Шкерская Н.Ю. 111

ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Иванова Ю.Ю., Бугрова О.В. 112

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Иванова Ю.Ю., Бугрова О.В., Полищук И.С., Нагорнова К.А. 113

РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ОЗОНОТЕРАПИИ
Иволгин Н.Е. 114

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНО-КАРДИАЛЬНОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ
Игнатенко Г.А., Сергиенко Н.В., Денисова Е.М. 114

АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ВОДЫ ВОДОЕМ В ЮЖНОМ ПРИАРАЛЬЕ
Йулдошев М.К., Жуманиязов К.Й., Жуманиязова Г.С. 115

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОКОНИОЗОВ
Иштерякова О.А., Усманова А.В., Хамитова Д.В. 116

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ L- ГЛУТАМИНА И КОЛОСТРУМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ
Камилова А.Т., Геллер С.И., Умарназарова З.Е., Абдуллаева Д.А., Султанходжаева Ш.С. 116

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2018-2020 ГОДАХ
Кароль Е.В., Попова Н.В., Васюкова М.С., Канищева М.В., Якимова Е.А. 118

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2016-2020 ГОДАХ
Кароль Е.В., Попова Н.В., Мальцева М.А., Петрова Н.С., Миткеева В.О., Яблочко Д.В. 118

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2020 ГОДУ
Кароль Е.В., Белавина Е.А., Ахтямова Ю.Р., Власко В.В., Смелкова А.Н., Елканова А.Ю. 119

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ЛИПОПРОТЕИНА (А)
Карпова И.С., Соловей С.П., Боровая Т.В. 120

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С SARS-COV-2
Карпович О.А., Шишко В.И., Ершова М.В. 121

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА В РАЗНЫХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
Касаткин Е.В., Лялина Л.В., Лысогорская И.В., Тимофеева Н.А. 122

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Касимова М.Б., Каххарова Ш.Б. 123

ЭФФЕКТВИНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РИФАКСИМИНА В КОРЕКЦИИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФЕКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
Каспир Д.В., Налетов А.В., Гуз Н.П., Налетова О.С. 124

СЕРГЕЙ ПЕТРОВИЧ БОТКИН У ИСТОКОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
Катюхин В.Н. 124

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Кацура К.С., Дробышева Е.С., Перцев А.В. 125

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Кацура К.С., Перцев А.В. 126

СИНОВИТ – ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО ПЯТИ ЛЕТ
Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И. 126

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ПЕЧЕНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ НА ОСНОВАНИИ УЗИ
Кдырбаева Ф.Р. 127

ОТНОШЕНИЕ МУЖЧИН К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ
Кдырбаева Ф.Р. 128

КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА BDNF С ЭПИЛЕПТИФОРМНОЙ АКТИВНОСТЬЮ И СОСТОЯНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ
Кельн О.Л., Левитина Е.В., Рахманина О.А. 128

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И БОЛЕЗНЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА БАЗЕ ОТКРЫТОГО ОНЛАЙН-СООБЩЕСТВА SMARTBACK
Киричук С.В., Эрденко А.С. 129

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И АНЕМИИ
Кислюк К.А., Богданов А.Н., Щербак С.Г. 130

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНЫМ ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА
Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А., Гусева С.Н., Нечаева О.С. 131

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ
Ключарева С.В., Белова Е.А., Заводько Е.А., Павлова А.Г., Федотова М.В. 131

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
Князева А.И., Шишкин А.Н. 132

ЭКЗОСКЕЛЕТ ЭКЗОАТЛЕТ И БОТУЛОТОКСИНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ
Коваленко А.П., Родионов А.С., Кремлев Д.И. 133

АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОЛЛИНОЗА
Коваленко А.Ю., Нуждина Я.С. 134

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И АНТИТЕЛ К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ НА ДИНАМИКУ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ ДЕНОСУМАБА
Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Насонов Е.Л. 134

КОМОРБИДНОСТЬ – КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Кожевникова П.О., Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Лила А.М. 135

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ
Колосова К.С. 136

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ПРИЧИНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО СОЛИДНОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
Колтакова А.Д., Лила А.М., Ананьева Л.П., Феденко А.А. 137

ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО СОЛИДНОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
Колтакова А.Д., Лила А.М., Ананьева Л.П., Феденко А.А. 138

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БОЛЕЗНИ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ
Комаров В.Т., Фролова И.В., Хичина Н.С.,
Филатова М.А., Писарева Е.А. 138

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ В ПОПУЛЯЦИИ:
АНКЕТИРОВАНИЕ 500 ПАЦИЕНТОВ
Кондратьев А.В., Шульмин А.В.,
Шнайдер Н.А., Петрова М.М. 139

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ
У ЖЕНЩИН С СИСТЕМНОЙ
КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ
Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н.,
Попкова Т.В. 140

СОЧЕТАНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ И НЕАЛКОГОЛЬНОГО
СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН С КОМПОНЕНТАМИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Кононова О.Н., Коротаев А.В.,
Махлина Е.С., Навменова Я.Л. 140

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ПРЕДПОЧТЕНИЙ В ВЫБОРЕ
КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ
МАТЕРИАЛОВ В СТОМАТОЛОГИИ
Конышко А.С., Крикова А.В.,
Евневич Е.П. 141

