



RNMOT

ПРИЛОЖЕНИЕ  
К ЖУРНАЛУ

# ТЕРАПИЯ

## THERAPY

RNMOT.ORG THERAPY-JOURNAL.RU

**IX ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ  
«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»  
ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ РНМОТ**

**21–22 МАЯ 2026 Г.  
УФА**

**ОРГАНИЗАТОРЫ:**

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

**ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:**

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ

ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ РОССИИ

МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА

ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (ISIM)

ЕВРОПЕЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (EFIM)

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ  
К ЖУРНАЛУ ТЕРАПИЯ №2

**ТОЛЬКО  
ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ**

**2026**

**IX ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ  
«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»  
Всероссийская конференция молодых терапевтов РНМОТ  
(сборник тезисов)**

**21–22 МАЯ 2025 Г., УФА**

**РЕЦЕНЗЕНТЫ**

**Чулков В.С.**, д.м.н., доцент, директор медицинского института, заведующий кафедрой госпитальной терапии Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого

**Жарова М.Е.**, к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, эксперт Центра организации программ скрининга онкологических заболеваний ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

**Для цитирования:**  
IX ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»  
Всероссийская конференция молодых терапевтов РНМОТ  
(сборник тезисов)  
Терапия. 2026; 12(2S): 1-211  
Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2026.2suppl.1-211>

## СОДЕРЖАНИЕ

**АБРАМЕНКО М.С., ОРЛОВА О.С.**

Влияние гипербарического кислорода на митохондриальную дисфункцию у пациентов с СД2.....16

**АБЫЗОВ А.С., БИЛАЛОВА А.А., НЕМЕШКИН Н.И.**

Диссоциация спирометрии и газообмена при фиброзирующей болезни легких .....17

**АБЫЗОВ А.С., ИВАНОВА А.С., БИЛАЛОВА А.А., БАЛТРИМАС В.С.,  
ИВАНОВ Г.П., АБЫЗОВ М.С.**

Хроническая боль в спине: от клинико-эпидемиологической характеристики к цифровому подходу...18

**АГИШЕВА М.О., ДАВИДЕНКО И.Ю., ВОЛКОВА Н.И.**

Диагностические трудности при атипичном течении сахарного диабета 1-го типа.....19

**АКСЮТИНА Н.В., БОЛЬШАКОВА Т.Ю., АХМЕТОВ А.Р.**

Нарушения ритма сердца у пациентов со старческой астенией.....20

**АКСЮТИНА Н.В., БОЛЬШАКОВА Т.Ю., ДЕМИЧЕВ И.А., АХМЕТОВ А.Р.**

Эффективность школ здоровья для кардиологических больных .....21

**АКСЮТИНА Н.В., БОЛЬШАКОВА Т.Ю., ДЕМИЧЕВ И.А., НАРОЖНАЯ А.Д.,  
ГРИДНЕВА А.М., ЗЛОБИНА А.А., ЗЛАКАЗОВ О.В.**

Факторы риска ИБС у пациентов с острым коронарным синдромом  
.....22

**АКСЮТИНА Н.В., БОЛЬШАКОВА Т.Ю., ЗАЛОЖУК Е.В., ГУЦАЛО К.С.**

Факторы риска, ухудшающие состояние здоровья организованной молодежи.....23

**АКСЮТИНА Н.В., БОЛЬШАКОВА Т.Ю., КУЗНЕЦОВА Е.Ю.**

Дебют системной красной волчанки с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой.....24

**АКУЛЬШИНА Е.П., ВОЛКОВА М.В., КОТОМИНА В.В., ПАЛИЕНКО А.В.,  
СОКОЛОВА И.Я., ИЛЬГИСОНИС И.С.**

Синдром Пархона – осложнение полихимиотерапии или проявление  
паранеопластического синдрома при фолликулярной лимфоме.....25

**АМИРОВА Н.У.**

Роль гиперурикемии в развитии фибрилляции предсердий.....26

**АПУШКИНА Т.А., ПЛОТНИКОВА Е.С., МАЛЫШЕНКО О.С.**

Эмпиема плевры у больной сахарным диабетом.....27

**АФЛЯТУНОВА А.Б., НАБИЕВА А.А., ИСМАГИЛОВА Э.Ф.,  
МАСАЛИМОВ И.И., ХИСАМОВА Э.Р.**

ГЭРБ у пациентов пожилого возраста.....28

**АХИЯРОВА К.Э., ТЮРИН А.В.**

Клинико-генетические ассоциации при дисплазии соединительной ткани.....29

**АХМЕДОВА Ф.Д., КОРОЛЕВ М.А.**

Оценка органных повреждений у пациентов с системной красной волчанкой.....30

<b>АХМЕДОВА Ф.Д., ЮДИНА Д.А.</b> Мультиорганная недостаточность при СКВ: клинический случай с акцентом на инфекционные осложнения.....	31
<b>БЕЗНЕБЕЕВА А.А., БЕРНС С.А., АЛМАЗОВА И.И., КУЗНЕЦОВА И.В.</b> Трудности дифференциальной диагностики болезни Крона и экстрагенитального эндометриоза.....	32
<b>БЕЛОЗЕРОВ Е.В., ХОВАЯЕВА Я.Б., БЕЛОЗЕРОВА Д.Н.</b> Связь уровня физической активности с показателями жировой и мышечной массы.....	33
<b>БЛАГОДАРЕНКО А.Б., БЛУДОВА Н.Г., РЕБРОВ Б.А., РЕБРОВА О.А.</b> Диагностика тиреоидной дисфункции при ревматоидном артрите.....	34
<b>БЛУДОВА Н.Г., ЯРЦЕВА С.В., БЛАГИНИНА И.И., БЛАГОДАРЕНКО А.Б.</b> Возможности комбинированной терапии резистентных форм артериальной гипертензии у больных СД 1-го типа.....	35
<b>БУСЫГИНА М.С., ЕРБУЛЕКОВА М.М.</b> Особенности гепатопульмонального синдрома при циррозах печени разной этиологии.....	36
<b>БУСЫГИНА М.С., КРОПАЧЕВА Н.С., ВАСИЛЬЕВА О.А.</b> Коварная болезнь Рандю–Ослера.....	37
<b>БУТУСОВА М.С.</b> Нарушение минеральной плотности костной ткани у пациентов с острым лейкозом на разных этапах терапии.....	38
<b>ВАНЮКОВ В.В., ВАНЮКОВА Д.А.</b> Расстройства пищевого поведения и их роль в жизни студентов медицинских вузов.....	39
<b>ВАНЮКОВ В.В., ВАНЮКОВА Д.А.</b> Значение избыточной массы тела в развитии метаболически-ассоциированной жировой болезни печени.....	40
<b>ВАНЮКОВ В.В., ВАНЮКОВА Д.А.</b> Тяжелая внебольничная пневмония у пациента с гемофилией В и множественной сопутствующей патологией.....	41
<b>ВАСИЛЬЕВА И.Н., ОСАДЧУК М.А., МИТРОХИНА О.И., КИСЛЕНКО Г.А., КУЗЬМИНА Е.А., ГУСЕЙНОВА Г.Л.К., ХУДАРОВА А.А., ЧЕРНУСЬ Н.П.</b> Применение липофильных антигипертензивных лекарственных препаратов в лечении пациентов с ожирением.....	42
<b>ВАСИЛЬЕВА Л.В., КОЛЯГИН А.А., СУСЛОВА Е.Ю., ГОСТЕВА Е.В.</b> Факторы риска развития остеоартрита у женщин пожилого возраста.....	43
<b>ВАХНЕНКО М.А.</b> Результаты 12-летнего наблюдения за пациенткой с некомпактным миокардом левого желудочка в клинике.....	44
<b>ВИЛКОВА А.С., ЗОЛотова М.В.</b> Клинический случай саркоидоза легких у работницы горно-обогатительного комбината.....	45

<b>ВОДОРЕЗОВ З.А.</b> Гендерные особенности влияния тревоги и одиночества на приверженность к терапии после ЧКВ.....	46
<b>ВОДОРЕЗОВ З.А.</b> Гендерные особенности влияния тревоги и одиночества на приверженность к терапии после ЧКВ. Описание клинических случаев.....	47
<b>ВОЛКОВА В.А.</b> Мультидисциплинарный подход в ведении пациентов с несовершенным остеогенезом: клинический случай.....	48
<b>ВОЛКОВА М.В., ПЕТРУХНОВА М.Ф., КУЗНЕЦОВ И.В., КАПЛУНОВА В.Ю., НАЙМАНН Ю.И.</b> Синдром Бланда–Уайта–Гарланда.....	49
<b>ВОЛЧЕК И.А., НОВОЖЕНОВ В.Г., ТЕРЯЕВ А.С.</b> Цитокинмодулирующее действие экстракта <i>Tripterygium wilfordii</i> .....	50
<b>ГАВРИЛОВА Е.С., КУЗЬМИНЫХ В.С., ЗАХАВАЕВ И.А., ЧУЛКОВ В.С.</b> Характеристика врача – потенциального пользователя системой оценки кардиометаболического риска.....	51
<b>ГАВРИЛОВА Е.С., КУЗЬМИНЫХ В.С., ЗАХАВАЕВ И.А., ЧУЛКОВ В.С.</b> Характеристика пациента – потенциального пользователя системой оценки кардиометаболических факторов.....	52
<b>ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С.</b> Особенности поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний у молодых лиц.....	53
<b>ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С.</b> Факторы кардиометаболического риска у обучающихся колледжа.....	54
<b>ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С.</b> Тревожно-депрессивная симптоматика и факторы кардиометаболического риска у молодых лиц.....	55
<b>ГАДИЕВА В.А.</b> Влияние аргинина на иммунные реакции при экспериментальной ишемии-реперфузии почек.....	56
<b>ГАЛИНА И.И., ТЮРИН А.В.</b> Оценка маркеров воспаления и адипокинов при остеоартрите кистей в зависимости от индекса массы тела.....	57
<b>ГАЛИХАНОВА Ю.И., ШКЛЯЕВ А.Е., КАПУСТИНА Н.Р., ТОЛМАЧЕВ Д.А.</b> Использование технологий искусственного интеллекта студентами медицинского вуза.....	58
<b>ГАМАЮНОВ Д.Ю., КАЛЯГИН А.Н., ИЛЛАРИОНОВА Т.В., МАЩЕНКО И.С., ФРЫГИНА Е.Д.</b> Частота гипераммониемии у пациентов с ХСН с учетом особенностей питания.....	59
<b>ГАМАЮНОВ Д.Ю., КАЛЯГИН А.Н., КРЫЛОВ М.А., БАЛДАЕВА Б.Б., ФЕДОТОВА В.Н., НУТЧИН А.К.</b> Частота гипераммониемии у пациентов с ХСН с учетом клинико-anamnestических данных.....	60

<b>ГАРОВОВ Г.Я., ХУДАЙБЕРДЫЕВА Г.П.</b> Цитопротекция в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	61
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., СОЛОВЬЕВА В.И.</b> Хроническая обструктивная болезнь легких и медицинская реабилитация.....	62
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., СОЛОВЬЕВА В.И., МАРАЧКОВА Д.О.</b> Медицинская реабилитация пациентов с сочетанной кардиоцеребральной патологией: клинический случай.....	63
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ВОЛКОВА В.А., МАРКОВА Я.Р.</b> Медицинская реабилитация пациентов с отдаленными последствиями COVID-19: клинический случай.....	64
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М., МАРАЧКОВА Д.О.</b> Роль мультидисциплинарной команды в реабилитации пожилых коморбидных пациентов .....	65
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., СОЛОВЬЕВА В.И.</b> Медицинская реабилитация при фибрилляции предсердий и ишемической болезни сердца: годовые исходы.....	66
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОНКОПРЯД М.В., СИМОНОВА В.Г., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д.</b> Анализ факторов риска у пациентов с ожирением и остеоартритом в условиях диспансеризации.....	67
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОНКОПРЯД М.В., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М.</b> Модификация образа жизни при остеоартрите в сочетании с алиментарным ожирением: клинический случай.....	68
<b>ГЛАДЬКО О.В., ВОЛЧЕК И.А., НОВОЖЕНОВ В.Г., ТЕРЯЕВ А.С.</b> Регуляция продукции цитокинов экстрактом <i>Centipeda minima</i> у больных псориазом с артритом <i>in vitro</i> .....	69
<b>ГОРБАТОВСКАЯ Е.Е.</b> Новые молекулярные стратегии терапии сердечно-сосудистой патологии.....	70
<b>ГОРБУНОВ А.Ю., ЗЕЛЕНИН В.А., СЕРГИЕНКО А.С.</b> Влияние геомагнитных и погодных факторов на частоту обострений сердечно-сосудистых заболеваний.....	71
<b>ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., МАКАРОВ Л.А.</b> Здоровый образ жизни как фактор улучшения метаболического здоровья среди молодежи: акцент на питании.....	72
<b>ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., МАКАРОВ Л.А.</b> Исследование уровня двигательной активности студентов медицинских и немедицинских вузов Волгограда.....	73
<b>ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., МАКАРОВ Л.А.</b> Влияние избыточного веса на физическую активность населения Волгоградской области.....	74

<b>ДОЛГУШИН Г.О., ОБИДИН М.П., ПЛИСЮК А.Г., ЯРОВАЯ Е.Б., МЕРШИНА Е.А., ЦУРСКАЯ Д.Д., ФИЛИЧКИНА Е.М., ИВЛЕВ О.Е., СИНИЦЫН В.Е., ОРЛОВА Я.А.</b> Прогнозирование риска развития ССО на основе анализа профилактических маммограмм .....	75
<b>ДУДАРЕВ В.М., ШКЛЯЕВ А.Е., ЧУПИНА М.С.</b> Бальнеотерапевтическая коррекция дискинезии толстой кишки минеральными водами Удмуртской Республики.....	76
<b>ДЫДЫШКО В.Т.</b> Влияние курения на уровень «защитного» холестерина у практически здоровых мужчин молодого и среднего возраста.....	77
<b>ЖАРКОВА Д.А., МУСИНА Н.Н., СЛАВКИНА Я.С., САПРИНА Т.В.</b> Изучение индексов стеатоза и фиброза печени в зависимости от типа нарушений углеводного обмена.....	78
<b>ЖИЛЯЕВ А.Ф., ЧУЛКОВ В.С.</b> Взаимосвязь физической активности, психоэмоционального статуса и уровня витамина D у молодых.....	79
<b>ЖИМИРИКИНА А.А.</b> Взаимосвязь высоких значений индекса массы тела и развития остеопороза у женщин среднего возраста.....	80
<b>ЗАЙНУЛЛИНА А.Р., ПЕРЕВЕДЕНЦЕВА С.А., ПАЛЬМОВА Л.Ю.</b> Кожные проявления неясного генеза в практике врача: от гипотезы к диагнозу.....	81
<b>ЗЕЛЕНИН В.А., ШЕВКУНОВА Н.А., ГОРБУНОВ А.Ю., КОЛУШОВА И.Е.</b> Влияние соматической патологии и дефектов зубного ряда на вкусовое восприятие.....	82
<b>ЗИМНИЦКАЯ О.В., ДЖИОЕВА О.Н.</b> Толщина эпикардальной жировой ткани в норме и при патологии.....	83
<b>ЗЯБЛИЦЕВА Е.С., ПЕЧЕРСКИХ М.В.</b> Особенности течения острого повреждения почек. Клинические случаи.....	84
<b>ИВАНОВА С.А., КВИТКОВА Л.В.</b> О чем следует помнить врачу после радикального удаления феохромоцитомы.....	85
<b>ИСАКОВА Д.А., ВЕДЕНСКАЯ С.С., СМОЛЕНСКАЯ О.Г., КНЫШ О.Е.</b> Динамика параметров гемостаза при ишемической болезни сердца на фоне лечения регуляторными пептидами.....	86
<b>ИСПАВСКАЯ К.С.</b> Роль фармакотерапии и полипрагмазии в развитии саркопении.....	87
<b>КАЛИМУЛЛИНА М.Ф., КАЛИМУЛЛИНА Р.Ф.</b> Персистирующее трепетание предсердий: проявление инфекционного эндокардита протезированных клапанов.....	88
<b>КАМАРДИНА А.И., СИНИЦЫН В.М., СМИРНОВА В.В., РАУЖЕВА В.П.</b> От ОРВИ до ЭКМО. Клинический случай фульминантного миоперикардита у молодой пациентки.....	89

<b>КИСЛАЯ С.Н., РАКИТИНА К.А.</b> Дебют болезни Стилла взрослых после родов.....	90
<b>КИСЛАЯ С.Н., СТУКЛОВ Н.И., КИСЛЫЙ Н.Д.</b> Распространенность анемии у больных терапевтического профиля.....	91
<b>КИСЛАЯ С.Н., СТУКЛОВ Н.И., КИСЛЫЙ Н.Д.</b> Распространенность анемии у больных с артериальной гипертензией.....	92
<b>КЛЕЩЕВА А.В., ТОМИЛИН В.Ю., ФАДЕНБЕРГ Н.Э.</b> Особенности спирометрии в диспансеризации взрослого населения у лиц, перенесших новую COVID-19.....	93
<b>КЛЕЩЕВА А.В., ФЕДОТОВ М.О., ФАДЕНБЕРГ Н.Э.</b> Суставной синдром на фоне описторхозной инвазии: трудности диагностики.....	94
<b>КОЗИК В.А., САВЧЕНКО М.А., ШПАГИНА Л.А.</b> Прогнозирование неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома в постковидный период.....	95
<b>КОЗИК В.А., САВЧЕНКО М.А., ШПАГИНА Л.А.</b> Психоэмоциональный статус пациентов с инфарктом миокарда в постковидный период.....	96
<b>КОЛЯГИН А.А., ВАСИЛЬЕВА Л.В., ПЫШНОГРАЕВА Л.В., СУСЛОВА Е.Ю., ГОСТЕВА Е.В.</b> Самооценка нарушений цикла «Сон-бодрствование» при коморбидности остеоартрита и хронической болезни.....	97
<b>КРЕЦ А.В., СЕМИКИНА Е.В.</b> Распространенность форм фибрилляции предсердий с учетом фенотипа неалкогольной жировой болезни печени.....	98
<b>КРИЖАНОВСКИЙ К.А.</b> Клиническая инерция – прямая дорога мимо очевидного диагноза.....	99
<b>КУДРЯВЦЕВА Н.Г., АБДУЛЛИНА Д.Д., ШАТАЛОВА Е.А., ПАРВЕ С.Д.</b> Взаимосвязь тромбоцитарно-лимфоцитарного индекса с геометрией левого желудочка у пациентов с ИБС.....	100
<b>КУРГУЗОВА Э.П., ЦЫГАНКОВА Д.П., МАСЛОВА Ж.И.</b> Клинико-лабораторные фенотипы пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.....	101
<b>КУРИЛКИНА Ю.Е., ЧАЩИН М.Г., КОРОЛЕВ А.И., ФЕДОРОВИЧ А.А., ГОРШКОВ А.Ю., ДРАПКИНА О.М.</b> Неинвазивный скрининг повышенного уровня холестерина липопротеинов низкой плотности.....	102
<b>ЛАПШИН А.А., ЛАПШИНА Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Сывороточное железо как предиктор выживаемости при острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности.....	103
<b>ЛАПШИНА Е.А., ЛАПШИН А.А., САЛАМАТИНА А.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Фенотип-ассоциированные паттерны застоя при острой декомпенсации сердечной недостаточности в зависимости от уровня систолического артериального давления.....	104

<b>ЛИХЕНКО-ЛОГВИНЕНКО К.В.</b> Клинико-функциональная характеристика постковидного синдрома у медицинских работников Новосибирска.....	105
<b>ЛОБОВА М.Д.</b> Обоснование необходимости стоматологического мониторинга у пациентов с лимфомой Ходжкина.....	106
<b>ЛОТКОВА О.Н.</b> Развитие инфаркта миокарда у пациента молодого возраста на фоне индукционной ПХТ острого лейкоза.....	107
<b>ЛУРЬЕ Г.Р., СЕМЕНОВА Е.А.</b> Целиакия: от классического синдрома мальабсорбции к мультисистемному заболеванию.....	108
<b>МАЗНИЦА А.А., МИХАЙЛОВА О.Д., ТАРАСОВА А.А., ДАНИЛОВА А.В.</b> Роль стресса и способов совладания с ним в развитии поражений ЖКТ у онкогематологических пациентов.....	109
<b>МАКЕЕВА Л.М., НИКИТИН И.Г.</b> Информированность и охват вакцинацией от сезонного гриппа пациентов с сахарным диабетом типа 2.....	110
<b>МАМАЕВА Е.В., КОВЕШНИКОВ А.И., БЕЛЬДИЕВ С.Н.</b> Гипертрансаминаземия, не обусловленная патологией печени.....	111
<b>МАРКУС Э.А., КОРОБЕЙНИКОВА А.Н.</b> Азатиоприн-ассоциированная нецирротическая портальная гипертензия у пациента с болезнью Крона.....	112
<b>МАРКУС Э.А., КОРОБЕЙНИКОВА А.Н.</b> Внебольничная пневмония у молодой пациентки: когда антибиотики не эффективны.....	113
<b>МАРТЫНОВ С.А., ЧУЛКОВ В.С., ЖИЛЯЕВ А.Ф.</b> Метаболический профиль и адипокины при прогрессировании кардиоренометаболического синдрома у молодых.....	114
<b>МАСЛОВА Ж.И., ЦЫГАНКОВА Д.П.</b> Особенности метаболических маркеров и липоматоз поджелудочной железы у пациентов с нормальной и избыточной массой тела.....	115
<b>МАШАРИПОВА Д., ТАГАЕВА Д., ИБАБЕКОВА Ш., САДИЕВА З., ИБАБЕКОВ Ш., УТЕМУРАТОВ Б.</b> Клиническое значение показателей функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью.....	116
<b>МЕСМУДИ И.М., СТУКЛОВ Н.И., БАРЯХ Е.А.</b> Тромбоз с и без тромбоцитопении: характеристика гематологических больных и показателей гемостаза.....	117
<b>МЕСМУДИ И.М., СТУКЛОВ Н.И., БАРЯХ Е.А.</b> Варианты заболеваний крови у пациентов с тромботическими осложнениями с или без тромбоцитопении.....	118

<b>МИНОЧКИНА М.Д., КИТАЕВА Ю.С.</b> Изменение показателей иммунного статуса пациентов с лимфомой Ходжкина при лечении ниволумабом.....	119
<b>МИТЕРЕВ Н., СТУКЛОВ Н.И., КАПЛАНОВ К.Д.</b> Коморбидность среди пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями – опыт Боткинской больницы.....	120
<b>МИХАЙЛОВА О.Д., БЕССОНОВ А.Г., ШИШКОВА А.В., ДОРОДОВА И.П.</b> Особенности пищевого поведения и образа жизни пациентов с ГЭРБ и патологией поджелудочной железы.....	121
<b>МИХАЙЛОВА О.Д., ВАХРУШЕВ Я.М., ГАЛИЦЫН Р.А.</b> Состояние обеспеченности населения врачами-терапевтами и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.....	122
<b>МИХАЛЁВА М.М., ЕФРЕМОВА Е.В., ШУТОВ А.М.</b> Клинические фенотипы почечной дисфункции у пациентов старшей возрастной группы после острых нарушений мозгового кровообращения.....	123
<b>МОИСЕЕВА А.Ю., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Клиническое и прогностическое значение доменов старческой астении у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	124
<b>МОИСЕЕВА С.А.К., КОКОРИН В.А.</b> Эволюция этиологической структуры острого перикардита за 20 лет: ретроспективное исследование.....	125
<b>МОЛОСТВОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.</b> Нетипичное проявление дебюта острого миелоидного лейкоза на примере клинического случая.....	126
<b>МОХАММЕД Х., КУРНИКОВА И., АЛЬ А.А., МУРШЕД С.</b> Влияние ожирения на вегетативную регуляцию сердца у молодых пациентов из азиатской популяции.....	127
<b>МОХАММЕД Х.Х.А., КУРНИКОВА И.А.</b> Синдром эмоционального выгорания и факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у медиков.....	128
<b>МУСА Х.Х.Д., КОКОРИН В.А., СЕЛИВАНОВ Г.А.</b> Факторы риска кровотечений у пациентов с тромбозом легочной артерии на амбулаторном этапе.....	129
<b>МУХАМЕТОВА Д.Д., ФОМИНА Е.Е., ОДИНЦОВА А.Х., ШАМСУЛЛИНА А.Ф., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Возможности ультразвукового исследования для оценки активности воспалительных заболеваний кишечника.....	130
<b>НАБИЕВА А.А., ГАБДРАХИМОВА Р.А., АФЛЯТУНОВА А.Б., ЯКИНА Д.М., АХМАТЯНОВА К.Р.</b> Сравнительный анализ клинико-лабораторных и УЗ-признаков дисфункции ЖВП и НАЖБП с билиарным сладжем.....	131

<b>НАБОЙЧЕНКО М.Д., ОКОНЕЧНИКОВА Н.С., БОЛОТНОВА Т.В.</b> Показатели качества жизни больных с ассоциированной патологией в пожилом возрасте.....	132
<b>НИКОЛАЕВА Н.А., ВОРОНКОВА О.О., КОЖЕВНИКОВА М.В., БЕЛЕНКОВ Ю.Н.</b> Особенности метаболомного профиля пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ.....	133
<b>НИКОЛЕНКО Е.С., ЧУЛКОВ В.С., СЮНДЮКОВА Е.Г.</b> Артериальная гипертензия белого халата у беременных как фактор риска неблагоприятного исхода беременности.....	134
<b>ОЛЕЙНИКОВА В.Д.</b> Возможности стратификации сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста российской популяции.....	135
<b>ОЛЕНДЕР М.В., КВИТКОВА Л.В.</b> Гемохроматоз: цена диагностической ошибки.....	136
<b>ОЛЕНЬКОВА А.В.</b> Информативность метода спирометрии в первичном звене здравоохранения на примере районной больницы.....	137
<b>ОСИПЯНЦ А.А., ОСИПЯНЦ Р.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., СИМОНОВА Е.Н., МУТОВИНА З.Ю., ГАЙДУКОВА И.З.</b> Поражение почек при системном дуэте (системная склеродермия и полимиозит).....	138
<b>ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С., ЭКТОВА Н.А., ЧУЛКОВ В.С.</b> Взаимосвязь метаболических показателей, адипокинов и цитокинов при НАЖБП у молодых.....	139
<b>ПАРФЕНОВА О.А., СТУКЛОВ Н.И., МИТЕРЕВ Н.</b> Лимфома с первичным поражением тонкой кишки: клинические проявления и особенности диагностики.....	140
<b>ПОДХВАТИЛИНА А.С., НИКИТИН И.Г.</b> Проблемы интерпретации результатов денситометрии пациентов с остеопорозом на фоне снижения роста.....	141
<b>ПОСЕЛЮГИНА О.Б., КОРИЧКИНА Л.Н., КУЗТМИН И.С., ЗЕНИН Т.Т., АУН С.Ю., ЦВЕТКОВ И.С., БЕЛИКОВ А.Н.</b> Осуществление межсистемных связей в кровеносном русле при гипертонической болезни III стадии.....	142
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В.</b> Тяжелая бронхиальная астма у беременных: клинические особенности.....	143
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В.</b> Анализ клинических проявлений бронхиальной астмы в послеродовом периоде.....	144
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ПРИХОДЬКО К.С.</b> Особенности течения аллергических заболеваний у беременных пациенток с бронхиальной астмой.....	145
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., ПРИХОДЬКО К.С.</b> Адресная медико-социальная помощь семьям социального риска: пути совершенствования.....	146

<b>ПРОХОРОВ Д.Ю.</b> Параметры и качество сна выпускников медицинского института.....	147
<b>РАКИТИНА К.А., БЫЧКОВА Л.В., КИСЛАЯ С.Н., ЖУРАВЛЕВА А.С., ИГАМБЕРДИЕВ Ш.В.У.</b> Значение интерлейкиновой терапии ковидной пневмонии через призму почечной патологии.....	148
<b>РАХМАТУЛЛИНА К.М., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Саркопения при спондилоартритах: ограничения биоимпедансного анализа и диагностическое значение УЗИ.....	149
<b>РЕБРОВ Б.А., БЛУДОВА Н.Г., ЯРЦЕВА С.В., БЛАГИНИНА И.И., БЛАГОДАРЕНКО А.Б.</b> Клинические аспекты выбора гиполипидемической терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа.....	150
<b>РЕВКОВА Д.С.</b> Атриовентрикулярная узловая тахикардия у пациента с полной транспозицией внутренних органов.....	151
<b>РОМАЩЕНКО О.В., АЛФЁРОВ П.К., АЛЬ Г.К., ГРИЩЕНКО Н.Д., ОВЧИННИКОВ С.О., БЕЛОВА Б.Г., СМИРНОВА М.А.</b> Этилметилгидроксипиридина малат как кардиоцитопротектор у пациентов с ИБС в клинической практике.....	152
<b>РОМАЩЕНКО О.В., МУЖЧИЛЬ Д.А.</b> Межличностные отношения подростков с ограниченными возможностями здоровья.....	153
<b>РОМАЩЕНКО О.В., МУЖЧИЛЬ Д.А.</b> Ориентиры для мультидисциплинарной помощи подросткам с ограниченными возможностями здоровья.....	154
<b>РОМАЩЕНКО О.В., СОКОЛОВА О.В., КУПРИЯНОВА В.В.</b> Статистика тревожно-депрессивных расстройств среди студентов медицинского вуза.....	155
<b>РОМАЩЕНКО О.В., ЯКУНЧЕНКО Т.И., ЗОЛУХИН Д.И., СОКОЛОВА О.В., НУХОВА О.В., КУПРИЯНОВА В.В.</b> Тревожно-депрессивные расстройства среди студентов-медиков прифронтового и тылового городов России.....	156
<b>РЫБАС А.В., АФАНАСЬЕВА Е.Н., ПАВЛОВА И.Б., РЫБАС В.А.</b> Клинический случай успешного лечения аденомы надпочечника, дебютировавшей фибрилляцией желудочков.....	157
<b>САЗОНОВА А.Д.</b> Синдром Нунан и аденома гипофиза – сложности диагностики. ....	158
<b>САМОЖЕНОВА П.С.</b> Синдром неадекватной секреции альдостерона при артериальной гипертензии. Терапевтические возможности.....	159
<b>САМОРУКОВА Е.И., САМОЖЕНОВА П.С.</b> Оценка функционального статуса и расчет периоперационных рисков в разных клинических ситуациях.....	160