КОМБИНИРОВАННОЕ
ДИСТАНТНОЕ ИШЕМИЧЕСКОЕ
КОНДИЦИОНИРОВАНИЕ
КАК МЕТОД КАРДИОПРОТЕКЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Коренева Е.А., Денисевич Т.Л.,
Мрочек А.Г., Стельмашок В.И. 142

НОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ
В ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
Королькова А.А., Козлова Д.И.,
Маслянский А.Л. 142

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Косяков А.В., Дембицкая С.А.,
Ляшкова Л.А., Андреева Е.Ю.,
Проскурина Ю.И. 143

БИОИНФОРМАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ
ФЕНОТИПОВ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Котляров С.Н. 144

КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ
МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА
И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У ЛИЦ
МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА
Котрова А.Д., Шишкин А.Н. 145

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО
И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА
Коценко Ю.И. 145

ОСОБЕННОСТИ
ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА
У АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Кочанова Е.А., Один В.И., Диденко В.И. 146

ИЗУЧЕНИЕ
ХАРАКТЕРИСТИК АНЕМИЧЕСКОГО
СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ
С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Кравцова Е.С., Макова О.Н.,
Шаповалова О.В., Овсянников Е.С. 147

ПРОБЛЕМА СМЕНЫ
ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ
БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ.
КАКОЙ ПРЕПАРАТ ВЫБРАТЬ ДАЛЬШЕ?
Красюкова Е.Д. 147

РАЗРАБОТКА ШКАЛЫ ПРОГНОЗА
РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО
ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОКАЗАНИИ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА
Крачак Д.И. 148

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ
МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ,
ПОДЛЕЖАЩИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В УСЛОВИЯХ
ИСКУССТВЕННОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ
Крачак Д.И. 149

ОСОБЕННОСТИ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Крылова Ю.Г., Трофимов В.И., Потапчук А.А. 150

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА МОТОРНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОСТЬЮ ЭПИЛЕПСИИ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Кудлач А.И., Шалькевич Л.В., Литвинова О.С., Стефанин А.Л. 151

ВЛИЯНИЕ СТАТУСА КУРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Кудрявцева А.В., Лукина Г.В., Глухова С.И., Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Смирнов А.В. 152

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
Кузнецова А.И., Перцев А.В. 153

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ СМАД У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Кузнецова А.И., Перцев А.В. 154

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ МИЛИАРНО-ЯЗВЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОСТИ РТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Кукурика А.В., Юровская Е.И. 154

СИНДРОМ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК
Кулагин Е.А., Волкова А.Г., Николаев И.Ю., Смирнова А.Г., Рабик Ю.Д., Моисеев И.С., Трофимов В.И. 155

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ
Курганская И.Г. 156

КОМПЛЕКСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТНОГО ГЕЛЯ
Курганская И.Г., Ключарёва С.В. 156

КОМБИНИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ
Курганская И.Г., Черкашина И.В., Ключарева С.В. 157

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ АРТРИТОВ У ПОДРОСТКОВ
Курышева О.А., Налетов А.В., Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф., Шапченко Т.И. 158

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСОДИГИДРОАКРИДИНИЛАЦЕТАТА НАТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Кутявина Л.А. 158

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ МАКСИМАЛЬНО РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Кучев Р.Д., Соловьёв И.А., Шуленин К.С., Чибирякова Е.О., Макаров С.Н., Корнев А.В. 159

ХРОНИЧЕСКИЕ СТРЕПТОДЕРМИИ: ВОПРОСЫ НАСТОРОЖЕННОСТИ ТЕРАПЕВТА
Лакницкая А.О. 160

РАСПОЗНАЮЩИЕ И СВЯЗЫВАЮЩИЕ ГЛИКАНЫ И ГЛИКОКОНЪЮГАТЫ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ПРОТИВ COVID-19
Лахтин В.М., Лахтин М.В., Комбарова С.Ю. 161

НОВЫЕ СТРАТЕГИИ НЕ АНТИТЕЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В СВЯЗИ С COVID-19
Лахтин М.В., Лахтин В.М., Комбарова О.Ю., Алешкин В.А. 162

БИОПЛЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ ДРОЖЖЕВЫХ ГРИБОВ И ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ: ДЕГРАДАЦИЯ И ЛИЗИС В ПРИСУТСТВИИ ЛЕКТИНОВ – НОВЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ
Лахтин М.В., Лахтин В.М., Комбарова О.Ю., Афанасьев С.С., Алешкин В.А. 162

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Левина Е.М., Берулава К.Р., Герасимов Г.А., Максименко А.А., Поцхор-Оглы С.Л. 163

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Лекарева И.В., Емельянова А.Л. 164

ЖЕНЩИНА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. ИЗМЕНИЛАСЬ ЛИ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ?
Леонова И.А., Болдуева С.А., Третьякова Н.С., Феоктистова В.С. 165

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Лесных М.В., Слюсарев А.С., Хачикян Н.С., Овсянников Е.С. 166

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)
Литвинова М.А., Муравьева Н.В., Белов Б.С. 167

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ COVID-19
Лобах Т.С., Ушаева Л.А. 167

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОНМК
Лобзин С.В., Лобзина А.С., Голдобин В.В., Агбайи Г.Г., Мирзаева Л.М. 168

ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ШКАЛЫ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 5% КРЕМНИСТОГО КРЕМА
Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Муллаханов Ж.Б., Разикова Г.Р., Закиров Б.Х., Исмогилов А.И. 169

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ
Магирко А.Е., Тихомиров Е.Г., Воробьёва Ю.В., Овсянников Е.С. 170

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ
Майлян Д.Э. 170

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS2234693 ГЕНА ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА 1 ТИПА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ
Майлян Э.А., Чурилов А.В., Немсадзе И.Г., Глазков И.С. 171

СРАВНЕНИЕ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ И НАБЛЮДАЕМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ
Макарова А.П., Серезвин И.С., Арчакова Л.И. 172

ОСОБЕННОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАКТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА ПРИМЕРЕ Г. АРХАНГЕЛЬСКА: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
Макарова М.В. 173

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ
Максимов А.В., Марченкова М.И. 173

НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА
У БЕРЕМЕННЫХ
Максимов Р.С., Максимова И.Д.,
Щукина Т.В., Деомидов Е.С. 174

ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ
У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА
Максимов Р.С., Максимова И.Д.,
Рыбкина О.А., Гурьянова Е.А. 175

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ИБС
ИНДУЦИРОВАННОГО
ГЕНЕТИЧЕСКИМ
ПОЛИМОРФИЗМОМ
Маль Г.С. 176

ВЗАИМОСВЯЗЬ
ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: РОЛЬ
СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
И ТРАДИЦИОННЫХ
ФАКТОРОВ РИСКА
Маркелова Е.И., Коротаева Т.В.,
Логинова Е.Ю. 176

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ
С ИДИОПАТИЧЕСКИМ
ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ
НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ
Марков Н.В. 177

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ
КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ
О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ
ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ
В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ В 2009-2018 ГГ.
Матвеев А.В., Крашенинников А.Е.,
Сулейманова Н.Л., Егорова Е.А. 178

КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ
Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.,
Алиева К.К., Абдуллаев Э.Р.,
Далжанова З.М., Ергалиева М.М. 178

СРАВНЕНИЕ СУСТАВНОГО СТАТУСА
ТАНЦОРОВ «УЛИЧНЫХ СТИЛЕЙ»
ПО ДАННЫМ ОПРОСА
Матьянова Е.В. 179

ДЕПРЕССИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ:
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
Мацкевич С.А., Бельская М.И. 180

КАТАМНЕЗ ТЕЧЕНИЯ
НЕФРОПАТИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
Машкова А.Е., Конюх Е.А. 180

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
Мельников Е.С., Мазуров В.И. 181

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ
РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН
МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ В ПОДОСТРОМ
ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА
Меньшикова А.Н., Сотников А.В.,
Гордиенко А.В., Носович Д.В.,
Тасыбаев Б.Б. 182

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА
НА ОСНОВЕ БИОАКТИВНОГО
ЭКСТРАКТА ИЗ МЕЛКОЙ МОРСКОЙ
РЫБЫ У БОЛЬНЫХ
ОСТЕОАРТРИТОМ РАЗЛИЧНОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ В РЕАЛЬНОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Меньшикова И.В. 183

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО
СОСТОЯНИЯ КРОВИ
С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ
ДАННЫМИ ПРИ СИНДРОМЕ
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ
Милош Б.А., Шишко В.В.,
Шульга Е.В., Гуляй И.Э. 184

ЭФФЕКТИВНОСТЬ
АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ
ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ
АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛИТОМ
Мирахмедова Х.Х., Мухаммадиева С.М.,
Абдуазизова Н.Х., Аликулов С.Х. 184

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
ОСТЕОАРТРОЗА НА ФОНЕ
ОЖИРЕНИЯ
Мирзаева Д.А. 185

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ПОСТУРАЛЬНО-ПЕРЦЕПТИВНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ
Мирзаева Л.М., Лобзин С.В., Голдобин В.В., Лобзина А.С. 186

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ
Миронов А.А., Финагеев С.А., Шкода Д.А. 187

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Мордасова В.И., Копылова Д.В. 187

ЧАСТОТА ПАТОГНОМОНИЧНЫХ СИМПТОМОВ И ИХ СОЧЕТАНИЙ ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Морозов М.В., Копылов В.Г., Маковеева О.В. 188

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИЗОСМИИ И ДИСГЕВЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Морозов М.В., Копылов В.Г., Маковеева О.В., Чумак Б.А. 188

КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ» КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА
Москалева П.В., Петрова М.М., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф. 189

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫМ ТОРАКО-ДИАФРАГМАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Налетов А.В., Разгонов В.И., Волковая Э.И. 190

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА
Мунасипова А.Д., Голдобин В.В. 191

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕПРИНЯТЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Муравьев Ю.В., Лебедева В.В., Глухова С.И., Литвинова М.А., Головина О.А., Вознюк К.О., Седельникова М.А. 191

ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОГЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ
Муравьева Н.В., Белов Б.С., Баранова М.М., Черкасова М.В. 192

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА
Мусикян С.С., Иваненко Т.А. 193

КОГНИТИВНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
Мухаммаджонова Д.М., Маджидова Ё.Н., Адамбаев З.И. 193

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
Мухаммаджонова Д.М., Маджидова Ё.Н., Адамбаев З.И. 194

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ ДОНБАССА
Мухин И.В., Ляшенко Е.Г. 195

ИЗУЧИТЬ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ ИЕРСИНИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ
Набиева Д.А., Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А. 195

ПРИМЕНЕНИЕ β2-МИКРОГЛОБУЛИНА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Нагибович О.А., Шипилова Д.А. 196

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С БЕЛКОВОЙ НАГРУЗКОЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
Нагибович О.А., Шипилова Д.А., Нагибович Г.П. 197

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ПАЦИЕНТА В РАЗВИТИИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ
Налетов А.В., Масюта Д.И., Лагунова Н.В., Бораева Т.Т., Чалая Л.Ф. 197

АЛАРМИНЫ – МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ СИНДРОМЕ МАРФАНА С ПОРАЖЕНИЕМ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ АОРТЫ
Недосеев С.С., Буторина Е.В., Шелихов В.Г. 198

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА
Недосеев С.С., Буторина Е.В., Шелихов В.Г. 199

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Нелидова Н.В. 199

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ – НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ
Нелидова Н.В. 200

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Нелидова Н.В., Шкарпеткин Ю.А., Ли Н.В., Стольникова И.Б., Задорина Е.Н. 201

ИЗМЕНЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ БИСОПРОЛОЛА
Немченко В.О., Куликова Л.Е., Ивлева Е.Л., Овсянников Е.С. 201

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ COVID У ПАЦИЕНТА СТАРОГО ВОЗРАСТА С БИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ВЫСОКОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ
Никитина Т.Г., Пелех Д.М., Рыбка М.М., Голухова Е.З. 202

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ И ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ
Николаева А.А., Шишкин А.Н. 203

ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ С ПОМОЩЬЮ ПЛАНАРНОЙ ЛИМФОСЦИНТИГРАФИИ И ГИБРИДНОЙ ОФЭКТ/КТ-ВИЗУАЛИЗАЦИИ
Николаева Е.А., Крылов А.С., Рыжков А.Д. 204

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ И ОСТЕОАРТРИТОМ
Новикова А.М., Желябина О.В., Чикина М.Н., Маркелова Е.И., Елисеев М.С. 205

РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ОТВЕТЕ НА ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ α ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ИММУНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Нуриахметова Т.Ю., Васильев А.Г., Садыкова Л.Р., Абдулганиева Д.И. 205

КОНЦЕНТРАЦИЯ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ α В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Нуриахметова Т.Ю., Черемина Н.А., Абдулганиева Д.И. 206

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ
Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Перцев А.В. 207

ВЫЯВЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАШЛЕВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ
Овсянников Е.С., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Резова Н.В. 208

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АКТИВНУЮ ТЕРАПИЮ, С РАЗНЫМИ ПРОГНОЗАМИ, РАЗДЕЛЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ДИСКРИМИНАНТНОЙ ФУНКЦИИ
Овсянникова О.Б., Ананьева Л.П., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Десинова О.В., Старовойтова О.В. 208

МОДИФИКАЦИЯ ИНТЕРВАЛОВ ПРОГНОЗА ДИСКРИМИНАНТНОЙ ФУНКЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Овсянникова О.Б., Ананьева Л.П., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Десинова О.В., Старовойтова О.В. 209

ВЫБОР ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СКРИНИНГ ТЕСТИРОВАНИЯ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ
Олесин А.И., Константинова И.В., Зуева Ю.С. 210

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ
Орлов М.М., Петелина Е.В., Орлов М.А. 211

ОЖИРЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА
Орлова Н.В., Спирякина Я.Г., Ломайчиков В.В. 211

ОСТЕОПОРОЗ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
Осипова И.И., Николаева Л.А. 212

ОЦЕНКА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДНК ВГВ СРЕДИ HBSAG-НЕГАТИВНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Останкова Ю.В., Серикова Е.Н., Семенов А.В. 213

РЕПЛИКАЦИЯ ВИРУСА В ТКАНЯХ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В
Останкова Ю.В., Серикова Е.Н., Прийма Е.Н., Басина В.В., Габдрахманов И.А., Семенов А.В. 214

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МУТАЦИЙ ВИРУСА ГЕПАТИТА В ПРИ МОНО- И КОИНФЕКЦИИ
Останкова Ю.В., Серикова Е.Н., Прийма Е.Н., Габдрахманов И.А., Семенов А.В. 214

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ЭНТЕРОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА: ЧТО ВАЖНО ДЛЯ КЛИНИЦИСТА?
Оточкин В.В., Розенгауз Е.В., Чернышев М.Д., Занин С.Е. 215

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ
Пайкова А.С., Романова С.Е., Большакова Л.И., Ушакова С.Е. 216

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ
Панарина И.Н., Шкатова Я.С., Овсянников Е.С. 217