<b>САФАРОВА А.А.</b>	
Поражение мочевыделительной системы при внебольничной пневмонии.....	161
<b>САФИУЛЛИНА, ПАЛЬМОВА Л.Ю.</b>	
Иммунная тромбоцитопения: современные подходы к верификации в общей практике.....	162
<b>СЕРГЕЕВА О.С.</b>	
Патогенетическая роль гиперурикемии в формировании атерогенного липидного профиля при ишемической болезни сердца.....	163
<b>СЕРГЕЕВА О.С.</b>	
Метаболический кросс-ток мочевой кислоты и липидного обмена при стабильной ишемической болезни сердца.....	164
<b>СЕРГЕЕВА О.С.</b>	
Значение мочевой кислоты в структуре кардиометаболического риска при стабильной ишемической болезни.....	165
<b>СИНИЦЫН В.М., СМИРНОВА В.В., РАУЖЕВА В.П., КАМАРДИНА А.И., КОМИССАРОВА К.В., СОКОЛОВА Н.А.</b>	
Развитие острого коронарного синдрома после тупой травмы грудной клетки.....	166
<b>СКРИПНИЧЕНКО Э.А., ПЛИЕВА З.Х.</b>	
Патология инфрапателлярного нерва – малоизвестная причина хронической боли в области колена.....	167
<b>СЛЮСАРЬ А.А.</b>	
Построение модели прогнозирования рисков осложнений при коронавирусной инфекции COVID-19.....	168
<b>СОЛОВЬЕВА М.А.</b>	
Ведение пациента с осложненной язвенной болезнью желудка.....	169
<b>СОЛОВЬЕВА М.А., ТЕРЕНТЬЕВА В.П.</b>	
Тяжелое течение язвенного колита, резистентного к стандартной терапии.....	170
<b>СПИРЯКИНА Я.Г., МИЦЕВИЧУС Е.В.</b>	
Изучение влияния артериальной гипотонии у беременных на течение беременности и родов.....	171
<b>СУЛТАНОВ Э.З., БУСЫГИНА М.С.</b>	
Ассоциация патологии желудочно-кишечного тракта с острым нарушением мозгового кровообращения.....	172
<b>СУМОРОКОВА Е.Ю.</b>	
Профилактика остеопороза у пациентов с лимфомой Ходжкина: персонализированный подход на основе моделирования.....	173
<b>СУЧКОВА Е.В., БУТИНА Е.Ф.</b>	
Гидролизно-резорбционная и моторная функция тонкой кишки при хроническом панкреатите.....	174
<b>ТАБАКЧИ О.Э., МУХАМЕТОВА Д.Д., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b>	
Возможность ультразвуковой визуализации мышц у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.....	175

<b>ТКАЧЕНКО П.Е., ГАВРИЛОВА Е.С.</b> Уровень образования как фактор кардиометаболического риска у молодых.....	176
<b>ТКАЧЕНКО П.Е., ГАВРИЛОВА Е.С.</b> Факторы кардиометаболического риска у обучающихся университета.....	177
<b>УБУШАЕВА Д.С., САХИН В.Т., РУКАВИЦЫН О.А., КАЗАКОВ С.П.</b> Изменения секреции трансферрина у пострадавших с ожоговой травмой в зависимости от исхода.....	178
<b>ФОМИНА Е.И.</b> Гипертонический криз: эволюция представлений и современные подходы к терапии.....	179
<b>ХАЙРУЛЛИН Р.И., БЕЛОУСОВА Е.Н., МУХАМЕТОВА Д.Д., ЧЕРЕМИНА Н.А., САДЫКОВА Л.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Возможность ультразвуковой диагностики для оценки саркопении у пациентов с циррозом печени.....	180
<b>ХАЙРУТДИНОВ К.Н., БАЙРАКОВА Ю.В., ГАЙДУКОВА И.З.</b> Системная склеродермия: клинические траектории при ранней и поздней диагностике.....	181
<b>ХАКИМОВА Л.К., СИТДИКОВА Д.М., ШАМСУТДИНОВА Н.Г., КИРИЛЛОВА Э.Р.</b> Эхокардиографические параметры у пациентов с тяжелой ХОБЛ в зависимости от фенотипа.....	182
<b>ХАЛИЛОВА К., МИСАН И.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Диагностическое значение жесткости селезенки как маркера системного застоя у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.....	183
<b>ХИСАМОВА Э.Р.</b> Особенности клинического течения и эндоскопической картины ГЭРБ.....	184
<b>ХУДАЙБЕРДЫЕВА Г.П., ГЕЛЬДЫЕВА Ш.</b> Роль психических тревожных расстройств у больных с артериальной гипертензией с кризовым течением.....	185
<b>ХУДАЙБЕРДЫЕВА Г.П., ГЕЛЬДЫЕВА Ш.</b> Остеоартроз и эссенциальная артериальная гипертензия.....	186
<b>ХУСНУТДИНОВА Р.Р., БАРАНОВА Т.С.</b> Хирургический аспект лечения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.....	187
<b>ХУСНУТДИНОВА Р.Р., ХОХЛАЧЕВА Н.А.</b> К вопросу о психологическом статусе пациентов с заболеваниями пищеварительной системы.....	188
<b>ХУЦИШВИЛИ Н.И., НАЗАРОВ И.С., САФАРОВА А.Ф., ТОЛКАЧЕВА В.В., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Значение деформации левого предсердия в прогнозе исходов у пациентов с СД 2-го типа и промежуточной вероятностью СНсФВ.....	189
<b>ХУЧАЕВА Л.Р.</b> Когда сосудистый возраст старше паспортного: ранний мультифокальный атеросклероз.....	190
<b>ЧАЛОВА А.Е.</b> Макроглобулинемия Вальденстрема под маской IGM-нефропатии.....	191

<b>ЧВАНЧЕНКО А.С., ДАВРОНОВА Ё.Б.</b> Индекс SITA в оценке прогноза пациентов с ХСН и мультифокальным атеросклерозом.....	192
<b>ЧИРКОВ А.В., БАЙРАКОВА Ю.В., ГАЙДУКОВА И.З.</b> Aut vincere, aut mori: случай синдрома активации макрофагов на фоне инфекции «неясного генеза» .....	193
<b>ЧУЛКОВ В.С., ЛЕНЕЦ Е.А., МИНИНА Е.Е., ЧУЛКОВ В.С.</b> Прогностическая значимость гендерно-специфичных маркеров кардиометаболического риска у молодых.....	194
<b>ЧУПИНА М.С., ШКЛЯЕВ А.Е.</b> Анализ электрофизиологических показателей кишечной моторики у больных с СРК.....	195
<b>ЧУПИНА М.С., ШКЛЯЕВ А.Е., ДУДАРЕВ В.М., ГРИГОРЬЕВА О.А.</b> Применение минеральных вод Удмуртии при недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.....	196
<b>ШАРЫПОВА Е.Р., ПАРУЛИКОВА Т.М., НЕЧАЕВ И.В.</b> Клинико-функциональная характеристика пациентов с ФП и инфарктом миокарда в условиях реабилитации.....	197
<b>ШЕЕНКОВА М.В., ЯЦЫНА И.В.</b> Анализ предикторов ремоделирования миокарда при артериальной гипертензии в трудоспособном возрасте.....	198
<b>ШИКИНА М.А., АКОПЯН А.К.</b> Особенности приверженности пациентов кардиологического профиля к терапии.....	199
<b>ШИЯНОВ Д.С.</b> Профиль сенсibilизации к антигипертензивным и антиаритмическим препаратам пациентов г. Ставрополя.....	200
<b>ШКЛЯЕВ А.Е., ГАЛИХАНОВА Ю.И., ДУДАРЕВ В.М., МУРАВЦЕВА О.В.</b> Нарушение гастринового механизма регуляции функций желудка при вейпинге.....	201
<b>ШКЛЯЕВ А.Е., ЗИННАТУЛЛИНА А.Д., МАЛАХОВА И.Г., БЕССОНОВ А.Г., ЗАЙЦЕВ Д.В.</b> Тромбоэмболия ветвей легочной артерии при C. difficile-ассоциированном колите: клинический случай.....	202
<b>ШКЛЯЕВ А.Е., ШКЛЯЕВА Д.А., МАЛАХОВА И.Г.</b> Клинический случай аспергиллеза легких у пациентки со смешанным заболеванием соединительной ткани.....	203
<b>ШНЮКОВА Т.В., ШАВКУТА Г.В., ЯКОВЛЕВА Н.В., ПАХОМОВА В.М., ГАВРИЛЮКОВ В.А., ЕВТУШЕНКО Б. Е., ЕВТУШЕНКО О. Е.</b> Прекардиальный удар как способ самоспасения (на примере клинического случая).....	204
<b>ШНЮКОВА Т.В., ШАВКУТА Г.В., ЯКОВЛЕВА Н.В., ПАХОМОВА В.М., ГАВРИЛЮКОВ В.А., ЕВТУШЕНКО Б.Е., ЕВТУШЕНКО О.Е.</b> Роль терапевта в выявлении опухолей кожи и лечении некомплаентного пациента.....	205

<b>ШНЮКОВА Т.В., ШАВКУТА Г.В., ЯКОВЛЕВА Н.В., ПАХОМОВА В.М., ГАВРИЛЮКОВ В.А., ЕВТУШЕНКО Б.Е., ЕВТУШЕНКО О.Е.</b>	
Сочетание хронического лимфолейкоза с гепатитом В и кардиальной патологией в старческом возрасте.....	206
<b>ШОМИН А.В., ОБРЕЗАН А.Г., СЕРЕЖИНА Е.К.</b>	
Индекс коморбидности Чарлсона у пациентов с гипертриглицеридемией.....	207
<b>ШПАКОВА В.Е., ВОРОНИНА Е.В., ДАВИДЕНКО И.Ю., ВОЛКОВА Н.И.</b>	
Трудности диагностики синдрома резистентности к тиреоидным гормонам: случай из практики.....	208
<b>ШУМАТОВА Н.В.</b>	
Редкий случай коморбидности: сочетание пневмокониоза и саркоидоза.....	209
<b>ЯКИНА Д.М., ИСМАГИЛОВА Э.Ф., АХМАТЯНОВА К.Р., НАБИЕВА А.А.</b>	
Гипопротеинемия как фактор риска плацентарных нарушений у беременных с анемией.....	210
<b>ЯЦЫНА И.В., ШЕЕНКОВА М.В.</b>	
Эффективность реабилитации при интерстициальных заболеваниях легких: результаты теста с 6-минутной Х.....	211

## ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОГО КИСЛОРОДА НА МИТОХОНДРИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2

Абраменко М.С., Орлова О.С.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет), г. Москва, Россия

**Актуальность.** Митохондрии – основные источники энергии для обеспечения жизнедеятельности клеток и организма в целом, поэтому их бесперебойная работа крайне важна. При гипоксии или гипероксии их активность может изменяться как в положительную, так и отрицательную сторону. Гипербарическая оксигенация (ГБО) может выступать как дополнительный метод для решения проблемы митохондриальной дисфункции, которая наблюдается у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

**Цель.** Оценить влияние гипербарической оксигенации на метаболические показатели и параметры митохондриальной функции у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

**Материал и методы.** В этом клиническом исследовании приняли участие 16 добровольцев с СД2. Все участники были отобраны в соответствии со следующими критериями: СД2 (стандартная терапия не менее трех месяцев), возраст (18–74 года), уровень HbA1c 6–7,5%. Для оценки митохондриальной дисфункции выполнен анализ крови на митохондриальный мембранный потенциал ( $\Delta\Psi_m$ ) методом проточной цитометрии (TMRE) и массу митохондрий. Проведен анализ полученных данных.

**Результаты.** Полученные данные демонстрируют тенденции к увеличению  $\Delta\Psi_m$  в мононуклеарных клетках крови пациентов с СД2. Также было обнаружено увеличение количества митохондрий в выделенных из крови пациентов клетках. Полученные результаты могут свидетельствовать об улучшении статуса митохондрий, в частности увеличении  $\Delta\Psi_m$  и общего количества митохондрий в РВМС пациентов, прошедших изучаемую терапию.

**Выводы.** У пациентов с СД2 на ранних стадиях заболевания формируется митохондриальная дисфункция, проявляющаяся снижением митохондриального мембранного потенциала, нарушением энергетического метаболизма и повышением уровня окислительного стресса. Курс гипербарической оксигенации способен улучшать митохондриальную функцию, снижать выраженность окислительного стресса и способствовать нормализации метаболических показателей.

## ДИССОЦИАЦИЯ СПИРОМЕТРИИ И ГАЗООБМЕНА ПРИ ФИБРОЗИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

**Абызов А.С., Биалова А.А., Немешкин Н.И.**

*ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии,*

*г. Чебоксары, Россия*

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия*

**Введение.** Фиброзирующая болезнь легких у курильщиков часто маскируется коморбидной патологией, задерживая назначение терапии. Ключевая диагностическая проблема – несоответствие механики дыхания и газообмена.

**Описание случая.** Мужчина, 64 лет, индекс курения – 67 пачка/лет, профессиональный контакт с цементной пылью, работает могильщиком. Жалобы на одышку при ходьбе до 20 м с частыми остановками, кашель с серо-зеленой мокротой. Исключены туберкулез, системные заболевания соединительной ткани. Физикально: пальцы Гиппократ, ногти в виде часовых стекол, сатурация – 92% в покое, 85% при нагрузке, крепитирующие хрипы в средних и нижних отделах легких, симметричные отеки стоп. Спирометрия: жизненная емкость легких – 78%, объем форсированного выдоха за 1-ю секунду – 86%. Однако диффузионная способность легких (DLCO) критически снижена до 24%, альвеолярно-артериальный градиент – 73,9 мм рт. ст. Компьютерная томография выявила обычную интерстициальную пневмонию с сотовым легким. Гипертоническая болезнь и сердечная недостаточность с сохраненной ФВ (50%) создавали ловушку, указывая на кардиальную причину одышки.

**Заключение.** *Наблюдаемая диссоциация между сохранной механикой дыхания и критическим нарушением газообмена подчеркивает недостаточность исключительно спирометрического скрининга. В связи с этим обнаружение пальцев Гиппократ и снижение DLCO менее 40% должны инициировать активный поиск фиброза независимо от показателей жизненной емкости. Внедрение оценки диффузии в алгоритм обследования курильщиков с одышкой и коморбидностью становится ключевым фактором предотвращения диагностических ошибок. Только своевременная верификация диагноза позволяет инициировать антифибротическую терапию, улучшая прогноз выживаемости.*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В СПИНЕ: ОТ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ К ЦИФРОВОМУ ПОДХОДУ**

**Абызов А.С., Иванова А.С., Билалова А.А., Балтримас В.С., Иванов Г.П., Абызов М.С.**  
ГАОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии,  
г. Чебоксары, Россия  
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

**Цель.** На основе клинико-эпидемиологического анализа пациентов с хроническим болевым синдромом, демонстрирующих высокую интенсивность боли и снижение качества жизни, обосновать необходимость персонализированного цифрового подхода и представить концепцию терапевтической комплексной платформы.

**Материал и методы.** В БУ «Городской клинический центр» Минздрава Чувашии обследованы 85 пациентов с хронической болью в спине неясного генеза (>3 мес.), обратившихся с сентября по декабрь 2025 г. Критерии исключения: острый корешковый синдром, тяжелая коморбидная патология, отказ. Проведены клинико-лабораторное обследование, оценка боли по ВАШ (0–10) и качества жизни (EQ-5D-5L). Статистическая обработка выполнена в Excel 2016 и STATISTIC v. 10.0.

**Результаты.** Среди 85 пациентов преобладали женщины (61%), наибольшая группа – лица 45–59 лет (39%), средний возраст – 48,3±12,1 года. Средняя интенсивность боли по ВАШ составила 6,7 балла, при этом у 48% боль достигла  $\geq 7$  баллов, что указывает на высокую клиническую значимость. Оценка качества жизни по EQ-5D-5L выявила максимальные нарушения в сфере «Боль/дискомфорт» (у 89%), а также в повседневной активности (67%) и мобильности (53%). Почти у половины пациентов (46%) отмечена умеренная тревога/депрессия. Полученные данные подтверждают высокую распространенность хронической боли и дефицит доступной реабилитации, обосновывают необходимость цифровых решений для долгосрочного управления болевым синдромом.

**Выводы.** Хроническая дорсалгия – инвалидизирующая патология, при которой лечебная физкультура в стандартных условиях недостаточно доступна и контролируема. Концепция цифровой терапевтической комплексной платформы направлена на долгосрочное управление болью.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ПРИ АТИПИЧНОМ ТЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА

Агишева М.О., Давиденко И.Ю., Волкова Н.И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**Введение.** Сахарный диабет 1-го типа (СД1) традиционно рассматривается как заболевание с острым дебютом и быстрым развитием абсолютной инсулиновой недостаточности. Однако в клинической практике встречаются варианты медленно прогрессирующего течения, при которых аутоиммунное поражение  $\beta$ -клеток развивается постепенно. Отсутствие выраженной клинической симптоматики и длительное сохранение эндогенной секреции инсулина могут приводить к диагностическим трудностям и затруднять выбор оптимальной сахароснижающей терапии, особенно у пациентов молодого возраста.

### **Описание случая.**

Пациент М., 18 лет. В ноябре 2024 года при плановом обследовании впервые выявлена гипергликемия натощак до 8,6 ммоль/л. Жалоб пациент не предъявлял, кетонурия отсутствовала, масса тела оставалась стабильной. В ходе первичной госпитализации окончательный тип сахарного диабета установлен не был; инсулинотерапия не проводилась в связи с целевыми значениями гликемии.

В декабре 2024 года при дообследовании выявлен высокий титр антител к глутаматдекарбоксилазе (GAD) при сохранённом уровне С-пептида. Несмотря на наличие аутоиммунных маркеров, пациент в течение последующего года наблюдался амбулаторно без сахароснижающей терапии. По данным самоконтроля показатели гликемии преимущественно оставались в пределах целевых значений, клинические проявления декомпенсации отсутствовали. Вероятно, поддержанию компенсации способствовала регулярная физическая активность. При дальнейшем обследовании выявлена отрицательная динамика: гликированный гемоглобин — 7,95%, постпрандиальная гликемия до 10–11 ммоль/л, впервые зарегистрирована кетонурия. Лабораторно определён высокий титр антител к GAD (2364,68 МЕ/мл; N <10) при отрицательных антителах к инсулину и  $\beta$ -клеткам. С учетом клинико-лабораторных данных установлен диагноз медленно прогрессирующего СД1. Назначение базис-болюсной инсулинотерапии в минимальных дозах привело к стабилизации гликемического профиля и исчезновению кетонурии.

**Выводы.** Представленный клинический случай демонстрирует редкий вариант медленно прогрессирующего течения СД1 у пациента молодого возраста. Отсутствие типичной клиники и длительное сохранение секреции эндогенного инсулина привели к поздней верификации диагноза и отсрочке начала инсулинотерапии. Данный случай подчеркивает необходимость настороженности в отношении аутоиммунного диабета при гипергликемии неясного генеза и важность динамического контроля аутоантител и С-пептида для своевременного выбора тактики лечения и профилактики осложнений.

## НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

**Аксютин Н.В., Большакова Т.Ю., Ахметов А.Р.**

*ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.*

*В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия*

**Актуальность.** На фоне глобального старения населения отмечается увеличение абсолютной и относительной численности лиц старших возрастных групп. В связи с этим весьма актуальной является проблема старческой астении (СА). Доказано наличие связи между СА и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Помимо этого, с возрастом отмечается увеличение частоты анемии, при этом у пациентов с анемией повышается смертность, в том числе и от кардиоваскулярных заболеваний.

**Цель.** Изучить ассоциацию анемии с сердечно-сосудистой патологией у лиц с синдромом СА.

**Материал и методы.** Было обследовано 168 пациентов старше 65 лет. Основная группа – 60 пациентов с синдромом СА (37 мужчин, 23 женщины); группа контроля – 108 человек (68 мужчин, 40 женщин) без синдрома СА. Медиана возраста пациентов основной группы статистически значимо не отличалась от медианы возраста лиц контрольной группы ( $82 \pm 7,4$  [75,00; 84,00] года относительно  $78 \pm 7,1$  [65,00; 82,00] года,  $p=0,605$ ).

Всем пациентам выполнили комплексную гериатрическую оценку.

**Результаты.** У пациентов со СА чаще диагностирована анемия по сравнению с пациентами без СА (51,67 относительно 33,33%,  $p < 0,001$ ). Определены отрицательные корреляционные связи между гемоглобином и старческой астенией ( $r=-0,222$ ;  $p < 0,001$ ), показателем гематокрита и старческой астенией ( $r=-0,224$ ;  $p < 0,001$ ). У больных со СА имеются статистически значимые прямые корреляционные связи анемии с частой наджелудочковой экстрасистолией ( $r=0,152$ ,  $p=0,049$ ) и частой желудочковой экстрасистолией ( $r=0,154$ ,  $p=0,047$ ).

**Выводы.** Подтверждена ассоциация СА с анемией, при этом анемия влияет на появление частой наджелудочковой и частой желудочковой экстрасистолии.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Аксютин Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Ахметов А.Р.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

**Актуальность.** Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы имеет огромное практическое значение. Школы здоровья не только повышают эффективность лечения, но и профилактируют жизнеугрожающие осложнения.

**Цель.** Проанализировать деятельность школ здоровья для пациентов с сердечно-сосудистой патологией, проводимых на базах КГБУЗ КМКБ № 20 им. И.С. Берзона и КГБУЗ КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярска.

**Материал и методы.** Проведено 83 школы здоровья. На них проанкетировано 149 человек: в КМКБ № 20 – 69 пациентов (25 мужчин и 44 женщины); в КМК БСМП – 80 пациентов (37 мужчин и 43 женщины). Медиана возраста пациентов в КМКБ № 20 (69,00 [61,00; 77,00] года) статистически значимо не отличалась от медианы возраста пациентов в КМК БСМП (69,00 [57,00; 75,00] года),  $p > 0,05$ .

**Результаты.** 94,6% слушателей ответили, что школы здоровья для них являются полезными. В КМКБ № 20 больше слушателей, считающих, что лекции нужно увеличить по времени (17,4 относительно 7,5%,  $p=0,016$ ), а также в КМКБ № 20 оказалось больше высказавшихся, что время нужно сократить (14,5 относительно 5,0%,  $p=0,016$ ). Ответивших только на 1 вопрос в КМКБ № 20 больше, чем в КМК БСМП (18,8 относительно 3,8%,  $p=0,01$ ).

Неудовлетворенность продолжительностью и низким качеством усвоения материала напрямую коррелирует с декомпенсированной ХСН ( $r=0,157$ ,  $p < 0,05$ ;  $r=0,129$ ,  $p < 0,05$ ), 92,6% слушателей ответили, что после посещения школы здоровья намерены соблюдать рекомендации.

### Выводы

1. Среди пациентов, посетивших школы здоровья на базе КГБУЗ КМКБ № 20 им. И.С. Берзона, преобладали пациенты с ХСН, на базе КГБУЗ КМКБСМП Н.С. Карповича – с ОКС и нарушениями ритма.
2. Пациенты с ХСН отличались худшим усвоением прослушанной информации и неудовлетворенностью продолжительностью занятий, что требует от нас более персонализированного подхода;
3. Школы здоровья нашли хороший отклик среди пациентов.

## ФАКТОРЫ РИСКА ИБС У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Аксютин Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Нарожная А.Д., Гриднева А.М., Злобина А.А., Злаказов О.В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия

**Актуальность.** Учитывая распространенность ИБС, приводящую к высокой смертности, для профилактики этого заболевания особое внимание уделяется коррекции модифицированных факторов риска.

**Цель.** Выявить различия в факторах риска ИБС у больных с ОИМ и НС, находившихся на стационарном лечении в КМКБ № 20 г. Красноярска за период с января по декабрь 2023 г.

**Материал и методы.** Проанализировано 522 истории болезни с ОКС. В 1-ю группу вошло 166 пациентов с ОИМ (96 мужчин, 70 женщин), 2-я группа – 356 пациентов с НС (170 мужчин, 186 женщин). Медиана возраста пациентов 1-й группы (65,00 [54,00; 74,00] года), 2-й группы – (68,00 [60,00; 75,00]),  $p > 0,05$ . Статистическая обработка проводилась с использованием критерия  $\chi^2$ , Манна–Уитни, отношения шансов.

**Результаты.** Табакокурение преобладает у пациентов с ОИМ по сравнению с НС (34,3 относительно 16,7%,  $p < 0,0001$ ). Согласно отношению шансов, риск развития ОИМ повышается в 2,6 раза при наличии табакокурения. В группе ОИМ тенденция к преобладанию гипертриглицеридемии по сравнению с НС (29,3 относительно 21,3%,  $p = 0,059$ ).

Более высокий уровень ТГ у больных с ОИМ в сравнении с НС (1,22 [0,84; 1,87] относительно 1,04 [0,69; 1,61],  $p < 0,001$ ). По другим факторам риска ИБС различий нет.

**Выводы.** У пациентов, поступивших в КМКБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярска в 2023 г. с ОИМ и НС с одинаковой частотой выявлялись основные факторы риска ИБС (повышение ОХС и ХС ЛПНП, наличие сахарного диабета, ожирения, артериальной гипертензии). Однако в случае ОИМ чаще встречался такой фактор риска, как табакокурение, и был выше уровень ТГ по сравнению с пациентами с НС.

## **ФАКТОРЫ РИСКА, УХУДШАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОРГАНИЗОВАННОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Аксютин Н.В., Большакова Т.Ю., Заложук Е.В., Гуцало К.С.**

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России,  
г. Красноярск, Россия*

**Актуальность.** Для современной молодежи свойственна низкая физическая активность, несоблюдение режима труда и отдыха, недостаточное нахождение на свежем воздухе, увеличение времени, проводимого за компьютером и телефоном, курение, злоупотребление алкоголем и энергетиками. Все перечисленное может привести к нарушению здоровья уже в студенческие годы.

**Цель.** Проанализировать связь продолжительности обучения в медицинском вузе с факторами, влияющими на состояние здоровья студентов.

**Материал и методы.** Проанкетировано 1021 студент: 1-я группа – 339 студентов 1 и 2 курсов, 2-я группа – 365 студентов 3 и 4 курсов, 3-я группа – 417 студентов 5 и 6 курсов.

По гендерному показателю выделенные группы не отличались. Студенты 1-й группы были статистически значимо моложе ( $19,63 + 2,87$  года), чем студенты 2-й группы ( $21,41 + 1,54$  года) и 3-й группы ( $23,65 + 2,76$  года),  $p < 0,0001$ . Статистический анализ проводился с использованием метода  $\chi^2$  и Манна–Уитни.

**Результаты.** В интернете чаще проводят время студенты 1–2 курсов (49,3%), 43,8% – на 3–4 курсах, 36,2% – на 5–6 курсах,  $p=0,0001$ . Большинство студентов (78,6%) совмещают домашнее питание с фастфудами. На 5–6 курсах, больше ежедневно употребляющих мясные продукты по сравнению с 1–2 курсом (70,5 относительно 58,4%,  $p=0,005$ ). Подобно и в морепродуктах (35,0 и 27,1% соответственно,  $p=0,039$ ). С 3 курса чаще принимают алкоголь (в 1-й группе – 54,5%, во 2-й – 73,7%, в 3-й – 71,2%,  $p_{1-2}, 1-3=0,0001$ ). Курят чаще 3–4 курс (в 1-й группе – 22,1%, во 2-й – 27,4%, в 3-й – 23,0%,  $p_{1-2}, 2-3=0,041$ ), начиная с 3 курса электронные сигареты. Сон более 7 ч имеют 10,9%, от 6 до 7 ч – 54,5%, менее 6 ч – 34,6% студентов.

**Выводы.** *За время обучения в вузе улучшается рацион питания студентов, большинство ведет активный образ жизни. В то же время увеличение количества лиц, употребляющих алкоголь.*

## ДЕБЮТ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

Аксютинa Н.В., Большакова Т.Ю., Кузнецова Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия

**Введение.** Тромбоцитопения является часто встречающимся гематологическим синдромом и может выявляться при широком спектре заболеваний как гематологической, так и негематологической природы. Установление истинных причин тромбоцитопении требует проведения расширенного диагностического поиска. При системной красной волчанке тромбоцитопения является распространенным гематологическим синдромом, который может быть первым проявлением этого заболевания.