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА (ПФР) У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИК
Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Голухова Е.З., Бокерия Л.А. 217

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С БЕССИМТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19
Первак М.Б., Герасименко В.В. 218

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Перцев А.В., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М. 219

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
Перцев А.В., Перцева М.В., Ромашов Б.Б. 220

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Перцев А.В., Резова Н.В., Шкатова Я.С., Перцева М.В., Токмачев Р.Е. 220

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРА
Перцева М.В., Гречкин В.И., Перцев А.В. 221

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА
Перцева М.В., Гречкин В.И., Перцев А.В. 222

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ АНЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Перцева М.В., Перцев А.В. 223

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ
Петров А.А., Орехова Л.Ю., Лобода Е.С. 223

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ
Петрова Ю.В., Иванова Р.Л., Горемыкина М.В., Ан И.К., Адильханова Г.О. 224

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ПРИЗНАКАМИ ХОЛЕСТАЗА
Печерских М.В., Ефремова Л.И., Шаверская Э.Ш. 225

СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19
Пинаева А.С., Сукманова И.А. 225

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ
Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е., Филатова Е.С., Амирджанова В.Н. 226

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Полонская И.И., Родионова А.Ю., Тринитка Г.Г. 227

ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Польшкова А.А., Шевцова В.И., Шевцов А.Н. 228

ПОЗДНЯЯ ОТСРОЧЕННАЯ НЕЙТРОПЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННАЯ РИТУКСИМАБОМ, У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ
Попов И.Ю., Бабак В.В., Бекетова Т.В. 228

РОЛЬ ТУССОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Попова К.А., Овсянников Е.С. 229

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Порошина Е.Г., Вологдина И.В., Жабина Р.М., Красильникова Л.А. 230

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ФАСЦИИТЕ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Потапова А.С., Старовойтова М.Н., Десинова О.В. 231

ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ
Пошехонова Ю.В. 231

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РАННИЕ СРОКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Пулатов Х.Х., Набиева Д.А., Ганиева Н.А., Арипова Н.А. 232

ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ
Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А., Алиева К.К. 233

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Пулатова Ш.Х., Тухтаев А.А., Сафаров Н.Ш. 234

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИЙ Г. БУХАРЫ
Пулатова Ш.Х., Тухтаева О.Ф. 234

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ И ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ
Пухальская А.Э., Дворовкин А.Э., Один В.И. 235

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ ХОЛОДОВЫХ НАГРУЗКАХ
Пушникова М.А., Белокрылова Л.В., Фишер Т.А., Пушников А.А. 236

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОДАРИНА (ДИАЦЕРЕИНА) У ПАЦИЕНТОВ С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ПЕРЕНЕСШИМ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ 2019 ГОДА
Раймуев К.В., Малышев М.Е. 236

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТЕОАРТРИТА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН
Раймуев К.В., Малышев М.Е. 237

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Рахимова С.Р., Шевцова В.И., Шевцов А.Н. 238

МЕЛАТОНИН, КАК ПРЕДИКТОР ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С БЕССОННИЦЕЙ
Резова Н.В., Перцев А.В., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С. 239

ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Резова Н.В., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Шаповалова М.М. 240

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ НА ПРОФИЛЬ И РОСТ КОМОРБИДНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ
Решетова Т.В. 241

ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ
Родина А.С., Шубина М.Э., Курбатова И.В., Дуданова О.П. 241

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГИБИТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 ПРИ ТЯЖЕЛОМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ
Румянцева Д.Г., Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф. 242

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К КОЛЛАГЕНУ II ТИПА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Русанова О.А., Емельянова О.И., Трофименко А.С., Емельянов Н.И. 243

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕЦИДИВОВ САРКОИДОЗА
Рыжова А.С., Черников А.Ю. 243

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМОТЕРАПИИ (БОТП) В КОМБИНАЦИИ С ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ ER:YAG, ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА И ДРУГИХ МЕТОДОВ
Сабиров У.Ю., Ташпулатов Ш.Ш. 244

ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Савушкина И.А., Филатова О.Н., Овсянников Е.С. 245

КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Сагатова Д.Р., Муминова Н.И., Ганиева Н.А., Арипова Н.А. 246

ВЛИЯНИЕ ДИАЦЕРЕИНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ
Сагатова Д.Р., Набиева Д.А. 246

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ОТЯГОЩЕННОГО ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА
Салахбеков И.С., Маковеева О.В., Чумак Б.А. 247

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Салахбеков И.С., Маковеева О.В. 248

МОНИТОРИНГ ВВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ
Салиев К.К., Салиев Д., Солиева М.О., Салиев А.К. 248

АНАЛИЗ ГРУППЫ КРОВИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Самойленко Е.Г., Филипченко Е.М. 249

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 ВО ВЗАИМОСВЯЗИ СО СТЕПЕНЬЮ БРОНХООБСТРУКЦИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Самолюк М.О. 250

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ
Саранцева Л.Е., Беляева И.Б., Мазуров В.И., Инамова О.В., Петрова М.С., Мельников Е.А., Василенко Е.А., Башкинов Р.А. 251