**Описание случая.** У больной в 16 лет выявлена иммунная тромбоцитопеническая пурпура (тромбоцитов  $17 \times 10^9/\text{л}$ ), дважды проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном. В 19 лет появились высыпания на коже, отечность голеней, лимфаденопатия. В анализе крови тромбоцитов  $21 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 52 мм/ч, гипопроотеинемия – 36 г/л, гипоальбуминемия – 13,8 г/л, гиперхолестеринемия – 9,4 ммоль/л, гипертриглицеридемия – 7,3 ммоль/л. В общем анализе мочи протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия. СКФ 102 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>. Антитела к ds-ДНК – 8,00 МЕ/мл, АНФ 1:80, выявлены антитела к антигену Sm, анти-RNP/Sm. Суточная потеря белка – 9,23 г. Диагностирована системная красная волчанка. Тяжесть состояние обусловлена нефротическим синдромом. После лечения (согласно клиническим рекомендациям) через 6 мес. отеков, кожных высыпаний нет. Суточная потеря белка – 0,826 г. Активность заболевания низкая.

**Заключение.** *Диагностика СКВ может быть затруднена на ранних стадиях заболевания, когда присутствует ограниченное количество признаков. ИТП, которая может быть единственным проявлением СКВ в течение нескольких лет, требует регулярного мониторинга не только общеклинических, но и специфических лабораторных показателей, связанных с этим заболеванием с целью своевременной диагностики этого серьезного заболевания.*

## **СИНДРОМ ПАРХОНА – ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЛИМФОМЕ**

**Акульшина Е.П., Волкова М.В., Котомина В.В., Палиенко А.В., Соколова И.Я., Ильгисонис И.С.**

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия*

**Введение.** Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона (СНСАДГ)/Синдром Пархона – это состояние, характеризующееся неконтролируемым высвобождением антидиуретического гормона (АДГ) из нейрогипофиза, что приводит к увеличению резорбции воды почками и развитию эводемической гипонатриемии. СНСАДГ в данном клиническом случае мог возникнуть в результате применения винкристина и циклофосфамида (14,1% случаев лекарственно-индуцированного СНСАДГ (0,5–32%)) или как проявление паранеопластического синдрома.

**Описание случая.** У пациентки с В-клеточной фолликулярной лимфомой 1–2 цитологического типа, IVB стадия по Ann Arbor с поражением шейных, подмышечных, внутригрудных, забрюшинных, тазовых, пахово-бедренных, внутрибрюшных лимфатических узлов, костей осевого скелета, мышц, костного мозга. FLIP12 высокий риск, провели полихимиотерапию (ПХТ) по схеме R-СНОР. Через 2 дня после начала курса ПХТ больная стала предъявлять жалобы на ухудшение общего самочувствия. Была выявлена гипонатриемия (118 ммоль/л), клиническая картина соответствовала синдрому Пархона. Было предположено, что осложнение возникло из-за введения винкристина и циклофосфамида. Проведена коррекция водно-электролитного баланса, заменили схему ПХТ на RB. Пациентка получила 5 курсов RB без признаков рецидива синдрома Пархона. По результатам контрольного ПЭТ-КТ от сентября 2025 г. достигнут полный ответ; пациентка переведена на поддерживающую терапию ритуксимабом.

**Заключение.** После изменения схемы ПХТ с R-СНОР на RB не было рецидива синдрома Пархона. В связи с этим можно сделать вывод: в данном клиническом случае СНСАДГ является лекарственно-индуцированным. Стоит также отметить редкость возникновения синдрома Пархона в результате введения винкристина и циклофосфамида, что делает данный клинический случай показательным и может послужить примером ведения пациента с СНСАДГ на фоне фолликулярной лимфомы.

## РОЛЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ В РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

**Амирова Н.У.**

*ГБУЗ СК «Краевой Клинический Кардиологический диспансер», г. Ставрополь, Россия  
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия*

**Введение.** Гиперурикемия (ГУ), которая наблюдается у 16,8% в популяции, в настоящее время рассматривается как один из важных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Существует большая доказательная база, свидетельствующая о связи между относительным риском артериальной гипертонии АГ и высокими уровнями мочевой кислоты (МК) в сыворотке независимо от традиционных факторов риска. Доказана взаимосвязь между ГУ и развитием ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН). Данные кросс-секционных исследований и исследований «случай – контроль» с участием в общей сложности 426 159 пациентов показали, что ГУ в значительной степени связана с повышенным риском развития ФП (относительный риск 1,49; достоверность – 95% ДИ 1,24–1,79,  $P < 0,001$ ).

**Цель.** Изучить уровень МК у пациентов с рецидивом неклапанной фибрилляции предсердий (ФП) после процедуры радиочастотной катетерной абляции.

**Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ данных 110 пациентов с впервые выявленной пароксизмальной (64 чел.) и персистирующей (46 чел.) формами неклапанной ФП, которым была проведена радиочастотная катетерная абляция. Все больные находились на лечении в ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер» г. Ставрополя в период 2019–2024 гг. Возраст пациентов был от 45 до 65 лет. Всем проводилось исследование сывороточной МК.

**Результаты.** После операции у 60 чел. (34 с пароксизмальной, 26 с персистирующей формой ФП) было стойкое восстановление синусового ритма, у 50 чел. (30 – с пароксизмальной формой, 20 – с персистирующей формой ФП) наблюдался рецидив ФП. В 1-й группе уровень сывороточной МК составил  $330 \pm 6$  мкмоль/л в дооперационном периоде и после абляции. Во 2-й группе была констатирована ГУ, особенно выраженная у больных с персистирующей формой неклапанной ФП, при этом в послеоперационном уровне МК составил  $480 \pm 12$  мкмоль/л, что превышало дооперационный уровень ( $P=0,008$ ).

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с ФП, наряду с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска, имеет смысл учитывать уровень МК в сыворотке крови, так как ГУ независимо связана с риском развития ФП. Уратснижающие препараты могут быть исследованы в отношении предотвращения рецидива ФП после процедуры абляции у пациентов с бессимптомной ГУ.

## ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ У БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Апушкина Т.А., Плотникова Е.С., Малышенко О.С.  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

**Введение.** В России среди госпитализированных пациентов с пневмонией у 20–40% выявляется парапневмонический выпот, а 5–10% выпотов трансформируются в эмпиему плевры. Ежегодная смертность от эмпиемы плевры составляет 10–27%. Пациентка А., 64 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на смешанную одышку при минимальной физической нагрузке и кашель в вязкой мокротой зеленого цвета до 50 мл/сут. По результатам дообследования выставлен диагноз «внебольничная левосторонняя сегментарная пневмония, средней степени тяжести, ДН 2». Шкала SMART-COP 2Б. Фон: ХОБЛ тяжелой степени тяжести с выраженными клиническими проявлениями (САТ  $\geq 10$ , mMRC  $\geq 2$ ), бронхитический тип, с редкими обострениями, обострение тяжелой степени тяжести. Впервые выявлена гипергликемия, выставлен диагноз «сахарный диабет (СД) 2».

**Описание случая.** На фоне лечения отрицательная динамика, по МСКТ ОГК: эмпиема плевры слева? УЗИ: малый осумкованный гидроторакс слева. Осмотрена хирургом, острая хирургическая патология исключена. Продолжена антибактериальная терапия, ингаляционные ГК, инсуффляции кислорода. На фоне лечения бронхообструктивный синдром купирован, кашель и одышка уменьшились, стойкая нормотермия. В динамике показатели ОАК и БАК в пределах нормы; по РОГК: слева сохраняется инфильтрация и осумкованный гидроторакс до уровня 5 ребра. УЗИ плевральных полостей: жидкость слева уменьшилась в объеме, отграничена, с перегородками. Проведена смена антибактериальной терапии. Через 7 дней клинически отрицательная динамика: Т – 38 °С, надсадный сухой кашель, нарастание ДН. При контроле РОГК: инфильтрация регрессировала, левосторонний осумкованный гидроторакс с наличием газа в структуре.

**Заключение.** *Под контролем УЗИ выполнена плевральная пункция, эвакуировано 60 мл гнойного содержимого. Для дальнейшего лечения переведена в хирургическое отделение. Фактором, влияющими на развитие эмпиемы плевры, помимо применения иммуносупрессоров, употребления алкоголя и наркотиков, является СД. У пациентов СД риск развития эмпиемы плевры в 1,71 раза выше, даже при отсутствии сопутствующих заболеваний. Проведенные клинические исследования показали, что 7,5–30,7% пациентов с эмпиемой плевры страдают СД. Отсутствие патогномоничных анамнестических и физикальных признаков делает диагноз эмпиемы плевры, особенно парапневмонической и у больных СД, неочевидным без инструментальных методов диагностики. Таким образом, врачам следует уделять больше внимания риску развития эмпиемы плевры у пациентов СД.*

## ГЭРБ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Афлятунова А.Б., Набиева А.А., Исмагилова Э.Ф., Масалимов И.И., Хисамова Э.Р.**  
*ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия*

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – одна из самых распространенных патологий пищеварительной системы. В силу возрастных изменений своевременная диагностика ГЭРБ приобретает сложность, из-за чего формируются тяжелые осложнения, такие как пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода.

**Цель.** Выявить клиничко-эндоскопические и патогенетические особенности течения ГЭРБ у пациентов пожилого возраста в сравнении с лицами среднего возраста, а также оценить влияние возрастных изменений (снижение пищеводадного клиренса, коморбидность) на характер поражения слизистой оболочки пищевода и желудка.

**Материал и методы.** В исследование с 60 пациентами с ГЭРБ сравнивали группы пожилых (60–74 года, n=30) и лиц среднего возраста (38–47 лет, n=30). Оценивали пол, возраст, ИМТ, наличие сопутствующих заболеваний, лекарственный анамнез (полипрагмазия), клинические жалобы и данные эндоскопического исследования (ФГДС). Статистическая обработка проводилась с использованием критерия хи-квадрат Пирсона ( $P < 0,001$ ).

**Результаты.** В гастроэнтерологии ГЭРБ у пожилых протекает малосимптомно, но тяжелее. Наше исследование подтвердило: у пожилых чаще проявляется атипична симптоматика: ночная изжога, кашель, осиплость голоса ( $\chi^2=35,85-47,85$ ), эрозивный и неэрозивный эзофагит ( $\chi^2=44,4$  и  $38,4$ ), атрофия желудка и дуоденогастральный рефлюкс ( $\chi^2=30,0$  и  $44,4$ ), что указывает на щелочной рефлюкс с более агрессивным повреждающим действием. У лиц среднего возраста преобладают изжога с отрыжкой и кислый рефлюкс. Статически значимо ( $\chi^2=7,714$ ) выявлено различие между группами по полипрагмазии, что отягощает течение у пожилых пациентов.

**Выводы.** *В настоящий момент гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых пациентов является одной из самых распространенных, но трудно диагностируемых гастроэнтерологических патологий. Частота встречаемости ГЭРБ увеличивается с возрастом и составляет около 17% у лиц старше 50 лет и 26% – 60 лет. Возрастные особенности клинической картины с преобладанием внепищеводных проявлений требует особого диспансерного наблюдения у гастроэнтеролога и терапевта.*

## КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Ахиярова К.Э., Тюрин А.В.**

*Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия*

**Актуальность.** Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) представляет собой наследственное мультифакториальное состояние, характеризующееся нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически детерминированных дефектов формирования, созревания и метаболизма клеток и внеклеточного матрикса.

**Цель.** Цель данного исследования – изучение ассоциаций трех полиморфных вариантов гена ADAMTS5 с ДСТ в целом, а также с отдельными фенотипическими признаками ДСТ.

**Материал и методы.** Проведено поперечное исследование с участием 181 исследуемых (35 мужчин, 19,3%) в возрасте  $21,9 \pm 2,9$  года. Всем участникам было выполнено клиническое обследование для выявления признаков ДСТ с использованием таблицы Кадуриной Т.И. (в модификации Тюрина А.В.). Далее был проведен молекулярно-генетический анализ. Обработка данных осуществлялась с использованием программ Excel 2024 и GraphPad Prism 8.

**Результаты.** В результате клинического обследования признаки ДСТ были выявлены у 130 испытуемых (71,8%). Сравнительный анализ частот аллелей и генотипов для локусов гена ADAMTS5 (rs226794, rs9978597, rs2830585) выявил значимые ассоциации. Аллель А и генотип АА локуса rs226794 ассоциированы с наличием грыж внутренних органов ( $pFDR=0,015$  и  $pFDR=0,007$  соответственно). Аллель Т и генотип ТТ локуса rs9978597 ассоциированы с наличием ДСТ ( $pFDR=0,003$  и  $pFDR=0,004$ ), гиперэластичностью кожи ( $pFDR=0,03$  для обоих случаев) и артериальной гипотензией ( $pFDR=0,015$  и  $pFDR=0,02$ ).

**Выводы.** *Полиморфный вариант rs226794 гена ADAMTS5 является маркером риска развития грыж внутренних органов, тогда как вариант rs9978597 – маркером риска развития ДСТ, гиперэластичности кожи и артериальной гипотензии.*

## ОЦЕНКА ОРГАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ахмедова Ф.Д., Королев М.А.

ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», г. Новосибирск, Россия

**Актуальность.** Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое аутоиммунное заболевание, вызывающее разнообразные проявления и необратимые органические повреждения. Несмотря на достижения в диагностике и терапии, у пациентов накапливаются повреждения, ухудшающие качество жизни и повышающие риск смерти. Поэтому важна оценка степени повреждения с помощью индекса SLICC/ACR для своевременного и индивидуализированного подхода к лечению и профилактике осложнений.

**Цель.** Оценить особенности органических повреждений у пациентов с СКВ в зависимости от длительности заболевания, клинических проявлений и проводимой терапии.

**Материал и методы.** В исследование включено 40 пациентов с СКВ, женщин 38, мужчин 2, средний возраст  $45,2 \pm 13,8$  года. Пациенты распределены на три группы: со стажем заболевания менее 2 лет ( $n=12$ ), от 2 до 10 лет ( $n=15$ ), более 10 лет ( $n=13$ ). Проводились клинический осмотр, анализ медицинской документации и анкетирование. Оценка органических повреждений осуществлялась с использованием индекса SLICC, активность заболевания – по шкале SELENA-SLEDAI.

**Результаты.** У пациентов всех групп выявлен выраженный индекс органических повреждений SLICC: 1-я группа –  $5 \pm 2,1$  балла, 2-я группа –  $5,9 \pm 4,7$  балла, 3-я группа –  $6,6 \pm 6$  балла, при этом установлена достоверная корреляция с активностью заболевания ( $p < 0,05$ ). У пациентов 2-й группы также отмечена связь между активностью и степенью повреждений. Вовлечение двух и более органов в дебюте связано с более высоким индексом SLICC ( $p < 0,001$ ).

Все получали глюкокортикостероиды; у пациентов со стажем 2–10 лет выявлена положительная корреляция между индексом повреждений и дозой ГКС более 7,5 мг/сут. Данных о связи терапии и прогрессии повреждений не обнаружено, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований.

**Выводы.** Тяжесть органических повреждений при СКВ связана с длительностью и активностью заболевания, а также выраженностью клинических проявлений в дебюте. Индекс SLICC является эффективным инструментом оценки состояния пациентов. Полученные данные подчеркивают необходимость раннего контроля активности заболевания и персонализированного подхода к терапии.

## МУЛЬТИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ СКВ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С АКЦЕНТОМ НА ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Ахмедова Ф.Д., Юдина Д.А.

ФГАОУВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», г. Новосибирск, Россия

ГБУЗ НСО «ГКБСМП 2», г. Новосибирск, Россия

**Введение.** Пациенты с системной красной волчанкой (СКВ) и антифосфолипидным синдромом (АФС) имеют высокий риск инфекционных осложнений, обусловленный как активностью заболевания, так и применением иммуносупрессивной терапии. Особую сложность представляет дифференциальная диагностика между обострением СКВ и инфекцией, а также развитие атипичных инфекционных процессов. Представленный клинический случай иллюстрирует неблагоприятный исход генерализованной инфекции с редким возбудителем у пациентки с высокой активностью СКВ.

**Описание случая.** Пациентка В., 42 года, с диагнозом СКВ и АФС, выявленным в 2023 г., ранее имела полиморфизм генов гемостаза. В 2024 г. начато усиление терапии: добавлен МФМ 1000 мг, метилпреднизолон увеличен до 16 мг. В мае 2025 г. самостоятельно снизила дозу до 8 мг. В июне 2025 г. госпитализирована после поездки в горы с лихорадкой: обнаружены антитела к клещевому энцефалиту, антитела к двДНК, тромбоцитопения, протеинурия. Назначена пульс-терапия метилпреднизолоном, трансфузия тромбоцитов, иммуноглобулин. Доза метилпреднизолона увеличена до 12 мг, ГХХ – до 400 мг. Впоследствии выявлена *Salmonella Enteritidis* в крови. Через 10 дней после выписки повторная лихорадка, госпитализация с развитием тяжелого сепсиса, множественной недостаточности органов, ВЭБ-нарушений, ДВС-синдрома. В состоянии крайне тяжелом, в итоге биологическая смерть, несмотря на интенсивное лечение.

**Заключение.** Представленный клинический случай отражает сложную динамику течения системной красной волчанки и ассоциированного антифосфолипидного синдрома на фоне выраженной иммуносупрессии и сопутствующих инфекционных осложнений. Особенностью данного наблюдения является развитие тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений, обусловленных *Salmonella Enteritidis* и вирусом клещевого энцефалита, что привело к множественной органной недостаточности и летальному исходу. Этот случай подчеркивает необходимость комплексного подхода к управлению аутоиммунными заболеваниями с учетом риска инфекционных осложнений, а также важность своевременной диагностики и активного мониторинга при усиленной иммуносупрессивной терапии. Данный клинический опыт демонстрирует сложность и многофакторность ведения таких пациентов.

## ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Безнебева А.А., Бернс С.А., Алмазова И.И., Кузнецова И.В.

ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

**Введение.** Эндометриоз – это хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся разрастанием эндометриоидной ткани вне полости матки и существенно снижающее качество жизни женщин, а также являющееся причиной бесплодия. В 20–50% случаев заболевания выявляется экстрагенитальное поражение желудочно-кишечного тракта, 12% из которых – поражение слепой и подвздошной кишки. Типичными признаками кишечного эндометриоза являются интрамуральная локализация очагов поражения и неспецифические воспалительные изменения слизистой оболочки кишки. Именно в этих случаях эндометриоз может стать диагностической проблемой, поскольку у пациентов могут наблюдаться симптомы, сходные с воспалительными заболеваниями кишечника (боль в животе, диарея, ректальное кровотечение).

**Описание случая.** Пациентка А., 29 лет, с июля 2024 г. ежемесячно отмечала приступы схваткообразных болей в животе, сопровождавшиеся тошнотой, рвотой, диареей до 5 раз в сутки, повышением температуры тела до 38,2 °С. При дообследовании в сентябре 2024 г.: гипохромная анемия с анизоцитозом, СРБ – 40 мг/л, фекальный кальпротектин – >1800 мкг/г, положительный тест на скрытую кровь в кале. По данным УЗИ органов брюшной полости: воспалительный инфильтрат в области илеоцекального угла, увеличенные лимфатические узлы брыжейки. При колоноскопии: воспалительные изменения терминального отдела подвздошной кишки со стриктурой; морфологически: эрозивный терминальный илеит умеренной активности. Установлен диагноз «болезнь Крона» (L1, B2, A2). В профильном стационаре выполнена илеоцекальная резекция. При гистологическом исследовании операционного материала выявлены эндометриальные железы в мышечном слое кишечной стенки.

**Заключение.** *Клинический случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики болезни Крона и экстрагенитального эндометриоза с поражением кишечника. Сложность обусловлена интрамуральной (внутристеночной) локализацией эндометриоидных гетеротопий. Поскольку очаги эндометриоза редко достигают слизистой оболочки кишечника, гистологическое исследование биоптатов часто выявляет лишь неспецифическое воспаление, в связи с чем стандартная колоноскопия с биопсией обладает низкой чувствительностью для диагностики кишечного эндометриоза.*

## СВЯЗЬ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЖИРОВОЙ И МЫШЕЧНОЙ МАССЫ

Белозеров Е.В., Ховаяева Я.Б., Белозерова Д.Н.

ООО «МедАС» г. Пермь, Россия

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия

**Актуальность.** Актуальность обусловлена распространенностью гиподинамии; при валидности IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) в оценке физической активности и связи с жировой массой, его ассоциации с мышечной массой остаются неоднозначными.

**Цель.** Изучить взаимосвязь уровня физической активности (ФА) с показателями жировой и мышечной массы у практически здоровых лиц.

**Материал и методы.** Обследованы 63 офисных работника (29 мужчин, 46,0%) в возрасте  $51,63 \pm 10,13$  года. Проведены общеклинический осмотр и анализ медицинской документации. Критерии включения: возраст 25–65 лет, наличие информированного согласия. Критерии невключения: наличие хронических заболеваний в стадии обострения, острые инфекционные заболевания. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) и отношение ОТ/ОБ. Уровень ФА определяли с использованием международного опросника.

**Результаты.** Сформированы 2 группы: с низким уровнем ФА ( $n=36$ ; мужчин 16 (44,4%); возраст  $52,00$  ( $46,75-57,25$ ) года) и достаточным уровнем ФА ( $n=27$ ; мужчин 13 (48,1%); возраст  $53,00$  ( $44,50-60,50$ ) года). Группы не различались по полу и возрасту. ИМТ составил  $27,68 \pm 5,96$  и  $26,66 \pm 3,94$  кг/м<sup>2</sup> ( $p=0,438$ ), ОТ/ОБ –  $0,89 \pm 0,09$  и  $0,89 \pm 0,09$  ( $p=0,248$ ) соответственно в группах 1 и 2. QMLT справа:  $1,64 \pm 0,21$  и  $1,65 \pm 0,32$  см ( $p=0,961$ ); QMLT слева:  $1,61$  ( $1,44-1,77$ ) и  $1,61$  ( $1,42-1,85$ ) см ( $p=0,956$ ). Корреляции между уровнем ФА и QMLT не выявлено. MaxASFT составила  $2,36 \pm 0,90$  и  $1,88 \pm 0,81$  см соответственно ( $p=0,034$ ). Выявлена отрицательная корреляция между уровнем ФА и MaxASFT ( $r=-0,33$ ;  $p < 0,05$ ) и положительная между ИМТ и MaxASFT.

**Выводы.** Уровень ФА, определяемый по опроснику IPAQ не ассоциирован с показателями мышечной массы, однако связан с выраженностью подкожного жира. Более высокая ФА ассоциируется с меньшей выраженностью подкожной жировой клетчатки. ИМТ остается значимым предиктором жировой массы.

## ДИАГНОСТИКА ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

**Благодаренко А.Б., Блудова Н.Г., Ребров Б.А., Реброва О.А.**

*ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» Минздрава России, г. Луганск, Россия*

**Актуальность.** Тиреоидная дисфункция (ТД) и ревматоидный артрит (РА) имеют ряд общих клинических признаков и в большинстве случаев, протекает субклинически. В связи с этим своевременная диагностика ТД имеет большое значение для правильного ведения больных, и является актуальной задачей.

**Цель.** Выявление ТД у больных РА.

**Материал и методы.** Обследовано 457 больных РА, которые находились на лечении в Луганской республиканской клинической больнице. Критерии включения: верифицированный диагноз РА, а также: 1) наличие клинических признаков ТД по данным опроса; 2) изменения уровня тиреотропного гормона гипофиза; 3) патологические изменения, выявленные в щитовидной железе (ЩЖ) при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и/или 4) повышение уровней антитиреоидных антител.

**Результаты.** Выявлено 136 человек с поражением ЩЖ (29,8%). Клинический гипотиреоз был установлен у 9 человек (2,0%), гипертиреоз у 6 человек (1,3%). Субклиническая ТД (СТД), была обнаружена у 98 больных РА (21,4%). Больных с гипофункцией ЩЖ было 77 человек (17,0%). СТД с гипофункцией выявлена 68 человек (14,9%). СТД с гиперфункцией была выявлена 30 больных (6,6%). При установлении диагноза СТД с гипофункцией критерий «3» наблюдался в 58 случаях (92,1%).

**Выводы.** *Тиреоидная дисфункция у больных РА встречается втрое чаще, чем среди населения. У больных РА ТД чаще проявляется субклинически. Основным видом ТД у больных РА является СТД с гипофункцией. Клинические симптомы и признаки СТД с гипофункцией на фоне РА не замечаются специалистами. Наиболее информативным критерием СТД с гипофункцией являются патологические изменения в ЩЖ при УЗИ. У всех больных РА необходимо проводить УЗИ ЩЖ как наиболее достоверный критерий СТД с гипофункцией.*

## ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СД 1-ГО ТИПА

Блудова Н.Г., Ярцева С.В., Благинина И.И., Благодаренко А.Б.

ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» Минздрава России, г. Луганск, Россия

**Актуальность.** Известно, что наличие сахарного диабета (СД) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) сопряжено с высоким или очень высоким риском сердечно-сосудистых (СС) событий. Кроме того, у значительной части больных СД АГ имеет резистентное течение, поэтому в практике врача-кардиолога по-прежнему остается актуальным вопрос поиска наиболее эффективных комбинаций гипотензивных препаратов.

**Цель.** Изучить эффективность разных комбинаций гипотензивных препаратов с использованием телмисартана у пациентов с резистентной АГ на фоне СД 1-го типа.

**Материал и методы.** Обследованы 36 пациентов. Резистентное течение АГ устанавливали в соответствии с критериями РКО по лечению АГ у взрослых, 2024. Комбинированная терапия включала прием телмисартана, а также  $\beta$ -блокаторов, и/или антагонистов кальция, и/или препаратов центрального действия и диуретиков в максимально переносимых дозах в течение 2 нед. Период наблюдения составил 12 нед. Эффективность терапии оценивали по динамике САД и ДАД и достижению целевого АД.

**Результаты.** Через 2 нед. ср. САД снизилось с  $172 \pm 11$  до  $159 \pm 12$  мм рт. ст., ср. ДАД – с  $94 \pm 6$  до  $88 \pm 4$  мм рт. ст., динамика АД –  $8,3/6,1$  мм рт. ст., целевое АД не достигнуто. Использование телмисартана в дозе 80 мг/с в течение 2 нед.: ср. САД –  $143 \pm 15$  мм рт. ст., ср. ДАД –  $79 \pm 7$  мм рт. ст., динамика значений АД –  $8,4/4,2$  мм рт. ст. Целевое АД – у 10 (28%) больных. Через 4 нед. ср. САД –  $140 \pm 14$  мм рт. ст., ср. ДАД –  $76 \pm 8$  мм рт. ст., динамика АД –  $6,1/3,8$  мм рт. ст., целевое АД – у 21 (58%), к 12-й неделе – у 27 (75%) больных. В течение всего периода терапии телмисартаном 40 и 80 мг/сут. не отмечалось клинически значимых нежелательных явлений и побочных реакций, требующих отмены препарата.

**Выводы.** Применение высоких доз телмисартана в составе комбинированной гипотензивной терапии демонстрирует высокую антигипертензивную эффективность и безопасность у пациентов с резистентными формами АГ на фоне СД 1-го типа, что может рассматриваться в качестве терапии выбора у данной категории больных.

## ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бусыгина М.С., Ербулекова М.М.

ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России, г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Гепатопульмональный синдром (ГПС) – серьезное осложнение цирроза печени (ЦП), ухудшающее прогноз и качество жизни пациентов. По данным некоторых авторов, он выявляется у 35% пациентов с терминальной стадией поражения печени. Прослеживается связь ГПС с этиологией цирроза, тяжестью портальной гипертензии и выраженностью системного воспаления.

**Цель.** Выявить особенности клинических и инструментальных признаков, ассоциированных с риском гепатопульмонального синдрома, у пациентов с циррозом печени в зависимости от этиологии основного заболевания.

**Материал и методы.** В клинических условиях обследованы 32 пациента с ЦП (ГН – группа наблюдения) из них алкогольный – 19 (59,4%); вирусный – 8 (25,0%); смешанный – 4 (12,4%); НАЖБП – 1 (3,2%) со средним возрастом  $52,4 \pm 8,6$  года, женщин – 17, мужчин – 15 и 10 здоровых лиц (КГ – контрольная группа из 4 мужчин и 6 женщин,  $50,1 \pm 7,4$  года). Выполнены пульсоксиметрия с тестом ортодезоксии, УЗИ ОБП, КТ ОГК, биохимический анализ крови. Статистический анализ – Statistica 6.0.

**Результаты.** У 25 (78,1%) пациентов с алкогольным ЦП выявлена положительная ортодезоксия (снижение  $SpO_2 \geq 4\%$  при переходе в вертикальное положение) против 12 (37,5%) при вирусном ЦП ( $p=0,048$ ). В КГ ортодезоксия отсутствовала ( $\Delta SpO_2 = -0,2 \pm 0,4\%$ ). Балльная оценка КТ-признаков внутрилегочной вазодилатации составила 2,0 [1; 2] при алкогольном ЦП против 1,0 [0; 1] при вирусном ( $p=0,042$ ). Выявлены корреляции: между баллами MELD-Na и  $SpO_2$  стоя ( $\rho = -0,62$ ;  $p < 0,001$ ), между диаметром воротной вены и выраженностью ортодезоксии ( $\rho = 0,48$ ;  $p = 0,006$ ). У пациентов с алкогольным ЦП отмечалось повышение (СРБ  $18,6 \pm 12,4$  против  $9,8 \pm 6,3$  мг/л;  $p = 0,018$ ) и гипонатриемия ( $132,6 \pm 4,8$  против  $132,6 \pm 4,8$  ммоль/л,  $p = 0,041$ ).