СЫВОРОТОЧНЫЙ АМИЛОИДНЫЙ БЕЛОК А (SAA) ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш., Дибров Д.А. 252

ИНДЕКС ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ
Сваровская А.В., Трубачева О.А., Гарганеева А.А. 253

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
Свистун О.В., Пшуков В.А., Нефедова Е.А. 253

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Семенова К.И., Волошинова Е.В., Сафарова К.Н. 254

ЧАСТОТА ОБОСТРЕНИЙ И ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ
Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В. 255

ВЫЯВЛЕНИЕ ДНК ВИРУСА ГЕПАТИТА В В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ НИЗКОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКЕ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ ДИАЛИЗНОГО ЦЕНТРА
Серикова Е.Н. 256

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ И РЕАКТИВНОМ АРТРИТАХ
Сиротко О.В., Сиротко В.В. 256

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДАГРИЧЕСКОГО И РЕАКТИВНОГО АРТРИТА
Сиротко О.В., Сиротко В.В. 257

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИТИЛИГО
Скрек С.В., Зелянина М.И., Васильев Н.Ю. 258

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАПНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОПЕРИРОВАННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ
Смирнова В.В., Овсянников Е.С. 259

КОМОРБИДНОСТЬ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Смирнова М.П., Чижов П.А. 260

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ С УЧЕТОМ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ
Соловей С.П., Огурцова С.Э. 260

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Соловьёв И.А., Кучев Р.Д., Шуленин К.С., Чибирякова Е.О., Федосов Н.В., Тедеев Т.Г. 261

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА
Спирина О.В., Суджаева О.А., Руденко Э.В., Кошлатая О.В. 262

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ И COVID-19: ОТМЕНЯТЬ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ?
Спицина С.С. 263

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Спицина С.С., Шилова Л.Н., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э., Бедина С.А. 264

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ
Старчкова Т.Е., Тамбовцева О.А., Овсянников Е.С. 264

ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БИСФОСФОНАТАМИ, ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА Д НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОТЕРЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА
Суджаева О.А., Руденко Э.В., Кошлатая О.В., Спирина О.В. 265

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА ЦНС
Сулейманова Н.Л., Егорова Е.А., Матвеев А.В., Захарова А.Н. 266

ИЗМЕНЕНИЯ ИОННОГО ТРАНСПОРТА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПСОРИАЗЕ
Султанова А.Р., Газиев А.Р., Вахитов Х.М., Шамкина А.Р. 267

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА
Султанова А.Р., Газиев А.Р., Вахитов Х.М., Шамкина А.Р. 267

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ
Сычева Е.А., Адильханова В.О., Овсянников Е.С. 268

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PON1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЯ
Тайжанова Д.Ж., Акильжанова А.Р., Бодаубай Р., Калимбетова А.К. 269

ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Танрыбердиева Т.О. 270

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ
Танрыбердиева Т.О. 270

ПРОФИЛАКТИКА СИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА
Ташмухамедова М.К., Ибрагимова Н.У. 271

ПРЕДИКТОРЫ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Ташпулатова М.М., Джураева Э.Р., Алиева К.К. 271

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ
Ташпулатова М.М., Набиева Д.А., Джураева Э.Р., Алиева К.К. 272

ПРЕДИКТОРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Ташпулатова М.М., Набиева Д.А. 273

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ
Терушкин Р.А., Чернавский С.В. 274

ВЛИЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА НА РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Титинина Н.А., Горналева А.А., Каргина А.М., Овсянников Е.С. 274

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ МЕТОДОМ КОНТРАСТ-УСИЛЕННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Тиханкова А.В., Борсуков А.В., Буеверов А.О., Маркелова Л.Н., Крюковский С.Б. 275

ВЛИЯНИЕ ЭСКАЛАЦИИ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ
Тишаева И.А., Князев О.В., Александров Т.Л., Нанаева Б.А., Баранова Т.А. 276

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Токмачев Р.Е., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Черник Т.А., Шкатова Я.С. 277

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АРИТМИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Токмачев Р.Е., Будневский А.В.,
Кравченко А.Я., Черник Т.А. 277

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
ПОТЕНЦИАЛ КОМОРБИДНЫХ
ПАЦИЕНТОВ: ХРОНИЧЕСКАЯ
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ
БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ
Токмачев Р.Е., Будневский А.В.,
Кравченко А.Я., Черник Т.А.,
Шаповалова М.М., Перцев А.В.,
Резова Н.В. 278

СОСТАВ ТЕЛА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ:
САРКОПЕНИЯ, ОЖИРЕНИЕ
И ОСТЕОПОРОЗ?
Тополянская С.В. 279

ОСОБЕННОСТИ
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС
Тополянская С.В., Елисеева Т.А.,
Балясникова Н.А., Санина А.И.,
Вакуленко О.Н., Дворецкий Л.И. 281

РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО
НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ
С ПСОРИАТИЧЕСКОИМ АРТРИТОМ,
ПРОЛЕЧЕННЫХ СОГЛАСНО
СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ
Тремаскина П.О., Логинова Е.Ю.,
Коротаева Т.В. 282