**Выводы.** Алкогольный цирроз печени характеризуется более выраженными признаками, ассоциированными с риском гепатопульмонального синдрома, по сравнению с вирусным циррозом. Выявленные различия могут быть обусловлены воспалительно-вазодилаторным фенотипом алкогольного цирроза с эндотоксинемией и избыточной продукцией оксида азота. Тест ортодезоксии и пульсоксиметрия рекомендуются для скрининга пациентов группы риска в условиях региональных клиник.

## КОВАРНАЯ БОЛЕЗНЬ РАНДЮ–ОСЛЕРА

**Бусыгина М.С., Кропачева Н.С., Васильева О.А.**

*ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России, г. Ижевск, Россия*

*БУЗ УР ГКБ № 8 МЗ УР, г. Ижевск, Россия*

**Введение.** Болезнь Рандю–Ослера – это аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся множественными телеангиэктазиями кожи и слизистых оболочек, а также геморрагическим синдромом разной локализации. Частота встречаемости данного заболевания – 1 случай на 5000–9000 населения. В подавляющем большинстве случаев стенка мелких сосудов состоит из одного эндотелия, лишена мышечных и эластических волокон, формируются артериально-венулярные анастомозы.

**Описание случая.** Пациентка К., 43 лет, поступила в терапию с жалобами на одышку, геморрагии, отеки голеней. Считает себя больной с детства, когда появились частые носовые кровотечения. Диагноз «болезнь Рандю–Ослера» выставлен в 2013 г. гематологом. Настоящее ухудшение месяц, выявлена анемия. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сосудистые звездочки на языке. Дыхание везикулярное. SpO<sub>2</sub> 96%. Тоны сердца аритмичные с ЧСС 125 уд./мин., гипотония. Живот увеличен за счет асцита. Печень увеличена. Отеки голеней. HGB – 53 г/л; RBC – 2,66×10<sup>12</sup>/л; WBC – 3,7×10<sup>9</sup>/л; PLT – 253×10<sup>9</sup>/л. УЗИ: признаки цирроза печени, портальной гипертензии, асцита. ЭКГ: ритм ФП с ЧСС 89 уд./мин. ЭхоКГ: дилатация камер сердца, ФВ – 53%. Диагноз кардиолога «персистирующая ФП. ДКМП. ХСН III ФК 3»; гастроэнтеролога – «сосудистая мальформация печени с исходом в фиброз печени F4 по шкале Метавир».

**Заключение.** Известно, что к наиболее частым клиническим проявлениям заболевания Рандю–Ослера относятся носовые кровотечения, которые возникают спонтанно или после небольшой механической травмы – 90%; кожные телеангиэктазии – 75%; вовлечение дыхательной системы и печени (артериовенозные мальформации) – 30%; желудочно-кишечные кровотечения – 15%; поражения ЦНС – 51%; поражение женских половых органов – 3%; известны случаи дебюта заболевания с рецидивирующей макрогематурей. Особенностью продемонстрированного редкого клинического случая из личной практики авторов явилось то, что неполноценность сосудов при болезни Рандю–Ослера привела, помимо геморрагического синдрома и артериовенозной мальформации печени, к поражению сердца.

## НАРУШЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПИИ

**Бутусова М.С.**

*ГАОУЗ СО ОДКБ, г. Екатеринбург, Россия*

**Актуальность.** Нарушения минерального обмена и костного метаболизма являются значимой, но часто недооцененной проблемой у пациентов с острыми лейкозами.

**Цель.** Оценить распространенность снижения минеральной плотности костной ткани у пациентов с острыми лейкозами, получивших патогенетическую терапию.

**Материал и методы.** В исследование включены 32 участника, из которых 16 пациентов – пациенты с ОЛ, получившие патогенетическую терапию, и 16 человек составили группу контроля. Группы были сопоставимы по демографическим характеристикам и морфологическим данным заболевания. Всем участникам исследования проведена оценка состояния костной ткани по средствам двухэнергетической абсорбциометрии с расчетом МПК, T- и Z-критерия в трех стандартных областях измерения.

**Результаты.** Средние значения МПК в исследуемых группах значимо не различались. При анализе МПК и Z-критерия у пациентов групп ОЛ не выявлено снижения данных параметров до степени остеопении/остеопороза ( $p < 0,05$ ). Снижение T-критерия до уровня остеопении/остеопороза значимо чаще наблюдалось в группе с ОЛ. В группе контроля не выявлено снижения показателей денситометрии. Следовательно, алгоритм при выявлении остеопороза должен включать не только количественную оценку потери костной массы, но и тщательный клинический анализ.

**Выводы.** *Полученные данные свидетельствуют о формировании высокого риска снижения МПК и развития остеопении/остеопороза в группе пациентов с ОЛ, получивших курсы высокодозной полихимиотерапии.*

## РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИХ РОЛЬ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

**Ванюков В.В., Ванюкова Д.А.**

*ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия*

**Актуальность.** В современных реалиях расстройства пищевого поведения стали актуальной проблемой не только психиатрии, но смежных областей. Согласно данным Центра изучения расстройств пищевого поведения, на октябрь 2025 г. в России 4,5% подростков страдают от расстройств приема пищи, т.е. каждый 20-й несовершеннолетний житель страны. Более того, по некоторым данным, практически 5% людей, чаще женщин, в возрасте от 12 до 27 лет имеют нарушения пищевых предпочтений, что актуально и для студентов-медиков.

**Цель.** Определить взаимосвязь расстройств пищевого поведения с качеством питания студентов медицинского университета.

**Материал и методы.** В поперечном исследовании приняли участие 120 студентов ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России. Участники были распределены на 2 равные по количеству респондентов исследуемые группы, стратифицированные по критерию возраста. В I группу ( $n = 60$ ) были включены студенты в возрасте от 21 до 23 лет, II группу ( $n = 60$ ) сформировали исследуемые в возрасте 18–20 лет. Использованы опросник пищевых предпочтений и шкала оценки пищевого поведения, анкета приемов пищи в Google Forms.

**Результаты.** Нарушения поведения при приеме пищи зафиксированы только у 6 респондентов в каждой исследуемой группе. Определяемая субшкала «Перфекционизм» по количеству баллов в I группе статистически значимо была выше, чем во II группе ( $p=0,031$ ). Участники в возрасте 21–23 лет чаще оценивали состояние своего здоровья как «хорошее» ( $p < 0,05$ ). Студенты I группы чаще использовали в своем рационе блюда из рыбы (1–2 раза в месяц,  $p < 0,05$ ) и мяса ( $p < 0,05$ ), нежели участники II группы.

**Выводы.** *Расстройства пищевого поведения действительно связаны с качеством приемов пищи у студентов. Однако большую роль в качестве питания играют значительная внеучебная нагрузка, отсутствие времени на хобби, низкий уровень дохода.*

## **ЗНАЧЕНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ-АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

**Ванюков В.В., Ванюкова Д.А.**

*ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия*

**Актуальность.** Ожирение и метаболические нарушения, в том числе стабильно определяемый метаболический синдром, все чаще встречаются в клинической практике, а диагностика заболеваний, связанных с метаболическими расстройствами и их лечением, уже сейчас являются мультидисциплинарными проблемами медицины. По данным метаанализа 2025 г., распространенность МАЖБП-ассоциированного цирроза в общей популяции составила 3,26%. По данным последующей биопсии, этот показатель вырос до 14,51%.

**Цель.** Оценить роль избыточной массы тела и ожирения в развитии метаболически-ассоциированной болезни печени.

**Материал и методы.** В исследовании «случай – контроль» приняли участие 180 пациентов ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граля г. Перми. Сформированы две статистические группы: I группа (n=80) состояла из пациентов с подтвержденным диагнозом МАЖБП, во II группе (n=100) данный диагноз не выставлен. Проведен анализ индекса массы тела, уровня глюкозы, а также определен перечень хронических заболеваний, ассоциированных с метаболическими расстройствами. Оценивалась вероятность развития МАЖБП на фоне избыточной массы тела и ожирения.

**Результаты.** Результаты подтвердили данные о том, что избыточная масса тела и ожирение повышают риск развития МАЖБП в 2,3 раза. У пациентов с индексом массы тела  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> частота определения стеатоза печени составила 25%. Гипертоническая болезнь, как сопутствующее хроническое заболевание, значительно чаще встречалась в I группе (55 против 20% во II группе). Стеатоз печени в большей степени характерен для женщин (68,75%), нежели для мужчин (31,25%). Уровень глюкозы статистически не различался.

**Выводы.** *Избыточная масса тела и ожирение действительно являются факторами развития МАЖБП и повышают риск ее формирования в 2,3 раза. Кроме того, некоторые хронические заболевания, такие как гипертоническая болезнь, также ассоциированы с наличием ожирения и метаболически ассоциированных состояний при патологии органов желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Необходимо отметить половые различия: стеатоз печени чаще встречается среди женского населения.*

## ТЯЖЕЛАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ В И МНОЖЕСТВЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Ванюкова Д.А., Ванюков В.В.**

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия

**Введение.** Ведение пациентов с тяжелыми внебольничными пневмониями остается актуальной проблемой ввиду высокой летальности, особенно у лиц с коморбидной патологией. Наличие заболеваний соединительной ткани, в том числе заболеваний крови и нарушений системы гемостаза, например гемофилии, значительно осложняет терапию из-за высокого риска развития геморрагических осложнений и ограничений при назначении стандартных схем лечения (противопоказания при антикоагулянтной терапии, назначении НПВС). Сочетание тяжелой внебольничной пневмонии септического состояния и врожденной коагулопатии требует мультидисциплинарного подхода для обеспечения баланса между адекватной антибактериальной терапией, респираторной поддержкой и заместительной гемостатической терапией.

**Описание случая.** Пациент С., 50 лет, с тяжелой гемофилией В, поступил в отделение реанимации с жалобами на одышку, сухой кашель, лихорадку и слабость. Состояние тяжелое: ЧДД 28–30/мин., SpO<sub>2</sub> 88–90%, АД 170/90 мм рт. ст.

Коморбидный фон: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка с рецидивирующим кровотечением, постгеморрагическая анемия, хронический гепатит С, трофические язвы голеней.

КТ органов грудной клетки: двусторонняя полисегментарная пневмония.

Лабораторно: Нб 70 г/л, СРБ 88 мг/л, прокальцитонин >0,4 нг/мл. ИФА подтвердил микоплазменную этиологию пневмонии (IgM+, IgG+). Посев раневого отделяемого выявил *Proteus mirabilis*, мокроты – *Candida albicans*. Проводилась комбинированная АБТ (имипенем/циластатин, линезолид, левофлоксацин), заместительная терапия фактором IX (2400 ЕД./сут.) и гемотрансфузии. Достигнута положительная динамика, выписан на 11-е сутки.

**Заключение.** Данное наблюдение демонстрирует особенности ведения тяжелой смешанной пневмонии (бактериальной и микоплазменной) у пациента с гемофилией В. Ключевая сложность заключалась в необходимости баланса между адекватной антибактериальной терапией и заместительной гемостатической терапией фактором IX на фоне высокого риска как тромботических, так и геморрагических осложнений. Отягощающими факторами выступили постгеморрагическая анемия, хронический гепатит С, трофические язвы и орофарингеальный кандидоз. Мультидисциплинарный подход (инфекционист, гематолог, реаниматолог) и своевременная коррекция всех звеньев патогенеза позволили добиться положительной динамики. Случай подчеркивает необходимость персонализированной терапии у коморбидных пациентов с коагулопатиями.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛИПОФИЛЬНЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Васильева И.Н., Осадчук М.А., Митрохина О.И., Кисленко Г.А., Кузьмина Е.А., Гусейнова Г.Л.К., Хударова А.А., Чернусь Н.П.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

**Актуальность.** Антигипертензивные липофильные препараты (ЛЛП), благодаря способности проникать через гематоэнцефалический барьер, проявляют свою эффективность, блокируя симпатическую активность, обусловленную ожирением. Свойства ЛЛП позволяют им трансформироваться в более полярные водорастворимыми метаболиты при дальнейшем метаболизме, что определяет фармакологические преимущества и различия терапии пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением.

**Цель.** Цель настоящего исследования – оценка терапевтических возможностей антигипертензивной терапии ЛЛП – блокатора кальциевых каналов (БКК) амлодипина и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) периндоприла в лечении пациентов с АГ и ожирением.

**Материал и методы.** В исследование включены 58 пациентов ( $60 \pm 7$  лет) с АГ 2-й и 3-й степени. В 1-ю группу вошли пациенты с АГ и ожирением ( $n=28$ ), во 2-ю группу – больные АГ без ожирения ( $n=30$ ). После градации кардиометаболического риска и определения значения индекса висцерального ожирения (ИВО;  $\geq 1,92$  – от 42 до 52 лет,  $\geq 1,93$  – от 52 до 66 лет,  $\geq 2,0$  – старше 66 лет) пациентам назначили терапию ЛЛП периндоприла и амлодипина в суточной дозе  $5/4$  мг с возможным удвоением.

**Результаты.** Пациенты 2-й группы достигли целевого уровня АД через 2 мес., 23,3% участникам этой группы потребовалось удвоение доз. 89% пациентам 1-й группы с АГ и ожирением уже через 4 нед. потребовалось увеличение дозы до  $10/8$  мг. Возможной причиной недостижения целевого уровня АД в 1-й группе была особенность распределения в жировой ткани ЛПП. Вариабельность АД находилась в зависимости от индекса массы тела ( $r=0,750$ ;  $p=0,001$ ), ИВО ( $r=0,732$ ;  $p=0,001$ ), высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) ( $r=0,58$ ;  $p=0,02$ ), глюкозы ( $r=0,82$ ;  $p=0,01$ ). Через 3 мес. у 1-й группы выявлено снижение индексированных показателей систолического и диастолического АД, уменьшение концентрации вчСРБ ( $\Delta=-13,4\%$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Эффективность терапии заключается в фармакокинетической способности ЛПП растворяться в липидосодержащих или водных средах. У пациентов с ожирением для достижения целевого уровня АД потребовалось назначение повышенных доз ЛПП с учетом фармакокинетических свойств распределяться ЛПП в жировой ткани. Эти особенности растворимости, вероятно, и являются ключевым фактором, определяющим фармакологические особенности терапии пациентов с АГ и ожирением.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Васильева Л.В., Колягин А.А., Сулова Е.Ю., Гостица Е.В.

БУЗ ВО ВГКБ № 20, Россия

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия

**Актуальность.** Развитие остеоартрита у женщин пожилого возраста является актуальной проблемой современной медицины. Исследование факторов риска развития остеоартрита у этой группы населения имеет важное значение для разработки ранней диагностики, поиска более эффективных методов профилактики и лечения, а также повышения качества их жизни.

**Цель.** Оценить возможные факторы, влияющие на развитие остеоартрита у женщин в пожилом возрасте.

**Материал и методы.** В исследование включены 42 женщины в возрасте 60–74 лет с документально подтвержденным не менее чем за 6 мес. до скрининга диагнозом остеоартрита коленного сустава по критериям Келлгрена и Лоуренса (группа 1) и 35 женщин без остеоартрита (группа 2). Проведено рентгенологическое исследование коленных суставов, оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Использовали логистический регрессионный анализ, различия значимы при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст обследованных значимо не различался –  $66,8 \pm 3,0$  года в 1-й группе и  $67,9 \pm 2,4$  года во 2-й ( $p = 0,776$ ). Не было межгрупповых различий по ИМТ ( $24,8 \pm 2,01$  и  $29,7 \pm 1,64$  кг/м<sup>2</sup> соответственно;  $p = 0,063$ ) и показателям мышечной массы ( $5,33 \pm 0,35$  против  $5,12 \pm 0,72$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,792$ ). Выявлены различия МПКТ только в поясничном отделе: Т-балл в 1-й группе ниже ( $-2,06 \pm 0,12$ ), чем во 2-й ( $-1,19 \pm 0,27$ ;  $p = 0,004$ ). Показатели Т-балла шейки бедра ( $-2,41 \pm 0,9$  и  $-2,09 \pm 0,8$ ;  $p = 0,791$ ) и тазобедренного сустава ( $-1,25 \pm 0,37$  и  $-1,12 \pm 0,16$ ;  $p = 0,748$ ) между группами не различались. Более высокий Т-балл поясничного отдела (более высокая МПКТ) ассоциировался с меньшей вероятностью развития остеоартрита (ОШ=0,06;  $p = 0,024$ ).

**Выводы.** Остеоартрит у женщин пожилого возраста ассоциирован со снижением МПКТ поясничного отдела позвоночника. Обратная связь между Т-баллом и риском остеоартрита свидетельствует о возможных общих механизмах возрастной резорбции костной и хрящевой ткани.

## РЕЗУЛЬТАТЫ 12-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТКОЙ С НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В КЛИНИКЕ

**Вахненко М.А.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА, г. Благовещенск, Россия*

**Введение.** Более 30 лет ведется дискуссия, является ли некомпактный миокард (НКМ) отдельной нозологией или синдромом самостоятельных заболеваний сердца; о критериях отличий НКМ от физиологической гипертрабекулярности и вторичной некомпактности. При этом НКМ нередко сопровождается неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями. Мы предлагаем историю болезни пациентки с НКМ, наблюдавшуюся в Клинике кардиохирургии АГМА на протяжении 12 лет.

**Описание случая.** Пациентка состояла на учете у кардиолога-педиатра. На уроках физкультуры беспокоили одышка, сердцебиение. Симптомы усугубились при беременности и уходе за ребенком, добавились эпизоды головокружения. В 30 лет диагностирован СССУ. Обследовалась по поводу пороков, миокардита, ИБС (исключена после коронароангиографии). В 35 лет заподозрена обструктивная ГКМП. Ухудшение с 45 лет: снизилась переносимость нагрузок, регистрировались пресинкопальные и синкопальные состояния, давящие боли в сердце и отеки на голенях. В Клинике кардиохирургии АГМА диагностирована кардиомиопатия «некомпактный миокард». Некомпактный слой 17 мм визуализирован в области верхушки и средней трети МЖП. Данных за ГКМП/ДКМП не выявлено. В связи с наличием желудочковой тахикардии, СА- и АВ-блокады высокой степени пациентке имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (НИИ ПК имени Е.Н. Мешалкина). Отмечено урежение пароксизмов.

**Заключение.** *Диагноз НКМ установлен только в профильном медицинском центре. Сложности диагностики связаны с неспецифичностью симптомов, которые могут наблюдаться при самых различных нозологиях. Объективизировать НКМ возможно при ЭхоКГ или МРТ, если специалисты достаточно информированы о патологии. Интересно, что при первичном поступлении в Клинику речь шла об изолированном НКМ, а в исходе заболевания – о фенотипе ДКМП+НКМ, хотя на этом этапе изменения камер сердца уже могли быть вторичными по отношению к НКМ.*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ У РАБОТНИЦЫ ГОРНО-ОБОГАТИТЕЛЬНОГО КОМБИНАТА

**Вилкова А.С., Золотова М.В.**

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда им. ак. Н.Ф. Измерова», г. Москва, Россия*

**Введение.** Саркоидоз – системное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеозных эпителиоидно-клеточных гранулем в различных органах; в 90% случаев преимущественно поражаются легкие и внутригрудные лимфатические узлы (ВГЛУ). Особую актуальность проблема приобретает в контексте воздействия вредных производственных факторов. Работники горно-обогатительных комбинатов подвергаются длительному воздействию промышленных аэрозолей, которые могут выступать потенциальными триггерами иммуновоспалительных реакций. Представленный клинический случай иллюстрирует возможную взаимосвязь вредных производственных факторов (ВПФ) с развитием саркоидоза легких (СЛ), подчеркивая значимость профессионального анамнеза.

**Описание случая.** Пациентка С., 57 лет, более 35 лет работает на обогатительной фабрике предприятия по добыче железистых кварцитов (машинист конвейера, машинист крана, дробильщик). В течение трудовой деятельности подвергалась воздействию высокофиброгенной пыли с превышением предельно допустимых концентраций.

При обследовании выявлены двусторонняя лимфаденопатия, множественные очаговые изменения в легких, обструктивные нарушения вентиляции, снижение диффузионной способности легких, неказеозные гранулемы, гиперкальциемия, повышение активности ангиотензинпревращающего фермента.

Проведена дифференциальная диагностика с пневмокониозом, туберкулезом и идиопатическим фиброзирующим альвеолитом. Установлен диагноз «саркоидоз легких с поражением ВГЛУ», активная фаза.

На фоне терапии отмечена положительная динамика: уменьшение размеров и количества очагов, а также уменьшение размеров ВГЛУ.

**Заключение.** *Клинический случай демонстрирует возможную связь между воздействием промышленных аэрозолей и развитием саркоидоза легких. Учет профессионального анамнеза имеет ключевое значение для своевременной диагностики. Дальнейшее изучение влияния ВПФ на развитие саркоидоза необходимо для совершенствования профилактики и ведения пациентов.*

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОГИ И ОДИНОЧЕСТВА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЧКВ

**Водорезов З.А.**

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия*

**Актуальность.** Низкая приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после ЧКВ достигает 15–25% и увеличивает риск тромбоза стента в 5 раз. Психосоциальные факторы (одиночество, тревога) признаны ВОЗ независимыми предикторами сердечно-сосудистых событий, однако их гендерные особенности на этапе реабилитации изучены недостаточно.

**Цель.** Выявить гендерно-специфические паттерны влияния тревоги и одиночества на приверженность к антитромбоцитарной терапии у пациентов после ЧКВ на этапе реабилитации.

**Материал и методы.** Обследовано 66 пациентов (32 мужчины,  $59,2 \pm 12,1$  года; 34 женщины,  $61,8 \pm 11,7$  года) на этапе реабилитации после ЧКВ. Шкалы: Мориски-Грин, UCLA, MSPSS, HADS-A. Маркер – ХС-ЛПНП. Статистика: корреляция Спирмена, регрессия, ROC-анализ, U-критерий Манна–Уитни.

**Результаты.** У мужчин 68,8% имели UCLA=5 при частых госпитализациях (53,1%) и повышенном ХС-ЛПНП (3,4 ммоль/л). Корреляция UCLA с приверженностью отсутствовала ( $\rho = -0,21$ ). Регрессия: тревога (HADS-A) – единственный предиктор ( $\beta = +0,52$ ;  $p = 0,004$ ). ROC: порог HADS-A  $\geq 8$  (AUC=0,81; чувствительность 85%, специфичность 73%). Мужчины с нулевой приверженностью ( $n=7$ ) имели значимо более низкую тревогу ( $Me=6$  vs 9;  $p=0,01$ ) и выше ЛПНП (4,0 vs 3,1;  $p=0,02$ ). У женщин приверженность выше (70,6 vs 46,9%;  $p=0,05$ ), ее снижение лишь при тревоге (HADS-A  $\geq 11$ ) и одиночестве (UCLA  $\geq 7$ ); протективна поддержка (MSPSS  $\geq 6,0$ ).

**Выводы.** У мужчин самооценка одиночества неинформативна, ключевой предиктор приверженности – тревога (HADS-A  $\geq 8$ ). Отсутствие тревоги – маркер высокого риска некомплаенса. У женщин протективную роль играет социальная поддержка. Рекомендовано включение HADS в скрининг на этапе реабилитации.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОГИ И ОДИНОЧЕСТВА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЧКВ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

**Водорезов З.А.**

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия*

**Введение.** Ишемическая болезнь сердца – ведущая причина смертности в РФ. ЧКВ со стентированием эффективно восстанавливает коронарный кровоток, но его долгосрочный успех напрямую зависит от приверженности пациента к пожизненной двойной антитромбоцитарной терапии. Психосоциальные факторы (одиночество, тревога) признаны независимыми предикторами сердечно-сосудистых событий. Однако гендерные особенности их влияния на приверженность остаются малоизученными, особенно на этапе реабилитации.

**Описание случая.** В ходе исследования выявлены два типичных клинических паттерна. Женщина, 69 лет (ID 4), вдова, живет одна, дети контактируют 2 раза в неделю. При высоком одиночестве (UCLA=11) и субклинической тревоге (HADS-A=9) сохранная социальная поддержка (MSPSS=5,5) обеспечила высокую приверженность (Мориски=4). Женщина, 63 лет (ID 40), разведена, живет одна. При клинической тревоге (HADS-A=12) и одиночестве (UCLA=7) приверженность снизилась до 2 баллов.

У мужчин феномен отрицания: 68,8% дают минимальные баллы одиночества (UCLA=5), при этом 7 мужчин (21,9%) имеют нулевую приверженность и достоверно более низкую тревогу ( $M_e=6$ ) по сравнению с приверженными ( $M_e=9$ ;  $p=0,01$ ).

**Заключение.** Представленные клинические наблюдения демонстрируют ключевые гендерные особенности: у женщин социальная поддержка нивелирует негативный эффект тревоги и одиночества, сохраняя приверженность; у мужчин самооценка одиночества не информативна, а отсутствие тревоги является маркером крайне высокого риска некомплаенса. Порог HADS-A  $\geq 8$  баллов позволяет прогнозировать высокую приверженность у мужчин ( $AUC=0,81$ ). Полученные данные обосновывают необходимость включения скрининга тревоги (HADS) и оценки социальной поддержки (MSPSS) в программы кардиореабилитации.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Волкова В.А.**

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, Россия*

**Введение.** Несовершенный остеогенез – редкое генетическое заболевание (6–7:100 000) с нарушением костеобразования. Разнообразие клинических фенотипов и степень тяжести заболевания обуславливают потребность в мультидисциплинарном ведении пациентов.

**Описание случая.** Пациентка П., 1995 г.р., с 2002 г. наблюдается у врача-генетика с диагнозом «несовершенный остеогенез». За период 2000–2024 гг. в анамнезе переломы левой бедренной кости (2000, 2002, 2006), шейки правой бедренной кости (2009), правой бедренной кости (2012), левой локтевой кости (2015), плечевой кости (2016), пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза, правой лопатки (2017), костей таза (2019), рецидивный перелом правой бедренной кости в зоне оперативного вмешательства (2024). Выполнено многоуровневое хирургическое лечение остеосинтезом. В марте 2025 г. госпитализирована в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» в стационарное отделение медицинской реабилитации ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» для реализации индивидуальной программы восстановительного лечения.

**Заключение.** *Представленный клинический случай демонстрирует ключевое значение персонализированного подхода у пациента с несовершенным остеогенезом. Благодаря синергии этапных хирургических вмешательств и индивидуальной программе реабилитации (физическая и психологическая реабилитация, обучение мобильности и самообслуживанию) достигнута положительная динамика: снижение боли по ВАШ с 4–6 до 1–3 баллов, улучшение качества жизни (EQ-5D: 60 баллов при поступлении, 75 баллов при выписке) и показателя реабилитационной маршрутизации (с 4 до 3 баллов). Данный опыт подтверждает, что устойчивые результаты при тяжелой генетической патологии достигаются посредством непрерывного, мультидисциплинарного и индивидуализированного лечебно-реабилитационного процесса.*

## СИНДРОМ БЛАНДА–УАЙТА–ГАРЛАНДА

**Волкова М.В., Петрухнова М.Ф., Кузнецов И.В., Каплунова В.Ю., Найманн Ю.И.**  
*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
г. Москва, Россия*

**Введение.** Синдром Бланда–Уайта–Гарланда (СБУГ) – редкая врожденная аномалия коронарных артерий, чаще проявляющаяся в детском возрасте. У взрослых заболевание встречается значительно реже и может протекать под маской ишемической болезни сердца. Аномалии отхождения коронарных артерий могут приводить к развитию инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти.

**Описание случая.** Пациентка П., 60 лет, поступила с жалобами на одышку, неритмичное сердцебиение, отеки голеней, слабость и повышение АД. В 8 лет перенесла закрытие Боталлова протока. Длительное время чувствовала себя удовлетворительно. Ухудшение после COVID-19 в 2022 г. При поступлении: состояние средней тяжести. ИМТ – 34,1 кг/м<sup>2</sup>, АД – 115/75 мм рт. ст. ЭКГ: полная блокада ПНПГ, нарушения реполяризации по переднесептальной стенке. Лабораторно: дислипидемия, СКФ – 48 мл/мин. (ХБП С3а), NT-proBNP – 199 пг/мл. Эхо-КГ: ФВ – 68%, аортальная регургитация 1 ст. Холтеровское мониторирование: эпизоды депрессии ST до 2,1 мм при нагрузке (ЧСС >102 уд./мин.), сопровождавшиеся одышкой, желудочковые экстрасистолы. КАГ: ПКА отходит от легочного ствола, заполняется через коллатерали из ЛКА, гемодинамически значимых стенозов нет. Диагноз: синдром Бланда–Уайта–Гарланда, эквиваленты стенокардии II–III ФК. Пациентка направлена к кардиохирургу.

**Заключение.** *Клинический случай подчеркивает сложность диагностики патологии у взрослых пациентов и возможность ее атипичного клинического проявления. Своевременное выявление заболевания имеет принципиальное значение для выбора тактики лечения, при этом хирургическая коррекция коронарного кровотока остается наиболее эффективным методом терапии.*

## ЦИТОКИНМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТА TRIPTERYGIUM WILFORDII

**Волчек И.А., Новоженев В.Г., Теряев А.С.**

*Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», г. Москва, Россия*

*Филиал Военно-медицинской академии, г. Москва, Россия*

*ООО «Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии», Россия*

**Актуальность.** Проблема регуляции цитокинового дисбаланса, особенно избыточной продукции провоспалительных цитокинов, имеет критическое значение в современной клинической практике. В связи с этим поиск новых подходов к контролю цитокиновой продукции, в том числе на основе природных соединений, является весьма перспективным направлением исследований.

**Цель.** Исследовать влияние экстракта *Tripterygium wilfordii* на продукцию интерлейкинов IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-9, IL-15, активность которых зависит от JAK1-2, в культуре мононуклеарных клеток человека.

**Материалы и методы.** В культуре мононуклеарных клеток, полученных от здоровых доноров, оценивалось воздействие различных концентраций экстракта *Tripterygium wilfordii* на уровень спонтанной и индуцированной фитогемагглютинином (ФГА) экспрессии JAK1-киназы, а также на синтез интерлейкинов IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-9, IL-15.

**Результаты.** Под действием ФГА наблюдалась значительная индукция экспрессии JAK1-киназы, уровень которой достоверно повышался по сравнению с контрольной группой. Применение экстракта в концентрации 1 мкг/мл приводило к статистически значимому снижению уровня фермента. Меньшие концентрации экстракта также демонстрировали тенденцию к снижению, однако эти изменения не достигали статистической значимости. Полученные результаты коррелировали с изменениями в синтезе JAK1/JAK2-зависимых интерлейкинов (IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-9, IL-15).

**Выводы.** Экстракт *Tripterygium wilfordii* оказывает дозозависимый ингибирующий эффект на синтез янус-киназы 1 (JAK1) мононуклеарными клетками человека *in vitro*. Этот эффект коррелирует с подавлением продукции JAK1/JAK2-зависимых цитокинов. Полученные данные открывают новые перспективы для применения экстракта в дерматологической практике.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧА – ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ СИСТЕМОЙ ОЦЕНКИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА

**Гаврилова Е.С., Кузьминых В.С., Захаваев И.А., Чулков В.С.**

*ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Россия*

*ФГАОУ ВО «ЮУрГУ (НИУ)», Россия*

*ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия*

**Актуальность.** Современный мир диктует требования по ускорению процессов сбора и анализа данных, что открывает возможности модификации системы оценки факторов кардиометаболического риска.

**Цель.** Охарактеризовать медицинских работников – потенциальных пользователей системой электронной оценки факторов кардиометаболического риска.

**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 119 врачей из 14 городов России, средний возраст 32,2 (25,0–45,4) года, средний стаж работы – 8,0 года. Анкета разработана авторами исследования и включает данные о сложности работы с бумажными документами, особенностях доступа к системе, наиболее востребованных функциях. Статистический анализ данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия).

**Результаты.** 57,2% респондентов отметили трудности работы с бумажным документооборотом, 87,4% считают важным оффлайн доступ к системе, 72,3% готовы рекомендовать онлайн-анкеты. Наиболее востребованными функциями системы электронной оценки факторов риска респонденты считают автоматическое формирование отчета по пациенту и расчет показателей (25,5%), сокращение времени на заполнение анкет (22,6%), цифровизацию ответов пациента, которая исключает ошибки заполнения и неразборчивый почерк (19,1%), хранение истории анкет (18,1%), упрощенный обмен информацией между врачом и пациентом (14,6%).

**Выводы.** По результатам опроса большинство респондентов отмечают сложности работы с бумажными документами, готовы рекомендовать онлайн-анкеты, а наиболее востребованной функцией системы считают автоотчет.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТА – ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ СИСТЕМОЙ ОЦЕНКИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Гаврилова Е.С., Кузьминых В.С., Захаваев И.А., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Россия

ФГАОУ ВО «ЮУрГУ (НИУ)», Россия

ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

**Актуальность.** Высокий темп жизни лиц молодого возраста диктует потребность модификации систем оценки факторов риска в данной популяции.

**Цель.** Охарактеризовать лиц молодого возраста – потенциальных пользователей системой электронной оценки факторов кардиометаболического риска.

**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 326 человек из 8 городов России, средний возраст 24,6 (19,0–28,0) года. Анкета разработана авторами исследования и включает данные об опыте применения приложений, готовности использования сервиса, наиболее востребованных функциях системы. Статистический анализ данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия).

**Результаты.** 32,5% респондентов заполняют бумажные анкеты «регулярно», 46,0% – «иногда», 16,9% – «редко». 64,2% опрошенных используют приложения о здоровье. 48,1% участников считают важным возможность заполнить анкету о факторах риска онлайн до визита к врачу. Для 37,1% респондентов важно использование сервиса без регистрации, при этом для 56,4% опрошенных данный пункт не является принципиальным. 62,3% респондентов готовы оплачивать подписку. Предварительную оценку состояния здоровья и рекомендации на основе заполненной анкеты хотели бы получать 51,5% участников опроса. 86,8% опрошенных имеют интерес к самостоятельному отслеживанию показателей здоровья. Автоматизированным системам готовы доверить первичн.

**Выводы.** По результатам опроса большинство респондентов испытывают интерес к самостоятельному отслеживанию показателей здоровья, готовы доверять автоматизированным системам оценки здоровья и оплачивать подписку.

## ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Россия

ФГБОУ ВО «НовГУ», Россия

**Актуальность.** В популяции лиц молодого возраста неинфекционные заболевания (НИЗ) в основном представлены стадией предболезни, что обуславливает необходимость ранней оценки факторов риска для адекватной своевременной их коррекции с целью реализации мер первичной профилактики.

**Цель.** Провести оценку распространенности основных поведенческих факторов риска НИЗ среди студенческой молодежи.

**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст – 21,0 (19,0–22,0) года. Оценка основных факторов риска НИЗ осуществлялась по опроснику CINDI, Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Частота встречаемости пассивного курения – 49,2% (среди мужчин достоверно чаще, чем среди женщин: 56,9 и 47,0% соответственно,  $p < 0,001$ ), активного курения – 13,9% (в мужской популяции достоверно выше в сравнении с женской: 23,1 и 11,2% соответственно,  $p < 0,001$ ); алкогольные напитки в малых дозах употребляют 13,1% респондентов, избыточно – 1,7%, злоупотребление алкоголем выявлено у 0,4% опрошенных. Распространенность гиподинамии составила 60,7% (достоверно выше среди женщин, чем среди мужчин: 64,7 и 47,1% соответственно,  $p < 0,001$ ), нерационального питания – 75,6%.

**Выводы.** В популяции студенческой молодежи выявлена высокая частота встречаемости пассивного курения, гиподинамии, нерационального питания.

## **ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ОБУЧАЮЩИХСЯ КОЛЛЕДЖА**

**Гаврилова Е.С., Чулков В.С.**

*ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Россия*

*ФГБОУ ВО «НовГУ», Россия*

**Актуальность.** В молодежной популяции важной задачей является раннее выявление и коррекция кардиометаболических факторов.

**Цель.** Провести оценку распространенности основных факторов кардиометаболического риска обучающихся медицинского колледжа Южно-Уральского государственного медицинского университета.

**Материал и методы.** Проведено обследование 276 студентов медицинского колледжа ЮУГМУ (мужчин – 14,9%, женщин – 85,1%), средний возраст – 19,7±2,5 года. Оценка факторов риска проводилась по опроснику CINDI. Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале HADS. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0.

**Результаты.** Распространенность активного курения составила 18,5%, пассивного курения – 56,9%, употребления алкоголя в малых дозах – 26,4%, избыточного употребления алкоголя – 4,3%, гиподинамии – 55,1%, нерационального питания – 83,6%. Дефицит массы тела был выявлен у 9,4% респондентов, предожирение – у 8,7%, абдоминальное ожирение – у 8,7%, АГ – у 4,4%. Распространенность тревоги составила 37,7% (субклинического уровня – 24,3%, клинического уровня – 13,8%), депрессии – 20,3% (субклинического уровня – 16,3%, клинического уровня – 4,0%). Выявлено, что среди женщин выше распространенность гиподинамии (58,3 и 36,6% соответственно,  $p < 0,05$ ) и ниже частота встречаемости курения (15,7 и 34,1% соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Установлена высокая распространенность пассивного курения, потребления алкоголя, гиподинамии, нерационального питания, тревоги.

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА И ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России, Россия

ФГБОУ ВО «НовГУ», Россия

**Актуальность.** Изучение уровня тревожно-депрессивной симптоматики у лиц молодого возраста является важным аспектом первичной профилактики.

**Цель.** Провести анализ взаимосвязи тревоги и депрессии и факторов кардиометаболического риска среди студенческой молодежи.

**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 высших учебных заведений, средний возраст – 21,0 (19,0–22,0) года. Оценка основных факторов риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики – по госпитальной шкале HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Распространенность тревоги составила 48,3%, депрессии – 32,6%; в женской популяции достоверно выше частота встречаемости тревоги (52,4 и 34,6% соответственно,  $p < 0,001$ ). Тревога ассоциирована с пассивным курением (ОШ=1,6 [95% ДИ: 1,39; 1,83],  $p < 0,001$ ), активным курением (ОШ=1,63 [95% ДИ: 1,33; 1,99],  $p < 0,001$ ), потреблением алкоголя (ОШ=1,47 [95% ДИ: 1,22; 1,79],  $p < 0,001$ ), гиподинамией (ОШ=1,23 [95% ДИ: 1,07; 1,42],  $p=0,004$ ), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26; 1,8],  $p < 0,001$ ). Депрессия ассоциирована с абдоминальным ожирением (ОШ=1,65 [95% ДИ: 1,31; 2,07],  $p < 0,001$ ), пассивным курением (ОШ=1,26 [95% ДИ: 1,09; 1,46],  $p=0,002$ ), гиподинамией (ОШ=1,52 [95% ДИ: 1,3; 1,78],  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики; установлены ассоциативные связи между тревогой и курением, потреблением алкоголя, гиподинамией, нерациональным питанием; между депрессией и абдоминальным ожирением, курением, гиподинамией.

## **ВЛИЯНИЕ АРГИНИНА НА ИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ПОЧЕК**

**Гадиева В.А.**

*ФГБОУ ВО СОГМА, г. Владикавказ, Россия*

**Актуальность.** Влияние аргинина на иммунные реакции при ишемии-реперфузии (ИР) почек является сложным и требует дальнейшего изучения.

**Цель.** Настоящее исследование направлено на изучение влияния введения аргинина на иммунные реакции при экспериментальной модели ИР.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на 40 самцах крыс линии Wistar массой 250–300 г, разделенных на две группы. В обеих группах моделировали ИР почек, включающую временное пережатие почечной артерии с последующей реперфузией.

Контрольной группе (20 животных) вводился физиологический раствор, а экспериментальной группе (20 животных) проводили инъекции аргинина 10 мг/кг непосредственно перед реперфузией. Были проанализированы образцы ткани почек и крови.

**Результаты.** Введение аргинина модулирует активность иммунных клеток и продукцию цитокинов, тем самым влияя на тяжесть повреждения тканей и функцию органов после реперфузии. Результаты этого исследования помогут прояснить сложную роль аргинина при ИР и могут помочь разработать новые терапевтические стратегии для уменьшения повреждения тканей и улучшения исходов у пациентов с ИР.

**Выводы.** *Активация врожденного иммунитета при ИР почек приводит к каскаду событий, включающих рекрутирование иммунных клеток, оксидативный стресс, активацию комплемента, эндотелиальную дисфункцию, некроз, апоптоз и некроптоз, фиброз. Разнообразие иммунных клеток, участвующих в развитии ИР, делает сложным определение точного механизма воздействия аргинина на иммунные реакции в этом контексте.*

## ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И АДИПОКИНОВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КИСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Галина И.И., Тюрин А.В.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

**Актуальность.** Остеоартрит суставов кистей (ОАСК) – мультифакторное заболевание, в патогенезе которого наряду с механическими факторами значимую роль играют метаболические нарушения и хроническое низкоинтенсивное воспаление. Значительный интерес представляет влияние адипокинов и провоспалительных медиаторов на развитие и прогрессирование заболевания, особенно у женщин в постменопаузе, находящихся в группе риска развития данной патологии.

**Цель.** Оценить уровни маркеров воспаления, адипокинов и маркеров хрящевого метаболизма у пациенток с ОАСК в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

**Материал и методы.** В исследование включены 122 женщины в постменопаузе: 80 с ОАСК и 42 без суставной патологии. Лабораторный анализ проведен у 88 участниц (60 с ОАСК и 28 в контрольной группе). Пациентки распределены по ИМТ на группы: нормальная масса ( $n=20$ ), избыточная масса ( $n=20$ ) и ожирение ( $n=20$ ). В сыворотке крови определяли уровни ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$ , лептина, хемерина, адипонектина, СРБ, витамина Д и СОМР. Проведен статистический и корреляционный анализы.

**Результаты.** У пациенток с ОАСК выявлен статистически значимо более высокий уровень лептина по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ), тогда как уровень адипонектина наоборот в группе с ОАСК был ниже ( $p=0,02$ ). Уровни ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$ , хемерина, СРБ и СОМР существенно не различались между группами. При разделении пациенток с ОАСК по ИМТ установлено, что уровень лептина достоверно увеличивается с ростом массы тела и достигает максимальных значений при ожирении. Аналогичная тенденция выявлена для СОМР, концентрация которого возрастала по мере увеличения ИМТ ( $p < 0,001$ ). Уровни ИЛ-6, хемерина, адипонектина и витамина Д статистически значимо не зависели от ИМТ.

**Выводы.** У пациенток с ОАСК формируется провоспалительный профиль, характеризующийся повышением уровня лептина и снижением адипонектина. С увеличением ИМТ статистически значимо повышается концентрация лептина и СОМР, что свидетельствует о роли ожирения в усилении дегенеративных процессов при ОАСК.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Галиханова Ю.И., Шкляев А.Е., Капустина Н.Р., Толмачев Д.А.

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** В условиях стремительной цифровизации здравоохранения технологии искусственного интеллекта (ИИ) становятся неотъемлемым компонентом клинической работы и образовательного процесса. Анализ реального опыта взаимодействия студентов с ИИ-инструментами позволяет своевременно модернизировать учебные программы, целенаправленно развивать цифровую грамотность и формировать этические принципы использования алгоритмов в будущей врачебной деятельности.

**Цель.** Оценить распространенность использования технологий ИИ студентами-медиками в образовательном процессе, а также определить их потребности в дополнительном обучении цифровым компетенциям.

**Материал и методы.** Проведено социологическое исследование методом анонимного анкетирования среди 132 студентов третьего курса ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России (средний возраст  $20,8 \pm 1,3$  года, 76,5% женщин). Использовалась оригинальная анкета из 24 вопросов, включающая блоки об инструментах ИИ, рисках использования и потребностях. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и пакета анализа Statistica.

**Результаты.** 100,0% студентов знакомы с ИИ, 52,3% используют технологии практически ежедневно (преимущественно текстовые модели – 92,4%). Специализированные медицинские сервисы применяют лишь в 3,0% случаев. Основные цели применения ИИ: поиск информации (93,9%) и подготовка к экзаменам (56,1%). Несмотря на высокую оценку удобства использования (84,1%), 83,3% респондентов сталкивались с ошибками. 71,9% планируют применять ИИ в будущей практике, опасаясь при этом диагностических ошибок (82,6%) и потери клинического мышления (78,0%). Почти треть студентов не осознают риск нарушения врачебной тайны при загрузке данных в публичные ИИ. 77,3% респондентов заинтересованы в специализированном курсе по ИИ.

**Выводы.** Студенты медицинского вуза массово используют потребительские ИИ-инструменты при минимальном применении профессиональных медицинских сервисов. Выявлены дефицит правовой грамотности и высокий образовательный запрос. Интеграция модулей по безопасному применению ИИ и критической оценке информации в учебный процесс необходима для подготовки компетентных специалистов.

## ЧАСТОТА ГИПЕРАММОНИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ

Гамаюнов Д.Ю., Калягин А.Н., Илларионова Т.В., Мащенко И.С., Фрыгина Е.Д.  
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия  
ОГБУЗ ИГКБ № 1, г. Иркутск, Россия

**Актуальность.** В настоящее время изучение гипераммониемии (ГА) приобретает широкую популярность. Особый интерес вызывает ГА, не имеющая прямой связи с поражением печени. Выделяют ряд факторов такой ГА: гематологические, операции, судороги, курение, физическая нагрузка и др. Однако сведения о влиянии особенностей питания на развитие ГА у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ограничены, что вызывает интерес к изучению данной проблемы.

**Цель.** Сравнить частоту ГА у пациентов с ХСН в зависимости от особенностей питания.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 156 пациентов терапевтического отделения ИГКБ № 1 с ХСН на фоне стабильной ИБС. Данные были получены во время анкетирования. Уровень аммиака в капиллярной крови определялся с использованием портативного экспресс-анализатора PocketChem BA PA-4140. Статистическая обработка проводилась с использованием  $\chi^2$  Пирсона и точного критерия Фишера (SPSS Statistics 27 (IBM, США)). Критический уровень статистической значимости  $p < 0,05$ .

### **Результаты.**

Частота ГА была выше у лиц, не употребляющих или редко употребляющих рыбу и птицу, чем у употребляющих их 1–2 раза в неделю (для рыбы: 75,0 и 39,7%,  $p=0,02$ ; для птицы: 84,6 и 43,6%,  $p=0,047$  соответственно). Аналогично, частота ГА оказалась выше при употреблении фруктов и ягод 1–2 раза в месяц по сравнению с 1–2 раза в неделю (66,1 и 35,8%,  $p=0,01$ ). ГА встречалась реже при употреблении апельсинов 1–2 раза в неделю, чем при их употреблении 1–3 раза в месяц и более редком/отсутствии употребления (34,7 против 62,3 и 63,2% соответственно,  $p=0,04$  в каждом случае), зеленого чая 3 раза в сутки, чем при отсутствии употребления и 1 раз в сутки (26,9 против 57,9 и 65,5% соответственно,  $p=0,03$  в каждом случае), кофе 3 раза в сутки, чем у не употребляющих кофе (34,3 и 75,0%,  $p=0,03$ ).

**Выводы.** Исходя из результатов, можно заметить, что при редком употреблении или отсутствии употребления рыбы, птицы, фруктов и ягод, апельсинов, зеленого чая и кофе у пациентов с ХСН ГА встречалась чаще, чем при более частом употреблении данных продуктов.

## ЧАСТОТА ГИПЕРАММОНИЕМии У ПАЦИЕНТОВ С ХСН С УЧЕТОМ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Гамаюнов Д.Ю., Калягин А.Н., Крылов М.А., Балдаева Б.Б., Федотова В.Н., Нутчин А.К.  
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия  
ОГБУЗ ИГКБ № 1, г. Иркутск, Россия

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является глобальной проблемой в здравоохранении. Наряду с ведущими причинами ХСН, такими как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ), увеличивается распространенность экстракардиальных факторов. Особое внимание привлекает гипераммониемия (ГА). Несмотря на имеющиеся сведения о ГА у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), с ИБС, данные о ГА у пациентов с ХСН ограничены.

**Цель.** Сравнить частоту ГА у пациентов с ХСН в зависимости от клинико-анамнестических параметров.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 156 пациентов терапевтического отделения ИГКБ № 1 с ХСН на фоне стабильной ИБС. Данные были получены во время анкетирования. Уровень аммиака в капиллярной крови определялся с использованием портативного экспресс-анализатора PocketChem BA PA-4140. Статистическая обработка проводилась с использованием  $\chi^2$  Пирсона и точного критерия Фишера (SPSS Statistics 27 (IBM, США)). Критический уровень статистической значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Отмечалась более высокая частота ГА при наличии следующих параметров в сравнении с их отсутствием: ФП (62,9 против 45,3%,  $p=0,03$ ), судороги (68,6 против 45,7%,  $p=0,007$ ), COVID-19 в анамнезе (62,5 против 45,2%,  $p=0,03$ ), госпитализация во время заболевания COVID-19 (75,0 против 42,9%,  $p=0,006$ ). При наличии вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции, занятий среднеинтенсивным трудом не менее 150 мин. в неделю, полной приверженности к лечению ХСН частота ГА была ниже, чем при их отсутствии и частичной приверженности к лечению ХСН с намеренными нарушениями (33,3 и 60,5%,  $p=0,003$ ; 20,0 и 61,1%,  $p < 0,001$ ; 38,0 и 60,4%,  $p=0,009$ ; 36,9 и 67,5%,  $p=0,02$  соответственно).

**Выводы.** Исходя из результатов, можно предположить, что ФП, судороги, отсутствие вакцинации против гриппа и против пневмококковой инфекции, наличие COVID-19 с госпитализацией в инфекционный стационар в анамнезе, занятие среднеинтенсивным трудом менее 150 мин. в неделю и снижение приверженности к лечению ХСН могут повышать частоту ГА у пациентов с ХСН.

## **ЦИТОПРОТЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Гаровов Г.Я., Худайбердыева Г.П.**

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан*

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое заболевание с забросом желудочного или дуоденального содержимого в пищевод из-за нарушения моторной функции гастроэзофагеальной зоны. Высокая распространенность делает лечение ГЭРБ важной задачей для врачей.

**Цель.** Изучить эффективность препарата Улькавис в лечение больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

**Материал и методы.** У 31 пациента с ОА и АГ моноартрит отсутствовал. Основные симптомы: стартовые боли (93,5%), крепитация (87%), трудности спуска по лестнице (67,7%), заклинивание (35,4%). Деформация суставов – у всех (1–3 стадии Kellgren–Lawrence). 27 госпитализированы из-за болей, 12 – с жалобами на АД. Уровень Ca<sup>++</sup> снижен у всех, особенно при АГ II степени. Остеоденситометрия: T-Score –2,1 (АГ I), –2,5 (АГ II + ОА) – признаки остеопороза и риска переломов.

**Результаты.** На 7-й день от начала лечения исчезновение симптомов заболевания отмечалось в основной группе у 37 (82%). В контрольной группе на фоне проводимого лечения изжога купировалась у 5 больных (25%). У 11 пациентов (24%) основной группы была достигнута ремиссия заболевания. Уменьшение выраженности болевого синдрома отмечалось у 28 (62%) и у 8 (40%) больных основной и контрольной групп соответственно.

Через месяц после лечения при проведении контрольной эзофагогастродуоденоскопии в обеих группах отмечались положительные результаты: уменьшились гиперемия и отек слизистой пищевода, улучшилась его моторная функция. В обеих группах отрицательная динамика заболевания или ухудшение состояния не отмечались.

**Выводы.** *Улькавис является универсальным медикаментозным средством при цитопротективном лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и может использоваться при воспалительно-деструктивных процессах слизистой пищевода. При использовании этого цитопротектора существенно повышается эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и снижается риск развития ее осложнений.*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д., Толмачева А.А., Соловьева В.И.**

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Новосибирск, Россия*

**Введение.** Клинические исследования подтверждают эффективность медицинской реабилитации у пациентов с ХОБЛ в снижении частоты и длительности госпитализаций. Однако отсутствие стандартизированных протоколов и вариабельность результатов обуславливают необходимость дальнейших исследований в области медицинской реабилитации данной категории пациентов.

**Описание случая.** Пациентка А., 62 лет, поступила в отделение медицинской реабилитации (МР) ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» с диагнозом ХОБЛ, крайне тяжелая степень тяжести, категория Е, эмфизематозный тип. Эмфизема легких. ДН II. ИБС. ПИКС (2024). ХСНсФВ (ФВ 51%). Мультидисциплинарной бригадой была разработана индивидуальная 14-дневная программа МР: ЛФК (дыхательная гимнастика, занятия на тренажерах), работа с психологом, школы здоровья. По результатам МР у пациента отмечено повышение толерантности к физической нагрузке, уменьшение выраженности одышки, стабилизация психоэмоционального состояния, улучшение качества жизни. Положительные результаты реабилитации: ШРМ – 5/4 балла, тест 6-минутной ходьбой – 80/170 м, шкала тревоги и депрессии (HADS) – 11/7 и 4/4 баллов, mMRS – 4/2 балла, CAT – 32/19 баллов при поступлении и выписке соответственно.

**Заключение.** *Приведенный клинический случай демонстрирует важность реабилитационных мероприятий у пациентов даже с крайне тяжелой степенью ХОБЛ, что положительно влияет на общее соматическое состояние пациентов и их качество жизни.*

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д., Толмачева А.А., Соловьева В.И., Марачкова Д.О.  
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия  
ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», Россия

**Введение.** Высокая частота инвалидизации и значительное снижение качества жизни у пациентов с одномоментным развитием инфаркта миокарда и ишемического инсульта определяют актуальность совершенствования программ медицинской реабилитации с учетом тяжести коморбидного статуса.

**Описание случая.** Пациент Ш., 70 лет, поступил в отделение медицинской реабилитации с диагнозом ИБС: ПИКС (ИМ нижней стенки левого желудочка от 03.01.2024, повторный Q-негативный ИМ передней стенки ЛЖ от 18.07.2024). ЧТКА со стентированием ПНА (18.07.2024), ВТК (26.11.2024). ХСНунФВ (47%), I стадия, ФК III. Пароксизмальная форма ФП, вне пароксизма. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC 5 б., HAS-BLED 3 б. Резидуальные явления перенесенного ОНМК в бассейне левой СМА от 03.01.2024. Вестибуло-координаторные нарушения, легкой степени. Гипертоническая болезнь, III стадия. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4. По результатам реализации индивидуальной программы МР отмечена положительная динамика: ШРМ – 5/4 балла, тест 6-минутной ходьбой – 280/420 м, HADS – 8/5 баллов, EQ-5D 65/80 баллов при поступлении и выписке соответственно.

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует возможность достижения значимой положительной динамики ключевых клинико-функциональных показателей у пациентов с сочетанной кардиоцеребральной патологией на фоне комплексной медицинской реабилитации. Мультидисциплинарный подход позволяет формировать индивидуальные и в то же время разнонаправленные программы восстановительного лечения, воздействующие на разные звенья патологического процесса, что обеспечивает положительную динамику в виде повышения толерантности к физической нагрузке, стабилизации психоэмоционального состояния и улучшения качества жизни пациента.

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ COVID-19: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Герасименко О.Н., Толмачева А.А., Зими́на Ю.Д., Волкова В.А., Маркова Я.Р.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск, Россия

**Введение.** Постковидный синдром характеризуется широким спектром клинических проявлений, среди которых значимое место занимает дыхательная недостаточность, существенно ограничивающая физическую активность и качество жизни пациентов. Наиболее тяжелые последствия наблюдаются у лиц, перенесших тяжелую форму новой коронавирусной инфекции. В связи с этим разработка и внедрение эффективных программ медицинской реабилитации у данной категории больных являются актуальной задачей современной восстановительной медицины. Оптимизация подходов к реабилитации с учетом индивидуальных особенностей пациента и степени функциональных нарушений позволяет достичь максимально возможного восстановительного эффекта.

**Описание случая.** Пациент П., 63 лет, госпитализирован в отделение медицинской реабилитации ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» (г. Новосибирск) с прогрессированием дыхательной недостаточности после перенесенной в 2020 г. тяжелой COVID-19. На фоне постоянной кислородотерапии и значительного снижения функции легких (ЖЕЛ – 28,6%) была реализована 21-дневная программа. Она включала интервальные тренировки, психологическую коррекцию и образовательные модули. Оценка состояния проводилась по шкалам EQ-5D, HADS, mMRC и тесту 6-минутной ходьбы (6-MXT). В результате комплексной медицинской реабилитации достигнут значительный положительный эффект: качество жизни пациента по опроснику EQ-5D возросло на 25 баллов (с 30 до 55), снизились показатели тревоги и депрессии HADS с 10/9 до 8/6 баллов, дистанция теста 6-MXT увеличилась с 55 до 93 м, степени одышки по шкале mMRC снизилась с 4-й до 3-й степени.

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует ключевое значение персонализированного подхода в ведении пациентов с выраженной дыхательной недостаточностью после перенесенной тяжелой COVID-19. Реализация 21-дневной программы медицинской реабилитации позволила достичь положительной динамики в виде повышения толерантности к физической нагрузке, снижения степени одышки, улучшения психоэмоционального состояния и качества жизни. Полученные результаты показывают возможности комплексной мультимедицинской реабилитации в улучшении функционального статуса и повседневной активности пациентов даже при исходно низких показателях функции легких.

## РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Герасименко О.Н., Толмачева А.А., Зимина Ю.Д., Горбунова А.М., Марачкова Д.О.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск, Россия

**Введение.** Отсутствие стандартизированных программ реабилитации пожилых коморбидных пациентов подчеркивает актуальность данного направления. Ведение представленной категории пациентов осложняется низкой приверженностью к терапии, снижением качества жизни и повышенным риском осложнений, что обуславливает целесообразность мультидисциплинарного комплексного подхода, объединяющего профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия.

**Описание случая.** Пациентка В., 73 лет, с коморбидной патологией (мультифокальный атеросклероз, ГБ, преддиабет, ожирение, ХБП, ХСН, перенесенный синдром Гийена–Барре с типичной клинической картиной от 2014 г.) поступила в отделение реабилитации в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3». На основании междисциплинарного осмотра (врач ФРМ, кардиолог, невролог, гериатр, врач ЛФК, медицинский психолог) с оценкой реабилитационного статуса разработана 21-дневная ИПМР (физическая и психологическая реабилитация, школы здоровья, диетотерапия). По результатам лечения отмечается положительная динамика в виде повышения качества жизни пациента (EQ-5D 60/85 баллов), нормализации психоэмоционального состояния и улучшение функциональной независимости пациента (HADS – 8/5 баллов, шкала Рэнкин – 3/2 балла при поступлении / при выписке соответственно), увеличение переносимости нагрузки (тест с 6-минутной ходьбой – 275/380 м).

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует эффективность мультидисциплинарного подхода в ведении пожилых коморбидных пациентов в условиях медицинской реабилитации, что обуславливает оптимизацию оказания медицинской помощи и стратегии ведения пациентов с целью продления активной жизни и сохранения функциональной независимости пациентов.