ПРЕДИКТОРЫ
НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ COVID-19 СРЕДИ
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ
В СТАЦИОНАР
Трусов И.С., Осипенко С.И., Панчев К.Д.,
Бабкин Б.К., Рудова М.В. 282

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ
АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ
С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ
Тугелбаева А.М., Иванова Р.Л.,
Ертуспаева Г.К. 283

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ
ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
Удодов Ф.Ю. 284

НЕ СТАТИНОМ ЕДИНЫМ….
(ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД
К ЛИПИДМОДИФИЦИРУЮЩЕЙ
ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО)
Уразгильдеева С.А. 285

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
К ВЛИЯНИЮ COVID-19
НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ
И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМЫ
Ушаева Л.А., Будагова Е.С., Мацкевич А.А.,
Попов А.А., Зотов А.А., Близниченко А.С. 285

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ COVID-19
Ушаева Л.А., Мацкевич А.А.,
Попов А.А., Близниченко А.С. 286

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
Ушаева Л.А., Попов А.А., Зотов А.А. 287

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА
Ушакова М.И., Сивкова А.В.,
Овсянников Е.С. 287

СВЯЗЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ
С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ
И УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ
ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ
ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА
У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО
И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА
Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р.,
Абдулганиева Д.И., Мухаметшина Э.И. 288

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
ПЕРЕХОДНИКА К ПОСТОЯННОМУ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРУ
В СОСТАВЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ
ОПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО
ТЕСТИРОВАНИЯ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ
ЭЛЕКТРОДОВ
Федорец В.Н., Виноградова Л.Г.,
Александров А.Н. 289

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ
Филатова Е.С., Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е. 289

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Филатова О.Н., Савушкина И.А., Овсянников Е.С. 290

ОЦЕНКА КРУПНЫХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ
Филипович Е.К., Кудлач А.И., Ивашина Е.Н., Стефанин А.Л., Шиянова А.В. 291

АНАЛИЗ ПРОВОДИВШИХСЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННОГО COVID-19, У ЛИЦ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ПНЕВМОНИЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ (COVID-19)
Филипченко Е.М., Горбань В.В. 292

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ, У ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ COVID-19, И У НЕ БОЛЕВШИХ (С 1.02.2020 Г. ПО 01.01.2021 Г.)
Филипченко Е.М., Джахбарова Д.К., Ананьева Е.И. 293

ОСОБЕННОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ МАСОЧНОГО РЕЖИМА С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ COVID-19
Филипченко Е.М., Кришталь М.А., Хасанова А.Ю. 294

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ МЕТОДОМ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ
Финоженок В.Г., Сафонова Ю.А., Инамова О.В. 294

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА
Фонтуренко А.Ю., Башкинов Р.А., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Инамова О.В. 295

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И СПОНДИЛОАРТРИТОВ
Фонтуренко А.Ю., Башкинов Р.А., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Инамова О.В. 296

ДЕРМАТОЗЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19
Хаббус А.Г., Белова Е.А., Ключарева С.В., Чурина М.А., Нечаева О.С., Слободских Е.О., Тихомирова А.Д. 296

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19
Хаббус А.Г., Белова Е.А., Слободских Е.О., Лакеенков Н.М., Заводько Е.А., Чурина М.А. 297

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФРАКЦИОННОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА В ТЕРАПИИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ
Харчилава М.Г., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э., Григорьев К.С., Карпов В.А. 298

ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ COVID-19
Хидоятова М.Р., Иноятова Ф.Х., Хамраева Г.Ш., Музапаров У.Р., Абдумаликова Ф.Б. 299

АНТИОКСИДАНТНЫЕ, ИММУНОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМПОЗИЦИИ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА КУРКУМЫ ДЛИННОЙ (CURCUMA LONGA) И МЕТИОНИНА: ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ
Хисамова А.А., Гизингер О.А. 299

МИКРОБИОМ, ПИТАНИЕ И COVID-19
Хорошилов И.Е. 300

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ФАРМАКО-ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Худайбергенов Н.Ю., Киличев И.А., Адамбаев З.И., Султанова Д.О. 301

СТРУКТУРА ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Худайбергенов Н.Ю., Киличев И.А., Адамбаев З.И., Ибрагимова Ю.Д., Бобожанов У.А. 302

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Худойбергенов Н.Ю., Адамбаев З.И., Султанова Д.О. 302

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ФЕНОТИПОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
Цапкова В.А., Давыдов С.И., Толмачева С.В. 303

НЕИНВАЗИВНЫЙ МОНИТОРИНГ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
Царев О.А., Прокин Ф.Г., Царева Ю.О., Вялова М.О., Царев Е.Ю. 304

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ
Черник Т.А., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е., Токмачев Е.В., Механтьева Л.Е., Шкатова Я.С. 304

ST2 В КАЧЕСТВЕ БИОМАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Черник Т.А., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Токмачев Р.Е., Токмачев Е.В., Механтьева Л.Е., Шкатова Я.С. 305

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ
Черников А.Ю., Антонова М.А., Дьяков А.А. 306

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА КРАТКОСРОЧНУЮ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
Чеснокова И.В. 307

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРЕПАРАТОМ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ
Чурилов А.В., Майлян Э.А., Немсадзе И.Г., Мирович Е.Д. 307

ДОСТОВЕРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА – ЗАЛОГ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Шавази Н.М., Махмудова З.Р. 308

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РИСКЕ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ (ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)
Шаповалова А.Б., Евстропов В.С. 309

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНЫХ АСПЕКТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ТИПИЧНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ И С ВНЕПИЩЕВОДНЫМИ КАРДИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
Шаповалова М.М., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Перцев А.В. 309

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
Шаповалова М.М., Токмачев Р.Е., Шкатова Я.С., Резова Н.А. 310

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ И ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ
Шапченко Т.И., Курышева О.А., Журбий О.Е. 311

ПРЕДИКТОР ЭФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ β2-АГОНИСТА И ХОЛИНОБЛОКАТОРА (ИНДАКАТЕРОЛА /ГЛИКОПИРРОНИЯ) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Симоненко Ю.В., Чибирякова Е.О. 312

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА
Шатохина Я.П., Соцкая Я.А. 312

МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПОВЕРХНОСТИ КЛЕТОК ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Шафорост А.С., Воропаев Е.В., Ачинович С.Л. 313

ВЛИЯНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК НА ПРОЦЕСС РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В МОДЕЛЬНОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Шафорост А.С., Зятьков А.А., Скуратов А.Г., Кондрачук А.Н., Шафорост М.С., Веялкина Н.Н. 314

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОХРОМОВ Р450 У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА С РАЗЛИЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ
Шебуняева Я.Ю., Поспелова Т.И., Горева О.Б., Гришанова А.Ю., Войтко М.С., Ступакова В.А. 315

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
Шевцова В.И., Есина Е.Ю., Котова Ю.А. 316

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Шевцова В.И., Зуйкова А.А., Котова Ю.А. 316

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Шевцова В.И., Зуйкова А.А., Шевцов А.Н. 317

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Шевцова В.И., Котова Ю.А., Зуйкова А.А. 318

ДИНАМИКА ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ЗОЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ
Шелегова И.Г., Важенина Д.А., Нуриева Н.С. 319

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИИТА (БОЛЕЗНИ БЮРГЕРА) В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО РЕВМАТОЛОГА
Шестернина А.С. 319

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА
Шибзухова Л.А., Шибзухов Т.А., Борукаева Л.А., Абазова З.Х., Борукаева И.Х. 320

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Шилова И.В., Горячева Л.Г., Ефремова Н.А. 321

ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ТРИГГЕРЫ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Шишкин А.Н. 322

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ НЕЙРОПЕПТИДА Y НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Шкатова Я.С., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М. 322

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ
Шкатова Я.С., Токмачев Р.Е., Резова Н.В., Перцев А.В. 323

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ТОЦИЛИЗУМАБ НА ТЕЧЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ ИНФЕКЦИИ COVID-19
Шолкова М.В., Доценко Э.А. 324

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ БИГУАНИДОВ И ПОЛИМОРФИЗМА RS7903146 ГЕНА TCF7L2 У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Шорохова П.Б., Баранов В.Л., Ворохобина Н.В. 325

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИАЛГИЙ
Шпагина А.В., Дубровина С.А., Попов М.С. 326

ГЕНЫ ТРОМБОФИЛИИ И ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Шушанова А.С. 326

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И СТРУКТУРА МУТАЦИЙ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА-1 НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В 2019 ГОДУ
Щемелев А.Н., Останкова Ю.В., Зуева Е.Б. 327

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ПАРОДОНТА ПРИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДНОМ ВОСПАЛЕНИИ
Щерба В.В., Демкович А.Е. 328

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Щербаков Г.И. 329

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Юдин В.А., Один В.И., Жигулина А.И., Тыренко В.В. 329

ТРУДНОСТИ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ БОЛЬНЫМ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Юдкина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В. 330

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Юдкина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В. 331

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ ВОЗРАСТОМ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»
Яковлева И.Н., Красножон В.С., Пайкова А.С., Ушакова С.Е. 331

АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЛЯ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
Ямщикова Т.Ю., Самсонова Т.И[2], Грачева Е.В., Макарова О.В., Углева Е.М. 332

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕЛОМОВ
ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ
ПОЗВОНОЧНИКА
Яриков А.В., Шпагин М.В., Донгак М.М. 333

МОЖЕТ ЛИ ОСЛОЖНЕНИЕ
УЛУЧШИТЬ ПРОГНОЗ?
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Ярмош И.В., Селецкий С.С., Догова В.И.,
Абдульминова Р.И., Айдемирова Ж.Б. 334

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ: ЛЕЧЕНИЕ
ПОСЛЕ СЕПТАЛЬНОЙ АБЛАЦИИ
Ярмош И.В., Михайлов Р.Р.,
Болдуева С.А., Абрамас П.М.,
Аль-Мадхун А.И., Попов К.В. 335

Научное издание

Всероссийский конгресс
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

ISBN 978-5-6040648-4-9

Технический партнер:
ООО «Ай Си Эс»
ICS INTERNATIONAL CONGRESS SERVICE

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

Подписано в печать 14.04.2021
Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс Нью Роман»
Печать офсетная. Тираж 100 экз.