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ГОДИЧНЫЕ ИСХОДЫ

Герасименко О.Н., Толмачева А.А., Зимина Ю.Д., Соловьева В.И.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск, Россия  
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

**Актуальность.** В структуре сердечно-сосудистой патологии фибрилляция предсердий (ФП) занимает лидирующие позиции, демонстрируя тесную ассоциацию с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ишемической болезнью сердца (ИБС), что увеличивает риск неблагоприятных отдаленных исходов. Вопросы медицинской реабилитации (МР) у пациентов данной категории остаются недостаточно изученными, что обуславливает актуальность данного исследования.

**Цель.** Определить эффективность медицинской реабилитации у коморбидных пациентов с ФП, ИБС и ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ) на основании анализа годовых исходов.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» (2024–2025). Включены 69 пациентов с ИБС, ФП и ХСНсФВ, выделено две группы: основная (n=26, средний возраст 65,6±2,3 года), которые получили МР, группа сравнения (n=43, 65,7±3,1 года, p=0,97), отказались от МР. Оценивались ФВ ЛЖ, госпитализация по поводу ОДСН, инфаркт миокарда (ИМ), ОНМК, летальность. Статистический анализ выполнен с использованием Microsoft Excel 2016.

**Результаты.** За год наблюдения в основной группе зарегистрировано 13 случаев госпитализаций по поводу ОДСН и 28 случаев – в группе сравнения, p=0,22; 0 случаев повторного ИМ в 1-й группе, 1 случай в группе без МР, p=0,43. При оценке ФВ ЛЖ по ЭхоКГ было установлено, что в группе сравнения значительно чаще снижалась ФВ ЛЖ (p < 0,001): у 25 (58%) пациентов из группы сравнения ФВ ЛЖ снизилась в среднем на 11,3% (с 56,1 до 44%), тогда как в основной группе отмечался прирост ФВ в среднем на 9,5%.

**Выводы.** Проведение медицинской реабилитации у пациентов с ФП, ИБС и ХСНсФВ ассоциируется с благоприятными годовыми исходами. Полученные данные свидетельствуют о важной роли медицинской реабилитации в улучшении долгосрочного прогноза, что обосновывает целесообразность включения программ медицинской реабилитации в стратегию ведения данной категории пациентов.

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ОСТЕОАРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Герасименко О.Н., Тонкопряд М.В., Симонова В.Г., Толмачева А.А., Зимина Ю.Д.  
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия  
ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск, Россия

**Актуальность.** Ожирение и остеоартрит относятся к наиболее распространенным хроническим неинфекционным заболеваниям, существенно снижающим качество жизни взрослого населения. Их сочетанное развитие обусловлено механическими и метаболическими факторами, сопровождается ростом медико-социального бремени.

**Цель.** Оценить распространенность факторов риска у пациентов с ожирением и остеоартритом в условиях диспансеризации взрослого населения.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, которые прошли первый этап диспансеризации в отделение медицинской профилактики ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 10.01 – 30.12.2025. Оценивались клинические, антропометрические и лабораторные данные пациентов. Критерии включения: возраст 18–60 лет, индекс массы тела более 30,0 кг/м<sup>2</sup> и остеоартрит. В исследование не включались пациенты с сопутствующей соматической патологией.

**Результаты.** В исследуемой когорте (n = 104) преобладали пациенты женского пола (73,1%). Средний возраст 38,1±9,9 года. Ожирение I степени выявлено у 49,9%, II степени – у 34,6%, III степени – у 15,3%. При оценке физической активности установлено, что низкий уровень физической активности отмечался у 49,5% пациентов, средний уровень – у 38,4%, высокий уровень – у 12,1% обследованных. При анализе характера питания выявлены нарушения пищевого поведения у 77,9% обследованных. Наиболее частыми из них были нерегулярный прием пищи (64,2%), поздний ужин (61,7%), избыточное потребление простых углеводов (46,9%), животных жиров (37,0%). Дислипидемия выявлена у 67,3% пациентов, гипергликемии натощак у 37,7%.

**Выводы.** У пациентов с ожирением и остеоартритом, обследованных в рамках диспансеризации взрослого населения, выявлена высокая распространенность клинически значимых метаболических и поведенческих факторов риска. Результаты подчеркивают значимость диспансеризации как эффективного инструмента раннего выявления факторов риска и обосновывают необходимость комплексного междисциплинарного подхода к их коррекции.

## МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ В СОЧЕТАНИИ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Герасименко О.Н., Тонкопряд М.В., Толмачева А.А., Зимина Ю.Д., Горбунова А.М.  
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия  
ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск, Россия

**Введение.** Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) остаются одной из ведущих причин инвалидизации и снижения качества жизни в современной популяции. Их прогрессирующий характер, высокая частота коморбидности и значительное влияние на социальную и профессиональную адаптацию обуславливают необходимость формирования комплексных подходов к профилактике, ранней диагностике и реабилитации.

**Описание случая.** Пациент А., 38 лет, обратился в отделение медицинской профилактики ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3». На основании жалоб, анамнеза, объективных данных выставлен диагноз «первичное ожирение I степени (ИМТ 34,4 кг/м<sup>2</sup>), остеоартрит голеностопных суставов I ст., вальгусная деформация стоп». Рекомендована индивидуальная немедикаментозная стратегия ведения курсом на 6 мес.: аэробные нагрузки, работа с психологом, школы здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением, диетотерапия. По итогам индивидуальной программы лечения достигнут положительный эффект: снижение массы тела на 16 кг, повышение толерантности к физической нагрузке (тест 6-минутной ходьбой – 600/850 м), стабилизация психоэмоционального состояния (по шкале тревоги и депрессии HADS – 9/8 против 5/4 баллов), улучшение качества жизни по опроснику EQ-5D на 20 баллов (65 против 85) до и после программы соответственно.

**Заключение.** Своевременное выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) является определяющим фактором для сохранения здоровья, трудоспособности и качества жизни пациентов, поскольку на ранних стадиях заболеваний наиболее эффективны профилактические и коррекционные вмешательства. Это создает благоприятные условия для реализации комплексных немедикаментозных стратегий, таких как физическая реабилитация, коррекция образа жизни и психосоциальная поддержка. Представленный клинический случай доказывает, что применение таких методов позволяет не только стабилизировать течение болезни, но и достичь значительного улучшения соматического статуса, функциональных возможностей и качества жизни пациента.

## РЕГУЛЯЦИЯ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ ЭКСТРАКТОМ CENTIPEDA MINIMA У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ *IN VITRO*

Гладько О.В., Волчек И.А., Новоженев В.Г., Теряев А.С.

Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», г. Москва, Россия

Филиал Военно-медицинской академии, г. Санкт-Петербург, Россия

ООО «НИЦ иммунологии и аллергологии», г. Москва, Россия

**Актуальность.** Исследование молекулярных и клеточных механизмов аутоиммунных процессов, особенно влияние продуктов природного происхождения, является важным направлением для разработки новых фармацевтических средств в клинике.

**Цель.** Изучить влияние экстракта Centipeda Minima на продукцию основных классов про- и противовоспалительных цитокинов мононуклеарными клетками больных псориатическим артритом.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 57 пациентов с псориатическим артритом. Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев. Мононуклеарные клетки периферической крови культивировали в присутствии фитогемагглютинина (ФГА) и экстракта Centipeda Minima (ЕСМ). По окончании культивирования в культуральных супернатантах определяли уровень фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), интерлейкина-6 и интерферона-альфа.

**Результаты.** Установлено, что спонтанная продукция исследуемых цитокинов была весьма вариабельна и достоверно не различалась как у больных псориатическим артритом (группа А), так и у здоровых доноров (группа Б). Например, уровень ФНО-альфа составлял  $29,3 \pm 9,2$  пг/мл в группе А и  $27,5 \pm 10,4$  пг/мл в группе Б. В ответ на стимуляцию ФГА продукция цитокинов в группе больных была достоверно выше. Например, уровень ФНО-альфа составил  $77,14 \pm 12,5$  пг/мл в группе А и  $34,85 \pm 9,6$  пг/мл в группе Б ( $P < 0,05$ ). В обеих группах ЕСМ достоверно супрессировал продукцию ФНО-альфа, осуществляемую митоген-активированными мононуклеарными клетками ( $41,14 \pm 7,98$  пг/мл в группе А и  $23,68 \pm 8,11$  пг/мл в группе Б).

**Выводы.** Таким образом, экстракт Centipeda Minima и препараты на его основе могут быть эффективны в регуляции цитокинового дисбаланса при аутоиммунной патологии, в том числе псориатическом артрите.

## НОВЫЕ МОЛЕКУЛЯРНЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

**Горбатовская Е.Е.**

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия*

*ФГБНУ НИИ КПССЗ Министерства науки и высшего образования РФ, г. Кемерово, Россия*

**Актуальность.** Дисфункция эпикардальной жировой ткани (ЭЖТ), ассоциированная с изменением адипогенного потенциала мезенхимальных стволовых клеток (МСК), играет ключевую роль в прогрессировании атеросклероза и ишемии миокарда, а метформин, будучи широко применяемым препаратом, может обладать ранее неизвестным кардиопротективным действием, модулируя дифференцировку МСК.

**Цель.** Оценить влияние метформина в различных концентрациях (10, 50 и 100 мкмоль/л) на адипогенный потенциал МСК ЭЖТ у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и приобретенными пороками сердца (ППС).

**Материал и методы.** В исследование включены 10 пациентов с ИБС и 10 пациентов с патологией аортального клапана. ЭЖТ получали в ходе открытых операций. МСК, выделенные из ЭЖТ, дифференцировали в адипогенном направлении в нативных условиях и с добавлением метформина (10, 50, 100 мкмоль/л). На 3-и, 15-е и 21-е сутки дифференцировки оценивали экспрессию мРНК генов ADIPOQ, LEP, LEPR1–4 и концентрацию соответствующих белков. Статистический анализ выполнен в STATISTICA 12.

**Результаты.** На 15-е и 21-е сутки дифференцировки в контрольных условиях в группе пациентов с ИБС по сравнению с группой с ППС наблюдалось статистически значимое усиление экспрессии гена LEP и снижение уровня мРНК ADIPOQ, а также изоформ рецептора лептина (LEPR 1–4), что сопровождалось соответствующими изменениями секреции адипокинов. Добавление метформина в концентрации 10 и 50 мкмоль/л в культуральную среду оказывало модулирующее действие на клетки пациентов с ИБС, характеризующееся дозозависимым снижением продукции лептина и увеличением секреции адипонектина и рецептора лептина. Метформин в концентрации 100 мкмоль/л достоверно снижал жизнеспособность клеток по сравнению с контролем в обеих группах.

**Выводы.** *Полученные данные позволяют рассматривать метформин в качестве перспективного средства патогенетической терапии ИБС, реализующего свой эффект посредством коррекции дисфункции ЭЖТ.*

## ВЛИЯНИЕ ГЕОМАГНИТНЫХ И ПОГОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ ОБОСТРЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Горбунов А.Ю., Зеленин В.А., Сергиенко А.С.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

БУЗ УР «ГКБ № 8 им. Однопозова И.Б. МЗ УР», г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Изучение влияния внешних геофизических и метеорологических факторов на частоту сердечно-сосудистых заболеваний остается актуальной задачей.

**Цель.** Оценить взаимосвязь частоты экстренных госпитализаций пациентов и периодами геомагнитной активности и метеонестабильности в Удмуртской Республике (УР) в 2025 г.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование 2436 случаев в 2025 г. на базе приемного отделения ГКБ № 8 г. Ижевска (УР). Основными патологиями были острые сердечно-сосудистые состояния. Сопоставлены даты госпитализаций с геофизическими данными и метеопараметрами.

**Результаты.** В ходе анализа госпитализаций пациентов выявлены выраженная сезонная и недельная цикличности. Пик обращаемости – 265 случаев (10,9%) – пришелся на январь и 226 (9,3%) в марте, что достоверно коррелирует ( $p=0,001$ ) с периодами максимальной метеонестабильности (температурные перепады до 16 °С, колебания атмосферного давления 15–25 мм рт. ст. за 24–48 ч, влажность >85%), тогда как минимальная частота 138 (5,7%) случаев зафиксирована в ноябре. Четкая недельная динамика с максимумом в понедельник – вторник (34,3% всех случаев) и спадом к выходным отражает влияние стресс-факторов начала рабочей недели. Особую значимость приобретает синергетический эффект внешних триггеров.

**Выводы.** *Комплексное воздействие метеонестабильности и геомагнитных возмущений повышает риск частоты обострений сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в межсезонные периоды и начале рабочей недели. Полученные данные подтверждают необходимость персонализированного подхода к профилактике подобных состояний у метеозависимых пациентов для предупреждения развития острой сердечно-сосудистой патологии.*

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ: АКЦЕНТ НА ПИТАНИИ

Деревянченко М.В., Макаров Л.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Волгоград, Россия

Beijing Information Technology College, Китай

**Актуальность.** Здоровый образ жизни (ЗОЖ) подразумевает не только отсутствие вредных привычек, но и активные действия по поддержанию физического и психического здоровья. В последние годы около 30% граждан стали уделять больше внимания здоровому питанию, однако ежедневно рекомендуемое количество фруктов и овощей ( $\geq 400$  г) соблюдают лишь 18,7% мужчин и 22,5% женщин.

**Цель.** Определить уровень приверженности к ЗОЖ и здоровому питанию среди молодежи Волгоградской обл. на примере студентов медицинского вуза.

**Материал и методы.** В исследование были включены 466 человек в возрасте 17–35 лет (18% мужчин, 82% женщин). Средний возраст составил  $20,9 \pm 2,2$  года для мужчин и  $21 \pm 2,6$  года для женщин. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы StatTech14.

**Результаты.** 84% участников проявили интерес к ЗОЖ, а 94,6% относятся к нему положительно или скорее положительно. Питание 3–5 раз в день соблюдают 80,5% респондентов, однако 59% не получают достаточного количества фруктов и овощей. Этикетки с составом продуктов не читают 65% участников, 18% подсаливают готовую пищу. Отказ от сахара наблюдается у 32,6% респондентов, но 22,4% добавляют 4–9 чайных ложек сахара/меда/варенья в чай ежедневно, 4,7% – более 10. Фастфуд не употребляют 14,6% участников; 21% – 1–2 раза в неделю, 60,5% – 1–2 раза в месяц, 3,9% – ежедневно. Витамины и БАДы не принимают 51,9%, 14,4% используют их регулярно. 43,8% считают свой рацион приближенным к принципам здорового питания.

**Выводы.** Результаты исследования подчеркивают необходимость профилактических программ для повышения метаболического здоровья молодежи. Предлагаемые меры включают: 1) ранний скрининг: анкетирование и диспансеризация молодых людей; 2) мотивационные инструменты: визуализация ожидаемой продолжительности жизни и преимуществ ЗОЖ; 3) психологическая поддержка: тренинги по развитию устойчивости.

## ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ВОЛГОГРАДА

**Деревянченко М.В., Макаров Л.А.**

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград, Россия*

*Beijing Information Technology College, Kumaï*

**Актуальность.** Гиподинамия остается актуальной проблемой среди молодежи. Учебная нагрузка и образ жизни студентов ограничивают возможности для регулярной физической активности. За последние годы уровень двигательной активности населения России снизился на 18%. Недостаток активности, избыточная масса тела и ожирение повышают риск сахарного диабета 2-го типа, хронических неинфекционных и онкологических заболеваний.

**Цель.** Сравнить уровень двигательной активности студентов медицинского и немедицинских вузов Волгограда.

**Материал и методы.** Обследованы 228 студентов (17–23 года): 115 студентов медицинского университета (1-я группа) и 113 студентов Волгоградского государственного и технического университетов (2-я группа). Оценивали клинико-демографические и антропометрические показатели, применяли опросники IPAQ и ОДА-23+. Данные собирали через Google Forms, статистическую обработку проводили в StatTech, результаты представлены в виде Me [Q25; Q75]. Статистическая значимость –  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Согласно IPAQ, гиподинамия чаще встречалась у студентов медицинского университета (48,7%) по сравнению с другими вузами (31%). Опросник ОДА-23+ показал, что очень высокий уровень двигательной активности реже встречался у студентов медицинского вуза (4,3 против 9,7%), а низкий уровень – чаще (27 против 17,7%). Различий по уровням высокой и умеренной физической активности между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Студенты медицинского университета Волгограда чаще страдают гиподинамией, тогда как студенты немедицинских вузов имеют более высокий показатель очень активных участников. Достоверных различий по умеренной и высокой активности между группами не установлено. Результаты подчеркивают необходимость целевых программ по повышению физической активности студентов для улучшения их метаболического здоровья.

## **ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Деревянченко М.В., Макаров Л.А.**

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Волгоград, Россия*

*Beijing Information Technology College, Kuntai*

**Актуальность.** Низкий уровень физической активности (ФА) является одним из ведущих факторов смертности в мире, уступая лишь артериальной гипертензии и курению. Избыточная масса тела и ожирение повышают риск сахарного диабета 2-го типа, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Проблема гиподинамии сохраняет актуальность, в том числе в Волгоградской области.

**Цель.** Оценить влияние индекса массы тела (ИМТ) на уровень физической активности взрослого населения Волгоградской области.

**Материал и методы.** Обследовано 100 взрослых (21–65 лет) в рамках многоцентрового одномоментного обсервационного исследования. Уровень ФА оценивался с помощью International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) и анкеты оценки физической активности. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и распространенности курения. Статистическая обработка проводилась в программе StatTech.

**Результаты.** Частота гиподинамии по IPAQ была выше у лиц с ожирением по сравнению с нормальным весом (35 против 15%). Согласно анкете ФА, «не физически активные» встречались чаще среди лиц с избыточным весом и ожирением (50 и 53,4%) по сравнению с нормальным весом (20%). «Физически активные» участники чаще наблюдались среди лиц с нормальной массой тела (35 против 15 и 11,6%,  $p < 0,05$ ). Различий в группе «раздумывающих» не выявлено. Корреляционный анализ показал слабую обратную связь между возрастом и ФА ( $r = -0,203$ ), а также между ИМТ и уровнем активности ( $r = -0,233$ ).

**Выводы.** *Выявлена достоверная связь между ИМТ и физической активностью: гиподинамия чаще встречается у лиц с избыточной массой тела и ожирением. Данные подчеркивают необходимость профилактических программ, направленных на повышение уровня ФА среди данной категории населения.*

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ССО НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МАММОГРАММ

Долгушин Г.О., Обидин М.П., Плисюк А.Г., Яровая Е.Б., Мершина Е.А., Цурская Д.Д., Филичкина Е.М., Ивлев О.Е., Сеницын В.Е., Орлова Я.А.

*Механико-математический факультет ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В.Ломоносова», г. Москва, Россия*

*МНОИ МГУ, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания лидируют в структуре смертности населения России. Для оценки риска их развития используются прогностические шкалы, основанные на традиционных факторах риска. Однако у женщин такой подход часто приводит к недооценке угрозы: многие неблагоприятные события происходят в группах, относящихся к низкому риску по данным этих шкал. Это диктует необходимость поиска дополнительных маркеров для оценки риска.

**Цель.** Определить риск развития сердечно-сосудистых осложнений у женщин 40–75 лет на основе интегральной оценки данных цифровой маммографии, выполненной в рамках диспансеризации.

**Материал и методы.** В исследование включены 1068 пациенток, проходивших профилактическую маммографию в 2019 г. С помощью машинного обучения на основе плотности МЖ и сосудистых и несосудистых кальцинатах построен алгоритм оценки ССР, разделивший пациенток на 5 групп. В 2025 г. у 1067 пациенток были определены исходы. Комбинированная конечная точка включала несколько ССО: смертность от сердечно-сосудистых причин, инфаркт, инсульт, госпитализации по СН, ОКС, плановой ЧКВ.

**Результаты.** За период наблюдения 5,5 года (медиана – 2085 дней, Q25-1623, Q75-2220) ССО развились у 165 пациенток (15,46%), в группе без ССО – 902 пациентки (84,56%). В сравнении с кластером D0 пациентки в кластерах D2, D3 и D4 демонстрировали более высокий риск ССО в 2,01 ( $p=0,026$ ), 2,57 ( $p=0,003$ ) и в 2,47 ( $p=0,006$ ) раза соответственно.

**Выводы.** Группы риска, сформированные на основе анализа ПМЖ, наличия, характера и распространенности кальцинатов в МЖ с помощью методов машинного обучения, продемонстрировали значимую связь с развитием ССО за 5,5-летний период наблюдения.

## **БАЛЬНЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСКИНЕЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Дударев В.М., Шкляев А.Е., Чупина М.С.**

*ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия*

**Актуальность.** Распространенность функциональной патологии толстого кишечника среди населения России составляет 10–13%. При этом достичь контроля симптомов получается лишь в 35% случаев. Возможным вариантом повышения контроля заболевания качества жизни данных пациентов является питьевая бальнеотерапия.

**Цель.** Определить наличие стимулирующего эффекта на тонус и моторику толстой кишки у минеральной воды «Увинская» и воды источника № 1 санатория «Металлург» (Удмуртская Республика).

**Материал и методы.** В исследование включены 2 группы пациентов (n=27) с жалобами на обстипационный синдром при отсутствии органической патологии толстой кишки. Пациентам 1-й группы была назначена минеральная вода № 1 санатория «Металлург», пациентам 2ой группы – минеральная вода «Увинская» (200 мл 3 раза в день за 30 мин. до еды, курс лечения – 1 мес.). До и после курсовой бальнеотерапии пациентам проводилась периферическая электрогастроэнтерография (ЭГЭГ).

**Результаты.** По данным ЭГЭГ, до лечения тонус толстой кишки (P(i)/PS), у пациентов 1-й группы составил 19,4 [14,7; 29,1], после терапии – 43,4 [32,8; 63,5], p=0,018. Во 2-й группе P(i)/PS до приема минеральной воды – 21,6 [14,9; 28,8], после бальнеотерапии – 51,2 [35,6; 68,3], p=0,027. Коэффициент ритмичности (Kritm), у пациентов 1-й группы составил 11,3 [7,1; 14,7] до начала лечения и 23,2 [16,7; 31,3], p=0,032, после курсовой бальнеотерапии.

Во 2-й группе Kritm – 12,4 [10,5; 15,9] и 26,8 [15,6; 32,7], p=0,029, до и после курсового лечения соответственно. После лечения 86 и 78% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно отметили отсутствие у них обстипационного синдрома.

**Выводы.** *Минеральная вода источника № 1 санатория «Металлург» (г. Ижевск) и минеральная вода «Увинская» (Удмуртская Республика) оказывают стимулирующее действие на толстую кишку, обеспечивая стимуляцию ее тонуса и моторики.*

## ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ «ЗАЩИТНОГО» ХОЛЕСТЕРИНА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Дыдышко В.Т.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** С увеличением бремени курения снижается уровень «защитного» ХС ЛПВП, что может способствовать развитию и прогрессированию атеросклероза.

**Цель.** Осуществить сравнительную оценку уровня «защитного» холестерина липопротеинов высокой плотности у практически здоровых мужчин в зависимости от статуса курения.

**Материал и методы.** Проанализировано 677 медкарт мужчин 30–50 лет без клинически значимой соматической патологии, проходивших скрининговое обследование. Всю когорту в зависимости от уровня «защитного» холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) разделили на 2 группы: № 1 (n=70; ХС ЛПВП  $\leq 0,99$  ммоль/л; средний возраст  $43,8 \pm 0,6$  года) и № 2 (n=607; ХС ЛПВП  $\geq 1,0$  ммоль/л;  $44,8 \pm 0,5$  года). В каждой группе изучили клиничко-anamnestические данные, биохимические.

**Результаты.** Среди обследованных доля лиц со сниженным «защитным» ХС ЛПВП составила 10,3% (средний уровень  $0,7 \pm 0,2$  ммоль/л), что достоверно уступает показателю в группе № 2 с нормальной концентрацией ХС ЛПВП ( $1,4 \pm 0,1$  ммоль/л) ( $P < 0,001$ ). Доля куривших среди мужчин с группе № 1 была выше (44,0%) по сравнению с группой № 2, которые курили меньше (32,1%), а длительность курения ( $18,6 \pm 1,4$  года), количество выкуриваемых в день сигарет ( $16,5 \pm 1,0$  шт.) и индекс курения ( $17,0 \pm 1,5$  пачка/лет) у мужчин группы № 1 были выше по сравнению с группой № 2 ( $17,0 \pm 0,7$  года,  $13,6 \pm 0,6$  шт. и  $14,2 \pm 0,7$  пачка/лет соответственно).

**Выводы.** Таким образом, доля мужчин 30–50 лет со сниженным уровнем «защитного» ХС составила 10,3% ( $0,7 \pm 0,2$  ммоль/л), что достоверно уступает ( $1,4 \pm 0,1$  ммоль/л) лицам с нормальным уровнем «защитного» ХС. Неблагоприятный вклад в снижение уровня «защитного» ХС вносит табачная зависимость. Мужчины со сниженным уровнем ХС ЛПВП относительно мужчин с нормальным уровнем чаще курят и характеризуются более выраженным статусом курения.

## ИЗУЧЕНИЕ ИНДЕКСОВ СТЕАТОЗА И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Жаркова Д.А., Мусина Н.Н., Славкина Я.С., Саприна Т.В.

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия*

**Актуальность.** МАЖБП рассматривается как печеночное осложнение ожирения и сахарного диабета 2-го типа. В настоящее время остается недостаточно изученным взаимосвязь суррогатных маркеров стеатоза и фиброза печени с нарушениями углеводного обмена (НТГ, СД2).

**Цель.** Изучение индексов печеночного стеатоза и фиброза у лиц с избыточной массой тела и ожирением в зависимости от наличия и типа нарушений углеводного обмена (НУО).

**Материал и методы.** В исследовании в эндокринологической клинике СибГМУ участвовали 114 пациентов разделенные на группы: 1-я – без НУО (n=52), 2-я – НТГ (n=34), 3-я – впервые выявленный СД2 (n=28). Оценивали антропометрию, общий анализ крови, биохимию, липидный спектр, ПГТТ, HbA1c, фиброэластометрию, индексы стеатоза (FLI) и фиброза (APRI, BARD, FIB-4, NFS), MPT печени. Статистика SPSS Statistics 23, данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me; Q1 – Q3).

**Результаты.** У пациентов с СД2 индекс FLI значимо выше, чем у лиц без НУО (97,0 [74,0–99,0] и 76,0 [22,0–91,0], p=0,032). FIB-4 также выше у лиц с СД2, чем в группе без НУО (0,73 [0,67–0,91] и 0,50 [0,33–0,71], p=0,004). NFS у лиц с СД2 был значимо выше, чем с НТГ, и выше, чем в группе без НУО (-0,77 [-1,43 – -0,34], -1,71 [-2,13 – -0,88] и -2,94 [-3,40 – -2,19], p=0,038 и p= <0,0001). APRI и BARD значимо не различались в группах. Значения индексов фиброза не превышали популяционных порогов. При ROC-анализе только APRI показал высокую информативность в отношении F2 фиброза без учета НУО: чувствительность – 76,9%, специфичность – 63,8% при диагностическом пороге 0,21 (площадь под кривой=0,687; p=0,008).

**Выводы.** *Индекс APRI представляется достаточно перспективным маркером неинвазивной диагностики фиброза печени у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.*

*Расчетные индексы стеатоза (FLI) и фиброза (FIB-4 и NFS) печени статистически значимо выше у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, имеющих СД2.*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И УРОВНЯ ВИТАМИНА D У МОЛОДЫХ

**Жиляев А.Ф., Чулков В.С.**

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия*

**Актуальность.** Дефицит витамина D был признан серьезной глобальной проблемой. Изучение связи между уровнем витамина D, физической активностью и психоэмоциональным статусом у лиц молодого возраста представляется актуальным.

**Цель.** Оценить связь между уровнем физической активности (ФА), психоэмоциональным статусом и концентрацией витамина D у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** В кросс-секционном исследовании приняли участие 44 человека (34 женщины, 10 мужчин) в возрасте 21–44 лет. Использовались опросники ОДА-23+, IPAQ и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Лабораторно определялись уровни 25(ОН)D, кортизола и липидный профиль. Статистический анализ выполнен в MedCalc v. 23.1.3 с использованием критериев Спирмена и Фишера ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Распространенность гиповитаминоза D в выборке составила 86,4%: дефицит выявлен у 40,9%, недостаточность – у 45,5% участников. Установлена достоверная положительная корреляция между уровнем ФА и концентрацией витамина D ( $r=0,42$ ;  $p=0,005$ ). Сравнительный анализ данных показал, что у респондентов с гиподинамией (57,5% выборки) значимо чаще выявлялись метаболические и психосоматические нарушения. В группе с низкой ФА зафиксированы показатели ИМТ, соответствующие ожирению 1 ст. (30,11 кг/м<sup>2</sup>), и случаи артериальной гипертензии 1 ст. (140/90 мм рт. ст.). Психоэмоциональный статус в этой группе характеризовался клинически выраженной тревогой (до 16 баллов) и субклинической депрессией (до 9 баллов).

**Выводы.** У молодежи подтверждена статистически значимая связь между гиподинамией, дефицитом витамина D и метаболическими рисками. Сочетание низкой физической активности с ожирением, артериальной гипертензией и высоким уровнем тревоги требует от терапевта комплексного подхода к скринингу и модификации образа жизни молодых пациентов.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫСОКИХ ЗНАЧЕНИЙ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

**Жимирикина А.А.**

*ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Женщины среднего возраста все чаще демонстрируют низкие показатели минеральной плотности костей, причем определяющую роль в формировании данного риска играет индекс массы тела (ИМТ). Гипоэстрогения при низком или высоком ИМТ, отсутствие необходимой механической нагрузки на скелет угнетают процессы костеобразования. Вопрос остеопороза у женщин среднего возраста с высокими показателями ИМТ представляет собой значимую медико-социальную проблему.

**Цель.** Оценить взаимосвязь высокого ИМТ и снижения минеральной плотности костной ткани у женщин среднего возраста.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 54 женщины от 41 до 50 лет с нормальным и высоким ИМТ, а также сохранной менструальной функцией. Медиана возраста составила 48 лет, медиана роста – 167 см, медиана веса – 72 кг. Всем женщинам была выполнена двухэнергетическая абсорбционная денситометрия (DXA-сканирование) на аппарате Lunar Prodigy Advance в поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе и шейке бедра.

**Результаты.** Всем участницам исследования выполнена оценка минеральной плотности костной ткани методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с расчетом МПК. На основании полученных данных у женщин с высоким ИМТ достоверно ниже значение МПК в области поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела и шейки бедра ( $p < 0,05$ ). У женщин с высоким ИМТ снижение МПК до остеопении/остеопороза наблюдается чаще, чем в группе с нормальным значением ИМТ ( $p < 0,05$ ). Таким образом, у женщин с высоким ИМТ чаще регистрируется снижение значений МПК до остеопении/остеопороза. Женщины с высоким ИМТ обладают совокупностью факторов, предрасполагающих к развитию остеопороза.

**Выводы.** *Проблема остеопороза у женщин среднего возраста с высоким ИМТ превосходит границы эстетических нормативов и актуальных диетологических тенденций.*

*Своевременное проведение денситометрического исследования и комплексная оценка факторов риска у указанной категории пациенток способны предотвратить последующую инвалидизацию, трансформируя остеопороз из неизбежного возрастного исхода в контролируемое клиническое состояние.*

## КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА: ОТ ГИПОТЕЗЫ К ДИАГНОЗУ

Зайнуллина А.Р., Переведенцева С.А., Пальмова Л.Ю.

КГМУ, г. Казань, Россия

**Введение.** Кожные изменения имеют высокую распространенность и, по данным литературы, достигают до 5–10% среди всех обращений к врачу первичного звена. Поражения кожи могут носить как локальный характер, так и быть проявлением системных заболеваний, что нередко затрудняет диагностику и требует мультидисциплинарного подхода.

**Описание случая.** Пациент, 64 лет, поступил с жалобами на интенсивную боль в нижних конечностях, выраженный отек стоп и голеней, отслодку кожи и наличие серозного отделяемого. Около месяца назад перенес травму (падение со стремянки). В последующем отмечалось нарастание отека, появление кожных высыпаний, изменение окраски кожи (цианотично-багровая), формирование участков отслойки эпидермиса и экссудации. Контакт с химическими веществами пациент отрицает. При осмотре: язвенно-некротические изменения кожи нижних конечностей, выраженный отек, лимфорея, увеличение регионарных лимфатических узлов. Лабораторные исследования свидетельствовали о наличии воспалительного процесса (повышение С-реактивного белка), эпизоде острого почечного повреждения (СКФ = 34 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>), гематурии без протеинурии.

При микробиологическом исследовании выявлен *Staphylococcus aureus* (10<sup>4</sup> КОЕ/мл).

Инструментально.

**Заключение.** *Данный клинический случай демонстрирует сложность интерпретации кожных поражений при отсутствии типичной клинической картины и четких этиологических факторов. Даже при неясном генезе первичного повреждения ведущую роль в клинической картине может играть вторичное инфицирование, что требует своевременного назначения антибактериальной терапии.*

## ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА НА ВКУСОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ

Зеленин В.А., Шевкунова Н.А., Горбунов А.Ю., Колушова И.Е.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Нарушение вкусовой чувствительности у пациентов с частичной адентией негативно влияет на пищевое поведение и качество жизни. При этом соматическая патология, а именно сахарный диабет 2-го типа (СД2), гипертоническая болезнь (ГБ), а также некоторые заболевания ЖКТ (гастрит, панкреатит, гепатит), может выступать модифицирующим фактором этих изменений.

**Цель.** Оценка взаимосвязи количества утраченных зубов с изменениями вкусовой чувствительности и пищевыми предпочтениями у пациентов с СД2, ГБ и патологией ЖКТ.

**Материал и методы.** Проспективное исследование проведено у 152 пациентов (средний возраст – 70,4±9,8 года); с частичной адентией (среднее количество зубов – 19,1±9,0). Вкусовую чувствительность оценивали методом густометрии. Проводился полный клинический анализ крови и биохимическое исследование крови с определением глюкозы, холестерина и его фракций, аминотрансфераз. Инструментальное обследование включало УЗИ ОБП и ЭФГДС.

**Результаты.** Выявлена обратная зависимость между количеством отсутствующих зубов и предпочтением сладкого ( $p < 0,01$ ), соленого ( $p < 0,01$ ) и кислого ( $p = 0,01$ ) вкусов. При стратификации по степени адентии баллы предпочтения сладкого снижались от 7,2±2,8 (0–10 отсутствующих зубов) до 4,1±3,5 ( $\geq 21$  зуб;  $p < 0,05$ ). Сопутствующая патология усиливала изменения: предпочтение сладкого составило 4,8±3,6 при СД2 ( $p < 0,05$ ), 3,9±3,2 при СД2 +ГБ ( $p < 0,05$ ). У пациентов с патологией ЖКТ отмечено специфическое снижение чувствительности: при гастрите – к соленому и кислому, при панкреатите – к жирному и сладкому, при гепатите – металлический привкус и снижение восприятия горького.

**Выводы.** Частичная адентия является независимым предиктором снижения вкусовой чувствительности, особенно к сладкому. Соматическая патология (СД2, ГБ и патология ЖКТ) модифицирует эту зависимость, усиливая сенсорный дефицит.

**Введени.** Нарушение вкусовой чувствительности у пациентов с частичной адентией негативно влияет на пищевое поведение и качество жизни. При этом соматическая патология, а именно СД2, гипертоническая болезнь (ГБ), а также некоторые заболевания ЖКТ (гастрит, панкреатит, гепатит), может выступать модифицирующим фактором этих изменений.

## ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

**Зимницкая О.В., Джиева О.Н.**

*ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России, Россия*

*ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Россия*

**Актуальность.** В настоящее время толщина ЭЖТ используется как критерий повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Поэтому знать толщину ЭЖТ и ее референсные значения очень важно, чтобы внедрять определение толщины ЭЖТ в клиническую практику и использовать этот показатель как новую терапевтическую мишень.

**Цель.** Уточнить, есть ли четкие критерии нормы и патологии толщины эпикардиальной жировой ткани (ЭЖТ).

**Материал и методы.** Проведен анализ 30 оригинальных отечественных и зарубежных статей, в которых определялась толщина ЭЖТ у лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и у здоровых лиц. Глубина поиска: 5 лет (2020–2025). Поиск статей был проведен в базах данных PubMed, Google Scholar, E-Library. Для поиска статей использовались следующие термины: «эпикардиальная жировая ткань», «толщина эпикардиальной жировой ткани», «эпикардиальный жир», epicardial adipose tissue, thickness of epicardial adipose tissue, epicard.

**Результаты.** Наиболее доступным методом определения толщины ЭЖТ служит эхокардиография. Анализ отечественных и зарубежных статей показал, что в одних исследованиях за нормальную толщину ЭЖТ по данным ЭхоКГ принимали значения менее 7 мм, в других – менее 5 мм, а в единичных исследованиях – менее 3,5 мм. Таким образом, нет однозначного ответа, на каком значении проходит граница между нормальной и избыточной толщиной ЭЖТ.

**Выводы.** *Анализ оригинальных отечественных и зарубежных исследований не выявил однозначных референсных значений для толщины ЭЖТ. Поэтому вопрос о нормальной толщине ЭЖТ остается открытым. Требуется проведение многоцентровых наблюдательных исследований толщины ЭЖТ у населения Российской Федерации для определения референсных значений толщины ЭЖТ именно для нашей страны с учетом климатических, экономических факторов и особенностей питания.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

**Зяблицева Е.С., Печерских М.В.**

*ФГБОУ ВО ИжГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия*

**Введение.** Разнообразие этиологических факторов и вариабельность клинических проявлений затрудняют своевременную диагностику и выбор тактики лечения пациентов с острым повреждением почек (ОПП). Летальность при ОПП в ОРИТ достигает 50%, особенно при полиорганной недостаточности. У 50% пациентов перенесенное ОПП переходит в хроническую болезнь почек (ХБП). Проведен анализ историй болезни пациентов с ОПП нефрологического отделения БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР г. Ижевск, проходивших лечение в мае 2025 г. Ж., 68 лет. Жалобы на чувство тяжести в поясничной области. 4 мес. принимает аллопуринол по поводу подагры, после повышения дозировки препарата, 08.05.2025 появилась общая слабость, в биохимическом анализе крови – креатинин 420 мкмоль/л, госпитализирована.

**Описание случая.** По Нечипоренко – лейкоцитурия, по пробе Зимницкого – полиурия, никтурия, динамика креатинина крови – 420–96 мкмоль/л. УЗИ почек: уплотнение и деформацию ЧЛС с обеих сторон. Диагноз: ОИН с ОПП (уровень креатинина 420–96 мкмоль/л) лекарственной этиологии. М., 62 лет, 24.04.2025. Жалобы на тянущие боли в поясничной области, общую слабость. Проживает в частном доме. Динамика креатинина: 261–294–130 мкмоль/л. По Нечипоренко – лейкоцитурия, по пробе Зимницкого – никтурия, гипостенурия. IgG к ГЛПС – положительный. По УЗИ – уплотнение, деформация ЧЛС почек, объемное образование правой почки. Диагноз: ГЛПС, среднетяжелая форма с нарушением азотовыделительной функции почек (с уровнем креатинина 294 мкмоль/л). М., 26 лет, 30.04.2025 поступил с жалобами на периодические боли в поясничной области. Принимал НПВП по поводу ОРВИ, работает на производстве мебели, где есть мыши.

**Заключение.** *Консультирован инфекционистом: данных за ГЛПС нет. Динамика креатинина крови – 177–89 мкмоль/л. По пробе Зимницкого – никтурия. УЗИ почек без эхопатологии. Диагноз: ОИН НПВП индуцированный с нарушением азотовыделительной функции почек (с уровнем креатинина сыворотки 177–93 мкмоль/л), период восстановления. Заключение. ОПП – тяжелое состояние с гетерогенной этиологией, с высоким риском осложнений и потенциальным переходом в ХБП. Ключевым в тактике ведения является настороженность в отношении лекарственной нефротоксичности, тщательный сбор эпидемиологического анамнеза; строгое соблюдение критериев KDIGO для ранней диагностики; устранение повреждающего фактора; длительный мониторинг функции почек.*

## **О ЧЕМ СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ ВРАЧУ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ**

**Иванова С.А., Квиткова Л.В.**

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия*

**Введение.** Феохромоцитома (ФХЦ) – редкое заболевание (9,5 случая на 1 млн) с запоздалой диагностикой в половине случаев: при развитии острых сосудистых катастроф. Причина – недостаточная осведомленность врачей с диагностическим алгоритмом ФХЦ, послеоперационным рецидивом ФХЦ, сочетании ФХЦ с опухолями других эндокринных желез. Представленный клинический случай продемонстрировал особенности течения, диагностики и лечения ФХЦ. Описание клинического случая. Больная И., 45 лет, жалуется на приступы головных болей, головокружения, сердцебиений, потливости, артериальной гипертензии до 190/100 мм рт. ст. Приступы 1–2 раза в неделю после физической нагрузки, стресса, длятся до 20 мин., проходят самостоятельно. Альфа-адреноблокаторы – без значимого эффекта.

**Описание случая.** 6 лет назад: ФХЦ правого надпочечника, выполнена правосторонняя адреналэктомия. Спустя 5,5 года приступы возобновились. У отца в 56 лет левосторонняя адреналэктомия по поводу ФХЦ, у матери – СД 2-го типа.

При клиническом и параклиническом обследовании пациентки выявлены изменения: АД до 190/100 мм рт. ст., повышение свободного метанефрина и норметанефрина, наличие округлого образования гомогенной структуры с четкими контурами, размером 5 × 5,5 см в левом надпочечнике (по УЗИ). Выполнена левосторонняя адреналэктомия по поводу ФХЦ с последующей терапией хронической послеоперационной надпочечниковой недостаточности гидрокортизоном. Через 3 года: бессимптомный нефролитиаз (по УЗИ почек), повышение ионизированного кальция и паратгормона (ПТГ), округлое образование гипоэхогенной структуры в верхней правой околощитовидной железе (ОЩЖ) (по УЗИ). Выполнена паратиреоидэктомия по поводу аденомы ОЩЖ.

**Заключение:** у пациентки с отягощенным по ФХЦ семейным анамнезом отмечалось рецидивирующее течение ФХЦ, закончившееся повторной адреналэктомией. В последующем присоединение аденомы ОЩЖ, осложнившейся нефролитиазом и потребовавшей паратиреоидэктомии. Сочетание ФХЦ с аденомой ОЩЖ указывает на наличие МЭН-2.

### **Выводы**

- 1. При выявлении ФХЦ показано генетическое обследование родственников.*
- 2. После адреналэктомии по поводу ФХЦ необходимо ежегодно обследовать пациента для исключения рецидива ФХЦ и МЭН-2.*
- 3. При наличии АГ следует обследовать пациентов на наличие ФХЦ.*

## ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫМИ ПЕПТИДАМИ

Исакова Д.А., Веденская С.С., Смоленская О.Г., Кныш О.Е.  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Эндотелиальная дисфункция занимает основное место в патогенезе атеросклероза. Наличие атеросклеротической бляшки как ключевого морфологического субстрата сердечно-сосудистых заболеваний обуславливает нарушения коагуляционного звена гемостаза у пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Цель.** Оценить динамику параметров коагуляционного звена гемостаза и у пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне лечения полипептидами сосудов крупного рогатого скота.

**Материал и методы.** В исследование были включены 55 пациентов с верифицированной ИБС II–III ФК по данным коронароангиографии в возрасте 50–75 лет. Состояние системы коагуляционного гемостаза оценивалось с помощью глобального теста тромбодинамики (ООО «ГемаКор», Россия). Все пациенты принимали препарат на основе регуляторных пептидов по схеме – 5 мг 1 раз/сут 2 раза в неделю 5 нед., два курса с интервалом в 3 мес.

**Результаты.** После лечения зафиксировано снижение большинства параметров, характеризующих кинетику и структуру фибринового сгустка. Показатели V, Vi и Vst уменьшились на 17,7, 12,8 и 17,7% соответственно (28,3 мкм/мин. (25,9; 30,0) – 23,3 мкм/мин. (22,2; 24,6)) для V и Vst; 54,8 мкм/мин. (51,5; 58,4) – 47,7 мкм/мин. (45,1; 50,8) для Vi;  $p < 0,001$ . Показатель CS сократился на 12,7% (1165,0 мкм (1086,0; 1260,0) до 1017,0 мкм (996,0; 1060,0));  $p < 0,001$ . Плотность сгустка снизилась на 7,8% (22910,0 у.е. (21291,0; 24892,0) – 21116,0 у.е. (20028,0; 22148,0)),  $p < 0,001$ . Показатель Tlag показал положительную динамику: от 0,9 (0,8; 1,0) до 0,9 (0,9; 1,0)  $p=0,039$ .

**Выводы.** На фоне проведенного лечения препаратом на основе регуляторных пептидов у пациентов отмечено улучшение ключевых параметров коагуляционного гемостаза, что указывает на ослабление гиперкоагуляции и может рассматриваться как функциональный признак восстановления эндотелиальной функции.

## РОЛЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ПОЛИПРАГМАЗИИ В РАЗВИТИИ САРКОПЕНИИ

Испавская К.С.

ФГБОУ ВО УГМУ, г. Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Известны лекарственные средства (ЛС), влияющие на мышечную ткань. Вопрос о влиянии ЛС на развитие саркопении остается открытым.

**Цель.** Оценить медикаментозную нагрузку у женщин пожилого и старческого возраста, влияние отдельных групп ЛС на мышечную силу и скелетно-мышечную массу (СММ).

**Материал и методы.** Одномоментное исследование 103 женщин от 61 до 83 лет. Критерии включения: женщины старше 60 лет, способные к самообслуживанию. Критерии не включения: декомпенсация хронических заболеваний, выраженные когнитивные нарушения. Проведены антропометрические измерения, кистевая динамометрия, тест «Вставание со стула», биоимпедансный анализ с определением СММ. По снижению мышечной силы (критерий EWGSOP2) разделены на 2 группы: 1-я (n=61) – без саркопении.

**Результаты.** Группы сопоставимы по возрасту, антропометрическим показателям и индексу полиморбидности Чарлсона,  $p > 0,050$ . Группы не различались по группам ЛС,  $p < 0,050$ . Общее количество ЛС 4,0 (2,0–5,0) против 4 (3,0–6,0),  $p = 0,168$ , частота полипрагмазии ( $\geq 5$  ЛС) 22 из 61 против 20 из 42,  $p = 0,240$ . Прием петлевых диуретиков (Me 28,2 (26,5–30,1) против 32,6 (30,6–35,8),  $p = 0,001$ , бигуанидов (Me 28,0 (26,5–29,5) против 30,1 (28,9–32,2)),  $p = 0,002$ , ассоциирован с большей СММ. Принимающие бифосфонаты имели меньшую СММ (Me 28,6 (26,8–30,5) против 25,6 (23,5–27,6)),  $p = 0,029$ . СММ не различалась при наличии/отсутствии полипрагмазии (Me 28,0 (26,4–29,7)/29,4 (26,9–31,1)),  $p = 0,078$ .

**Выводы.** Достоверного влияния полипрагмазии на мышечную силу и массу не выявлено. Прием петлевых диуретиков и бигуанидов ассоциирован с большей СММ, что может указывать на протективный эффект. Прием бифосфонатов, напротив, ассоциирован с меньшей массой. Обнаруженная связь, вероятно, отражает коморбидность остеопороза и саркопении, что требует проведения дальнейших исследований. Влияние других ЛС на СММ и мышечную силу не выявлено.

## ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ: ПРОЯВЛЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОТЕЗИРОВАННЫХ КЛАПАНОВ

Калимуллина М.Ф., Калимуллина Р.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

**Введение.** Ввиду высокого риска развития нарушений ритма и инфекционных осложнений у лиц с протезированными клапанами сердца верификация причин тахиаритмий в данной когорте пациентов представляет сложную дифференциально-диагностическую проблему.

**Описание случая.** Пациент К., 51 год, поступил 05.10.2025 с жалобами на сердцебиение в покое, головную боль, субфебрилитет. 2008 г. – протезирование митрального и аортального (на фоне врожденного двустворчатого) клапанов из-за деструкции после инфекционного эндокардита, пластика трикуспидального клапана (недостаточность 2–3 степени). После операции – первый эпизод трепетания предсердий (ТП), купированный ЧПЭКС. 2013, 2017 и 2023 гг. – три ишемических инсульта. Объективно: ЧСС 160, пульс 96 в минуту, АД 132/110 мм рт. ст. На ЭКГ – ТП с проведением 2:1, частота сокращения предсердий 300–320 в минуту, частота сокращения желудочков 150–160 в минуту. Эхо-КГ: фракция выброса – 45%, вегетации и регургитация 2 степени на протезах аортального и митрального клапанов, 1–2 степени на трикуспидальном клапане, дилатация предсердий. Лабораторно: лейкоцитоз –  $16,51 \times 10^9/\text{л}$  (нейтрофилы 81%), СРБ 222,8 мг/л, фибриноген 5,61 г/л.

**Заключение.** По критериям Дюка случай соответствует вероятному инфекционному эндокардиту: вегетации на протезированных клапанах (большой критерий) на фоне предрасполагающего состояния – наличия искусственных клапанов (малый критерий).

Для подтверждения потребовался посев крови, однако уже на текущем этапе была начата эмпирическая антибактериальная (цефтриаксон) и антиаритмическая (амиодарон) терапия. Достигнуто клиническое улучшение с восстановлением синусового ритма. Персистирующее ТП с лабораторными признаками воспаления у пациентов с протезированными клапанами может служить клинической маской инфекционного эндокардита и требует немедленной Эхо-КГ и гемокультуры. Критерии Дюка позволяют обосновать антибактериальную терапию даже без положительной гемокультуры, предотвращая фатальные осложнения.

## ОТ ОРВИ ДО ЭКМО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОГО МИОПЕРИКАРДИТА У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ

Камардина А.И., Синицын В.М., Смирнова В.В., Раужева В.П.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет), г. Москва, Россия

**Введение.** Миоперикардит у молодых пациентов может дебютировать после перенесенной вирусной инфекции неспецифическими симптомами, что затрудняет своевременную диагностику и отсрочивает начало специализированной помощи. Особую клиническую значимость представляют фульминантные формы заболевания, способные в короткие сроки приводить к выраженному снижению сократительной функции миокарда, что продемонстрировано в нижеприведенном клиническом случае.

**Описание случая.** Пациентка, 27 лет, госпитализирована с жалобами на общую слабость, потерю сознания до 3 раз, многократную рвоту. За 6 дней до поступления отмечала повышение температуры до 39,0 °С, принимала азитромицин. Лабораторно: лейкоцитоз до  $13,65 \times 10^9/\text{л}$ , СРБ – 8,70 мг/л, NT-proBNP – 8141 пг/мл, тропонин I 0,256 → 0,357 нг/мл. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ – 50%, диффузный гипокинез миокарда ЛЖ, коллабирование свободной стенки ПП, ПЖ, наложения фибрина на висцеральном листке перикарда в области ПЖ. На следующие сутки АД 86/60 мм рт. ст., эхоКГ: снижение ФВ ЛЖ до 30%, TAPSE – 12 мм. МРТ сердца: в режиме T2 – признаки отека миокарда, раннее и отсроченное контрастирование по неишемическому типу. Перевод в специализированный стационар, где на фоне установки В-А ЭКМО, комплексной терапии за 4 сут. – восстановление ФВ ЛЖ до 56%. Больная выписана из стационара с последующим полным клиническим выздоровлением.

**Заключение.** *Описанный случай иллюстрирует сложность диагностики фульминантного миоперикардита, дебютировавшего под маской поствирусного неспецифического состояния. Сочетание недавно перенесенной инфекции с артериальной гипотензией и нарастающим ухудшением состояния у молодой пациентки уже на момент поступления требовало исключения острого поражения миокарда. Ключевыми диагностическими маркерами стали повышение кардиоспецифических ферментов и выраженное снижение сократительной функции миокарда. Ранняя оценка тропонина, NT-proBNP и эхокардиографии позволяет своевременно верифицировать тяжелое поражение миокарда и определить показания к быстрой эскалации терапии, включая механическую поддержку кровообращения.*

## ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ ПОСЛЕ РОДОВ

**Кислая С.Н., Ракитина К.А.**

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия*

**Введение.** Болезнь Стилла взрослых (БСВ) – редкое, мультисистемное аутоиммунное воспалительное заболевание неизвестной этиологии. Частота встречаемости БСВ составляет 0,16–0,4 на 100 тыс. человек, распространенность 1–34 случая на 1 млн населения. Пик заболеваемости приходится на возраст 15–46 лет. Заболевание характеризуется широким спектром клинических проявлений: лихорадкой с ежедневными пиками до 39–40 °С, артралгиями и артритами, переходящей розеолезной сыпью розового или лососевого цвета на высоте лихорадки, нейтрофильным лейкоцитозом, а также болью в горле, миалгией, лимфаденопатией, гепато- и спленомегалией, серозитами, болью в животе. На сегодняшний день БСВ остается одним из труднодиагностируемых заболеваний.

**Описание случая.** Пациентка С., 32 года. 11.06.2025 – первые своевременные роды. С 13.07.2025 появились слабость, лихорадка 37,5–39 °С, ночная потливость, боль в горле, в суставах правой кисти, тазобедренных и коленных суставах, в мышцах, генерализованная розеолезная сыпь розового цвета, снижение веса на 3 кг. 21.07.2025 госпитализирована в ГКБ им. С.С. Юдина. Анамнез неотягощен.

При поступлении: нейтрофилез – до  $17,53 \times 10^9/\text{л}$ , СРБ – 304 мг/л, ферритин – 1005 нг/мл, ИЛ-6 – 46,94 КП, маркеры СЗСТ и РФ отрицательные. По данным МРТ, КТ ОГК, КТ ОБП без особенностей, на УЗИ лимфаденопатия левой паховой области. Исключены эндометрит, инфекционные заболевания. Ревматологом по критериям Yamaguchi диагностирована БСВ. Терапия преднизолоном 25 мг/сут без эффекта. Пульс-терапия метилпреднизолоном (500–250–250 мг) с положительным эффектом, иницирован метотрексат 15 мг/нед. На фоне терапии положительная динамика.

**Заключение.** *Представленный клинический случай демонстрирует редкое заболевание (БСВ) у молодой женщины, триггером которого вероятно послужили роды. Болезнь протекала с быстрым развитием типичной клинической симптоматики, что позволило быстро заподозрить заболевание, провести дифференциальный диагноз с возможными осложнениями послеродового периода, инфекционными и аутоиммунными заболеваниями, подтвердить диагноз и иницировать патогенетическую терапию с положительным эффектом. Своевременная диагностика и правильный выбор терапии позволяют добиться благоприятного течения болезни, однако постановка диагноза часто сопряжена с трудностями, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований в этой области.*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Кислая С.Н., Стуклов Н.И., Кислый Н.Д.**

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Анемией страдает 24% населения планеты и 15% населения РФ. Распространенность анемии зависит от возраста и пола, чаще встречаясь у женщин детородного, пожилого и старческого возраста, а у мужчин после 60 лет. Среди лиц пожилого и старческого возраста анемия выявляется в среднем у 17%. Анемия является независимым фактором риска развития терапевтических заболеваний.

**Цель.** Изучить распространенность анемии у больных терапевтического профиля в зависимости от пола и возраста.

**Материал и методы.** Обследовано 479 больных (277 женщин, 202 мужчины, средний возраст  $66 \pm 17,5$  года), поступивших в терапевтическое отделение ГКБ г. Москвы за два месяца.

Анемия диагностировалась в первые сутки нахождения в стационаре как легкая при уровне гемоглобина (Hb) 90–119/129 г/л (для женщин и мужчин соответственно), средняя – 70–89 г/л, тяжелая –  $<70$  г/л. Возрастные группы были определены согласно классификации ВОЗ как 18–44, 45–59, 60–74, 75–89,  $>90$  лет.

**Результаты.** Анемия выявлена у 307 (64%) больных, средний возраст  $68,0 \pm 17,1$  года, средний уровень Hb  $78,8 \pm 26,4$  г/л. Среди больных с анемией преобладали женщины (59,9%), они были старше мужчин на 5 лет ( $p < 0,05$ ), уровень Hb у них был ниже, чем у мужчин ( $75,0 \pm 24,9$  и  $84,4 \pm 27,6$  г/л). Анемия тяжелой, средней и легкой степени выявлена у 47,5, 16,9, 35,5% пациентов соответственно, в каждой из этих групп преобладали женщины (54,1, 59,6 и 64,4% соответственно). Во всех возрастных группах анемия была более чем у 50% больных, чаще в группах 75–89 лет (73%) и старше 90 лет (95%), чаще у женщин. Во всех возрастных группах чаще выявлялась анемия тяжелой степени (48, 54, 52, 42, 50% соответственно).

**Выводы.** Среди пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение, анемия встречается в 67% случаев, чаще у женщин. У половины больных, независимо от возраста, выявляется анемия тяжелой степени.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кислая С.Н., Стуклов Н.И., Кислый Н.Д.

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Анемии является частым спутником кардиологической патологии. Ее распространенность зависит от формы и тяжести сердечно-сосудистого заболевания, составляя от 9 до 90%. При артериальной гипертензии анемия встречается у 16–59% больных, отрицательно влияя на течение заболевания и прогноз.

**Цель.** Изучить распространенность анемии у больных с артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Обследован 381 больной с артериальной гипертензией (АГ) (227 женщин, 154 мужчины, средний возраст  $71,1 \pm 13,7$  года), госпитализированных в терапевтическое отделение ГКБ г. Москвы. Анемия определялась как легкая при уровне гемоглобина (Hb) 90–119/129 г/л (у женщин/у мужчин), средняя при Hb 70–89 г/л, тяжелая при Hb <70 г/л в первые сутки госпитализации. Стадии АГ определялись на основании клинических рекомендаций Минздрава России 2024 г.

**Результаты.** Анемия выявлена у 244 (64%) больных: у 65% женщин и 63% мужчин. Анемия легкой степени была у 41%, средней у 16% и тяжелой у 43% больных. Из 3 больных с АГ 1 стадии анемия выявлена у 1 больного (мужчина 63 лет с анемией тяжелой степени). У больных с АГ 2 стадии анемия выявлена у 37 (60%) больных, средний возраст  $65,4 \pm 14,0$  года: у 66% женщин и 53% мужчин. Анемия легкой, средней и тяжелой степени выявлена у 11 (30%), 6 (16%) и 20 (54%) больных соответственно. Из 316 (83%) больных с АГ 3 стадии, анемия выявлена у 206 (65%) больных, средний возраст  $74,4 \pm 12,8$  года, у 65% женщин и 66% мужчин. Анемия легкой, средней и тяжелой степени выявлена у 89 (43%), 32 (16%) и 85 (41%) больных соответственно.

**Выводы.** Среди госпитализированных больных с артериальной гипертензией анемия встречается в 64% случаев. Распространенность анемии увеличивается с повышением стадии АГ и составляет 33, 60 и 65% соответственно.

## ОСОБЕННОСТИ СПИРОМЕТРИИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ COVID-19

**Клещева А.В., Томилин В.Ю., Фаденберг Н.Э.**

*ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Кемерово, Россия*

*Государственное автономное учреждение здравоохранения «Кемеровский клинический диагностический центр имени И.А. Колпинского». Поликлиника № 3, г. Кемерово, Россия*

**Актуальность.** В условиях продолжающейся циркуляции SARS-CoV-2 и роста числа пациентов особую значимость приобретает изучение последствий COVID-19 для дыхательной системы у различных групп населения.

**Цель.** Проанализировать результаты спирометрии у лиц, перенесших COVID-19 и прошедших обследование на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. Выявить изменения со стороны дыхательной системы у лиц различных групп здоровья.

**Материал и методы.** Проведено исследование 560 пациентам различных групп здоровья, перенесших новую коронавирусную инфекцию, поликлиники № 3 Государственного автономного учреждения здравоохранения «Кемеровский клинический диагностический центр имени И.А. Колпинского» с 01.01.2020 по 01.01.2021 (240 мужчин, 320 женщины) в возрасте от 18 до 65 лет. Проведен анализ интерпретированных данных.

**Результаты.** I группа здоровья – лица, не имеющие хронических заболеваний и факторов риска (n = 128), у 65% (n = 83) выявлено легкое снижение ЖЕЛ, после перенесенной инфекции COVID-19. II группу здоровья (n = 282) составили пациенты без хронических неинфекционных заболеваний, но имеющие факторы риска их развития. У 38,6% (n=109) имелись признаки бронхообструкции и умеренное снижение ЖЕЛ. У 3% лиц (n=9) регистрировалось значительное снижение ЖЕЛ с бронхообструкцией. III группа здоровья – лица, имеющие хронические неинфекционные заболевания, подлежащие диспансерному учету (n=150). Значительное нарушение проходимости дыхательных путей со значительным снижением ЖЕЛ выявлено у 45% (n=67).

**Выводы.** Новая коронавирусная инфекция часто приводит к снижению функции легких и развитию бронхообструктивных нарушений, даже у лиц без хронических заболеваний. Пациенты с факторами риска и хроническими заболеваниями подвержены более тяжелым респираторным последствиям.

## СУСТАВНОЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

**Клещева А.В., Федотов М.О., Фаденберг Н.Э.**

*ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России,  
г. Кемерово, Россия*

*ГАУЗ «Кемеровский клинический диагностический центр имени И.А. Колпинского».*

*Поликлиника № 3, г. Кемерово, Россия*

**Введение.** В России, особенно в Обь-Иртышском бассейне, описторхоз остается одной из наиболее распространенных паразитарных инвазий. Несмотря на профилактические меры, число случаев не снижается, а диагностика часто затруднена из-за многообразия клинических проявлений.

**Описание случая.** Пациентка В., 45 лет, в мае 2024 г. появились боли в коленных, тазобедренных суставах и позвоночнике, сопровождавшиеся отеком, нарушением походки и субфебрилитетом. Дообследована у терапевта. В ноябре 2024 г. проведена артроскопия левого коленного сустава и выставлен диагноз неуточненного полиартрита. В течение года дообследована врачом-ревматологом, РФ, АЦЦП, антиген HLA-B27 отрицательны. МРТ коленных, тазобедренных суставов – признаки синовита. В июле 2025 г. присоединился кожный синдром, на фоне дерматита консультирована врачом-инфекционистом, при дуоденальном зондировании обнаружены яйца *Opisthorchis felinus*. Проведена противопаразитарная терапия (Празиквантел 3720 мг в течение 12 ч, тюбаж с магния сульфатом 25% – 50 мл), также проводилась спазмолитическая, желчегонная терапия. После курса лечения отмечено улучшение состояния в виде снижения интенсивности суставного синдрома.

**Заключение.** Данный случай подчеркивает важность междисциплинарного подхода – сочетанную работу ревматолога, терапевта, ортопеда и инфекциониста. Необходимость высокой настороженности врачей в отношении паразитарных причин суставного синдрома, особенно в эндемичных регионах. Своевременная диагностика и лечение описторхоза позволяют предотвратить развитие тяжелых осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата и улучшить качество жизни пациентов.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Козик В.А., Савченко М.А., Шпагина Л.А.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

**Актуальность.** Острый коронарный синдром (ОКС) является лидирующей причиной по уровню заболеваемости и смертности в РФ. В мире существуют прогностические шкалы оценки риска развития неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома, но они оценивают только исход ОКС, изученный в доковидную эпоху. Известно, что пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ) неблагоприятно повлияла на течение и исход сердечно-сосудистых заболеваний, усугубив их течение и исход.

**Цель.** Оценить неблагоприятный исход острого коронарного синдрома у пациентов в постковидный период с помощью построения многофакторной регрессионной модели.

**Материал и методы.** В исследование вошли 118 пациентов с ОКС и перенесенной новой коронавирусной инфекцией. Всем пациентам проводился сбор анамнеза, клинический осмотр, забор лабораторных анализов, коронароангиография, эхокардиография, электрокардиография, диагностика молекулярно-генетических маркеров. В исследовании определено влияние каждого из факторов с помощью применения логистического регрессионного анализа с дальнейшим построением математической модели.

**Результаты.** Получена многофакторная регрессионная модель, включающая суммарное количество кардиоваскулярных осложнений и летальных исходов, а также наличие хронической сердечной недостаточности, пациентов с ОКС и перенесенной НКИ, наличие растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1, зоны гипокинеза по эхокардиографии, носительство генотипа ТТ/АА генетического маркера rs2285666 гена ACE2. При получении итогового результата для наглядности полученное число умножается на 100%. Критерий согласия Хосмера – Лемешова для данной прогностической модели составил  $X^2 = 38,416$ ,  $p = 0,0000$ , что характеризует очень высокую значимость. Площадь под ROC-кривой составила 0,8, что говорит о хорошем качестве модели.

**Выводы.** Получена и апробирована многофакторная регрессионная модель, прогнозирующая развитие неблагоприятного исхода ОКС в постковидный период. Модель призвана индивидуализировать реабилитацию, вторичную профилактику каждого пациента, она достаточно проста и доступна в использовании.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Козик В.А., Савченко М.А., Шпагина Л.А.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

**Актуальность.** Болезни системы кровообращения, и инфаркт миокарда (ИМ) в частности, являются ведущей причиной заболеваемости и смертности у лиц российской популяции. Среди основных механизмов патогенеза развития сердечно-сосудистых осложнений при COVID-19 рассматриваются поражение эндотелия мелких сосудов и образование микротромбов. Предполагается, что эти механизмы могут иметь значение и в развитии инфаркта миокарда в постковидный период.

**Цель.** Определить особенности психоэмоционального статуса у пациентов с инфарктом миокарда, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

**Материал и методы.** В исследование было включено 118 пациентов с ИМ, поступивших в 2022–2023 гг. У всех пациентов была проведена оценка психологического состояния здоровья. Субъективная выраженность симптомов инсомнии определялась при помощи индекса выраженности бессонницы (ISI). Оценка тревоги и депрессии проводилась дополнительно с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Астения была оценена согласно субъективной шкале оценки астении (MFI–20).

**Результаты.** При оценке психоэмоционального статуса с помощью стандартизированных шкал и опросников (HADS, ISI, MSI-20) у пациентов в основной группе статистически значимо чаще встречались: депрессия (ОШ=3,646, [95% ДИ: 2,308–5,760]), тревожность (ОШ=3,456, [95% ДИ: 2,444–4,888]), нарушение сна (ОШ=4,102, [95% ДИ: 2,068–8,137]) и астения (ОШ=7,520, [95% ДИ: 4,350–12,998]),  $p < 0,001$ , что говорит о более тяжелом психоэмоциональном статусе у пациентов с ИМ в постковидный период. Все представленные симптомы были впервые зарегистрированы после перенесенной новой коронавирусной инфекции. Наиболее выраженные нарушения были в категории тревожности и астении, где астения являлась наиболее значимым предиктором.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные и выявленные клинические особенности позволяют говорить о формировании нового фенотипа инфаркта миокарда у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, который требует специфического подхода к диагностике и лечению, а также требует более тщательного наблюдения и интенсивной терапии в госпитальном периоде, психологической помощи и поддержки.

## САМООЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ЦИКЛА «СОН–БОДРСТВОВАНИЕ» ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ОСТЕОАРТРИТА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Колягин А.А., Васильева Л.В., Пышнограева Л.В., Суслова Е.Ю., Гостева Е.В.

БУЗ ВО ВГКБ № 20, Россия

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

**Актуальность.** Коморбидные состояния, такие как остеоартрит, хроническая болезнь почек (ХБП) и обструктивное апноэ сна (ОАС), представляют собой клинически значимую проблему. Они объединены общими патогенетическими процессами, факторами риска, а также имеют высокую частоту встречаемости.

**Цель.** Оценить нарушения сна у пациентов с остеоартритом нижних конечностей (ОАнк) при коморбидности с ХБП и их связь с тревожно-депрессивными расстройствами и болевым синдромом.

**Материал и методы.** Обследованы 67 пациентов среднего возраста с ОАнк. Сформированы 1-я группа с ХБП 3А (n=32) и 2-я без ХБП (n=35). Проведены б/х и ОАК. Нарушения сна оценивались по однокомпонентной шкале оценки качества сна (SQS), шкале сонливости Эпворта (ESS), шкале оценки тяжести астении (FSS) и Берлинского опросника риска ОАС; тревожность и депрессию по госпитальной шкале HADS. Общее состояние здоровья и боль оценивались по ВАШ. Статистический анализ проведен в StatTech v.4.9.5, различия значимы при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе с ХБП выявлены более низкие показатели общего состояния здоровья по ВАШ (53,5 [42,0; 68,0] vs 82,0 [73,0; 85,0];  $p=0,009$ ), худшее качество сна по SQS (4,0 [2,5; 5,5] vs 6,0 [3,5; 7,0];  $p=0,006$ ) и более высокий уровень тревожности по HADS (1,0 [1,0; 3,0] vs 3,5 [2,0; 6,0];  $p=0,036$ ). Установлена отрицательная связь SQS с ВАШ ( $b=-1,6$ ;  $p=0,018$ ) с поправкой на возраст, пол и наличие ХБП. Качество сна коррелировало с уровнем креатинина, выраженность астении (FSS) – с NLR, креатинином и калием.

**Выводы.** Коморбидность ОАнк и ХБП ассоциируется с ухудшением качества сна, снижением самооценки здоровья и повышением тревожности. Связь нарушений сна и астении с креатинином, калием и индексом нейтрофилов/лимфоцитов указывает на роль почечной дисфункции и системного воспаления в формировании этих нарушений.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С УЧЕТОМ ФЕНОТИПА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Крец А.В., Семикина Е.В.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,  
г. Волгоград, Россия

**Введение.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является глобальной проблемой. Распространенность в России достигает 37,3%. Фибрилляция предсердий (ФП) – самая частая аритмия, ей страдают 33,5 млн человек в мире. При НАЖБП риск ФП выше из-за ремоделирования сердца (дилатация предсердий, дисфункция желудочков), системного воспаления и инсулинорезистентности, что ведет к эпикардимальному ожирению и аритмиям. НАЖБП – независимый фактор риска сердечно-сосудистых событий, повышая их вероятность >60%.

**Цель.** Изучить частоту встречаемости форм ФП в зависимости от фенотипа НАЖБП.

**Описание случая.** Материалы и методы. В исследовании участвовали 45 пациентов (25 мужчин и 20 женщин, возраст 50–75 лет) с ФП и НАЖБП на базе ГАУЗ КП № 3 г. Волгограда. В зависимости от фенотипа НАЖБП (стеатоз, стеатогепатит) больные ФП разделены на две группы: пароксизмальная ФП у 15 человек, персистирующая и постоянная – у 30 (объединены из-за длительного анамнеза). Проведены осмотр, антропометрия, анализы крови с печеночными пробами, УЗИ печени, ЭХОКГ, ЭКГ. Рассчитаны индексы фиброза FIB-4 и стеатоза HSI.

**Результаты.** 93% пациентов имели избыточную массу тела или ожирение I–II степени. У большинства гипертония и нарушения углеводного обмена, у некоторых инфаркт или инсульт в анамнезе. У всех гиперлипидемия. 1-я группа (стеатоз): пароксизмальная ФП – 13 человек, персистирующая/постоянная ФП – 29.

**Заключение.** При пароксизмальной ФП: FIB-4 >3,25 (фиброз) – 0%, <3,25 (отсутствие) – 100%; HSI ≥36 (стеатоз) – 92%, HSI <36 (отсутствие) – 8%. При персистирующей/постоянной ФП: FIB-4 >3,25 – 3%, <3,25 – 97%; HSI ≥36 – 69%, HSI <36 – 31%. 2-я группа (стеатогепатит): пароксизмальная ФП – 2 пациента (HSI ≥36 и FIB-4 >3,25 у обоих).

Персистирующая/постоянная ФП – 2 пациента: у одного HSI ≥36, у другого FIB-4 >3,25.

**Выводы.** При стеатозе преобладают персистирующая и постоянная формы, пароксизмальная встречается реже. При стеатогепатите равное распределение (по 50%). При FIB-4 >3,25 значимо чаще наблюдаются длительно персистирующая и постоянная ФП. Ограничение. Малая выборка пациентов со стеатогепатитом. НАЖБП – значимый предиктор повышенного сердечно-сосудистого риска, включая аритмии.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ИНЕРЦИЯ – ПРЯМАЯ ДОРОГА МИМО ОЧЕВИДНОГО ДИАГНОЗА

**Крижановский К.А.**

*ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Введение.** Язвенная болезнь – распространенное заболевание желудочно-кишечного тракта, осложняющееся желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК), пенетрацией, перфорацией, пилоростенозом и трансформацией в злокачественное новообразование (ЗНО). Обязательным методом диагностики является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Несмотря на тенденцию к снижению общего числа госпитализаций, в последние годы растет количество госпитализаций, связанных с осложнениями.

**Описание случая.** Пациент, 40 лет, в июне 2025 г. обратился в Больницу Центросоюза РФ с жалобами на тяжесть в животе, отрыжку тухлым, похудение на 30 кг за 3–4 мес. Анамнез: 2010 г. – эпизоды болей в эпигастрии, прошел терапию с положительным эффектом. Рецидив болей с 2021 г., принимал антациды. По данным ЭГДС от 2023 г.: две язвы с деформацией и значительным сужением просвета ДПК. В октябре 2024 г. экстренно госпитализирован, диагноз «острое повреждение почек на фоне тонического приступа». В феврале–мае 2025 г. наблюдался у гастроэнтеролога со сменами схем терапии без эффекта. Осмотр: признаки декомпенсированного пилоростеноза. В крови IgG к *H.pylori*. ЭГДС – изменения, подозрительные на ЗНО. Вскоре состояние ухудшилось: развилось ЖКК. Проведена интенсивная терапия, после перевода в другое лечебное учреждение состоялся рецидив ЖКК с клиникой острого живота. Интраоперационно – перфорация, выполнена резекция желудка.

**Заключение.** По результатам гистологического исследования биоптата и операционного материала у пациента отсутствовали признаки злокачественного новообразования. *Заключительный клинический диагноз: «язвенная болезнь, H.pylori-ассоциированная, множественные (2) язвы луковицы ДПК, обострение». Состояние после резекции желудка по Бильрот-II в модификации Витебского с формированием позадибодочного, поперечного, нижнего ГЭА от 03.07.2025. Несмотря на очевидность клинической картины и результатов инструментальных исследований от 2023 г., неоднократные обращения за медицинской помощью не возымели эффекта. Это привело к развитию у пациента сразу нескольких угрожающих жизни осложнений, которых можно было избежать при своевременном и адекватном лечении.*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРОМБОЦИТАРНО-ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА С ГЕОМЕТРИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Кудрявцева Н.Г., Абдуллина Д.Д., Шаталова Е.А., Парве С.Д.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

**Актуальность.** Ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) является ключевым фактором неблагоприятного прогноза при ишемической болезни сердца (ИБС), а хроническое системное воспаление – одним из ведущих механизмов его развития. Согласно данным литературы, повышенный уровень тромбоцитарно-лимфоцитарного индекса (PLR >100) рассматривается как маркер системного воспаления, однако роль этого индекса в формировании концентрических форм ЛЖ остается недостаточно изученной.

**Цель.** Определить взаимосвязь индекса PLR с формированием концентрической геометрии ЛЖ у пациентов с ИБС.

**Материал и методы.** В ретроспективное исследование включен 71 пациент (23 жен./48 муж.; 32,4/67,6%) с ИБС на базе ГАУЗ «ГП № 20», г. Казань. Средний возраст – 67,5±8,0 года. Оценены показатели общего анализа крови с расчетом индекса PLR. Изучены параметры эхокардиографии, рассчитаны индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительная толщина стенок (ОТС) и определены геометрические типы ЛЖ. Статистическая обработка проведена в IBM SPSS Statistics 23.0.

**Результаты.** Медиана PLR – 109,0 [80,1–130,3]. Выявлены типы геометрии – нормальная: 8 (11,3%), эксцентрическая гипертрофия (ЭГ): 20 (28,2%), концентрическое ремоделирование (КР): 13 (18,3%), концентрическая гипертрофия (КГ): 30 (42,2%). При PLR <100 преобладала ЭГ ЛЖ (43,3%), при PLR >100 – концентрические паттерны (70,7%). В многофакторной модели PLR >100 независимо ассоциирован с ОТС ( $\beta=0,036$ ;  $\text{radj}=0,026$ ), толщиной межжелудочковой перегородки ( $\beta=0,093$ ;  $\text{radj}=0,026$ ) и задней стенки ЛЖ ( $\beta=0,054$ ;  $\text{radj}=0,040$ ), но не с ИММЛЖ ( $\text{radj}=0,313$ ). Логистическая регрессия Фёрта подтвердила ассоциацию PLR >100 с развитием КГ после поправки на пол, возраст, АД, ИМТ, рСКФ и СД 2 типа (ОШ=2,95; 95%ДИ: 1,08–8,09;  $p=0,032$ ).

**Выводы.** У пациентов с ИБС повышение индекса PLR >100 независимо ассоциировано с наличием концентрической геометрии ЛЖ – утолщением стенок без значимого прироста общей массы миокарда. Связь сохраняется после поправки на конфаундеры, что указывает на самостоятельную роль индекса PLR в структурной перестройке миокарда.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ФЕНОТИПЫ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кургузова Э.П., Цыганкова Д.П., Маслова Ж.И.

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

**Актуальность.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является наиболее распространенным заболеванием во всем мире, ассоциированным с ожирением. В настоящее время течение данного заболевания трудно диагностируемое и непредсказуемое, что связано с наличием различных фенотипов. Необходимость поиска наиболее информативных маркеров на ранних стадиях заболевания улучшит течение и прогноз.

**Цель.** Выявить клинико-лабораторные фенотипы пациентов с НАЖБП.

**Материал и методы.** В рамках настоящего исследования проведен ретроспективный анализ 174 историй болезни за период с 2020 по 2025 г. В исследуемую выборку вошли пациенты, находившиеся на стационарном лечении. Гендерный состав включал мужчин 46,5%, женщин 53,4%. Все случаи, включенные в исследование, завершились летальным исходом.

**Результаты.** Всего по данным вскрытия в исследуемой выборке было выявлено 65,5% с НАЖБП. Кластеризация была произведена методом k-средних по количественным переменным. Наиболее оптимальная кластеризация наблюдалась при  $n=2$  кластеров. Кластер 1 (фенотип 1) характеризовался уровнем билирубина до 20 мкмоль/л, АСТ 40 Ед./л, АЛТ 35 Ед./л, мочевины 20 ммоль/л. Кластер 2 (фенотип 2) – уровнем билирубина 260 мкмоль/л, АСТ 310 Ед./л, АЛТ 210 Ед./л, мочевины 40 ммоль/л. Анализ дисперсии по результатам кластеризации показывает, что деление на кластеры статистически значимы по всем использованным переменным. Среди пациентов с НАЖБП преобладали лица второго фенотипа (97,3% человек против 2,6%).

**Выводы.** Среди пациентов с НАЖБП преобладали лица второго фенотипа: 97,37% человек. Среди пациентов с НАЖБП было выявлено два фенотипа: первый характеризовался более низкими значениями билирубина, АСТ, АЛТ и мочевины и отсутствием при госпитализации септического поражения; второй характеризовался более высокими показателями билирубина, АСТ, АЛТ, незначительно превышающими значениями мочевины и развитием септического поражения в сравнении с первым фенотипом.

## НЕИНВАЗИВНЫЙ СКРИНИНГ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ

Курилкина Ю.Е., Чашин М.Г., Королев А.И., Федорович А.А.,  
Горшков А.Ю., Драпкина О.М.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Согласно российским КР, всем лицам старше 40 лет показано исследование липидного профиля, однако в рамках диспансеризации скрининг ограничен определением общего холестерина, что снижает выявляемость дислипидемий. Реализация атерогенного действия через повышение артериальной жесткости и эндотелиальную дисфункцию, поддающиеся оценке методом фотоплетизмографии (ФПГ), создает основу для разработки скрининговых алгоритмов на базе данного метода.

**Цель.** Оценить предиктивную эффективность моделей машинного обучения в неинвазивной оценке повышенного уровня ХС-ЛНП на основе параметров ФПГ и данных объективного обследования.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на датасете, включавшем показатели липидного профиля, объективного осмотра и ФПГ 435 условно здоровых лиц. Участники разделены на 2 группы: 283 человека с ХС-ЛНП  $>3,0$  ммоль/л и 152 – с ХС-ЛНП  $\leq 3,0$  ммоль/л. Набор данных поделен на обучающую и тестовую выборки; выполнены сравнительный и корреляционный анализ. Протестированы 8 алгоритмов машинного обучения; критерии отбора: AUC ROC  $>0,70$  и чувствительность или специфичность  $>0,70$ .

**Результаты.** Между группами выявлены различия ( $p < 0,001$ ) по возрасту, сатурации, индексу аугментации, показателям жесткости сосудистой стенки и продолжительности систолы. Ключевыми предикторами во всех моделях стали производные признаки, объединяющие возраст с метаболическими параметрами; в логистической регрессии дополнительно выделена продолжительность систолы. 7 из 8 алгоритмов удовлетворили критериям качества. Лучшие результаты показала модель случайного леса: AUC ROC на тестовой выборке – 0,773. При стандартном пороге классификации (0,5) модель характеризовалась чувствительностью 94,7% при специфичности 14,3%; оптимизация порога до 0,760 позволила достичь чувствительности 71,9% и специфичности 85,7%.

**Выводы.** Разработана классификационная модель для неинвазивного выявления повышенного уровня ХС-ЛНП ( $>3,0$  ммоль/л) на основе антропометрических, гемодинамических и ФПГ-параметров. Модель случайного леса с оптимизированным порогом классификации обеспечивает AUC ROC 0,773 при чувствительности 71,9% и специфичности 85,7%, что свидетельствует о ее потенциале в качестве инструмента скрининга. Ограничения: небольшой объем выборки и отсутствие внешней валидации.

## СЫВОРОТОЧНОЕ ЖЕЛЕЗО КАК ПРЕДИКТОР ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Лапшин А.А., Лапшина Е.А., Кобалава Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (РУДН)  
Минобрнауки, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН) остается одной из ведущих причин госпитализации и летальности. Дефицит железа часто сопутствует ХСН и может усугублять прогноз, однако роль сывороточного железа как предиктора выживаемости требует уточнения.

**Цель.** Оценить влияние гемоглобина  $<110$  г/л, коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТЖ)  $<15\%$  и сывороточного железа  $<8$  мкмоль/л на общую выживаемость у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.

**Материал и методы.** В исследование включены 156 пациентов с острой декомпенсацией ХСН (58,3% мужчин, средний возраст  $71,8 \pm 12,7$  года). Зарегистрировано 69 летальных исходов, медиана наблюдения составила 879 дней. Выполнен анализ выживаемости методом Каплана–Майера с log-rank-тестом, однофакторная и многофакторная регрессия Кокса, а также подгрупповой анализ по сочетанию гемоглобина и сывороточного железа.

**Результаты.** Гемоглобин  $<110$  г/л выявлен у 24,4% пациентов, КНТЖ  $<15\%$  – у 28,8%, сывороточное железо  $<8$  мкмоль/л – у 41,7%. Снижение гемоглобина ассоциировалось с ухудшением выживаемости: ОР 1,81 (95% ДИ 1,10–2,99;  $p=0,019$ ).

Для КНТЖ  $<15\%$  статистически значимой связи с прогнозом не получено: ОР 1,46 (95% ДИ 0,89–2,40;  $p=0,134$ ). Наиболее выраженная связь с риском смерти отмечена для сывороточного железа  $<8$  мкмоль/л: ОР 2,11 (95% ДИ 1,32–3,39;  $p=0,002$ ).

После многофакторной поправки показатель сохранял независимую прогностическую значимость: ОР 2,26 (95% ДИ 1,21–4,25;  $p=0,011$ ). Наилучшая 365-дневная выживаемость наблюдалась в группе с гемоглобином  $\geq 110$  г/л и сывороточным железом  $\geq 8$  мкмоль/л – 88,3%, тогда как в остальных группах она составляла 62,5–64,3%.

**Выводы.** Сывороточное железо  $<8$  мкмоль/л является наиболее значимым независимым маркером неблагоприятного прогноза у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности. Гемоглобин  $<110$  г/л имел прогностическое значение только в однофакторном анализе, тогда как КНТЖ  $<15\%$  не показал самостоятельной связи с летальностью.

## **ФЕНОТИП-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПАТТЕРНЫ ЗАСТОЯ ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**Лапшина Е.А., Лапшин А.А., Саламатина А.А., Кобалава Ж.Д.**

*ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (РУДН)  
Минобрнауки, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Острая декомпенсация сердечной недостаточности (ОДСН) характеризуется гетерогенностью клинических проявлений, что затрудняет унифицированный подход к лечению застоя. Уровень систолического артериального давления (САД) при поступлении может определять различные механизмы венозного и легочного застоя в зависимости от фенотипа сердечной недостаточности.

**Цель.** Оценить паттерны венозного застоя при ОДСН в зависимости от САД и фенотипа СН.

**Материал и методы.** В исследование включены 785 пациентов, госпитализированных с ОДСН: СНнФВ 334 (42,6%), СНунФВ 147 (18,7%), СНсФВ 304 (38,7%). При поступлении оценивали САД и маркеры венозного застоя: жесткость печени (эластометрия, кПа), СДЛА, диаметр нижней полой вены (НПВ), В-линии при УЗИ легких, NT-proBNP, расчетный объем плазмы (ePVS), БИВА. Пациенты стратифицированы на 6 групп: 3 фенотипа × 2 уровня САД ( $\leq 110$  и  $>110$  мм рт. ст.).

**Результаты.** При САД  $\leq 110$  мм рт. ст. выявлен нисходящий градиент плотности печени по фенотипам: СНнФВ 21,9 (9,6; 47,7) vs 13,2 (8,7; 26,7), СНунФВ 15,1 (6,1; 29,1) vs 13,5 (7,5; 25,8), СНсФВ 10,7 (5,8; 19,8) vs 8,3 (5,1; 16,2) кПа ( $p=0,001$ ) по сравнению с САД  $>110$  мм рт. ст. Аналогичный градиент зафиксирован для NT proBNP: 3172 (1368; 4514) vs 2506 (1392; 4057), 2083 (671; 3688) vs 1545 (567; 2535) и 1162 (228; 1950) vs 965 (233; 2074) пг/мл ( $p=0,001$ ), а также для В-линий: 30 (16,3; 45,8) vs 27,5 (14; 45), 30,5 (7,5; 50) vs 26 (12; 40) и 16,5 (6,8; 47,8) vs 16 (5; 36) ( $p=0,001$ ). ePVS возрастал с повышением ФВ ЛЖ и САД: при САД  $\leq 110$  мм рт. ст. его медиана увеличивалась от 4,5 (3,8; 5,3) до 5,0 (4,5; 5,7) л, а при САД  $>110$  мм рт. ст. – от 4,7 (4,0; 5,6) до 5,2 (4,4; 6,4) л ( $p=0,001$ ). Активное сопротивление на 50 кГц было максимальным в группе СНсФВ/САД $\leq 110$  – 462 (383; 533) Ом и минимальным при СНнФВ/САД $>110$  – 398 (337; 451) Ом ( $p=0,02$ ). При СНсФВ низкое САД сопровождалось более высоким СДЛА по сравнению с группой САД  $>110$ : 48 (35; 72) vs 40 (29,8; 60) мм рт. ст. ( $p=0,001$ ) при менее выраженном печеночном застое.

**Выводы.** При ОДСН и САД  $<110$  мм рт. ст. паттерн застоя определяется фенотипом СН: при СНнФВ преобладает системный венозный застой, при СНсФВ – легочная гипертензия, а рост ePVS с увеличением ФВ ЛЖ подтверждает необходимость фенотип-ориентированной оценки застоя.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НОВОСИБИРСКА

**Лихенко-Логвиненко К.В.**

*НИИТПМ – филиал ФИЦ «Институт цитологии и генетики СО РАН», г. Новосибирск, Россия*

**Актуальность.** Медицинские работники (МР) в период пандемии COVID-19 являлись одной из наиболее уязвимых профессиональных групп по риску инфицирования и последующего развития постковидного синдрома (ПКС). Соматические проявления ПКС могут оказывать влияние на состояние здоровья и профессиональную деятельность МР, что определяет необходимость их изучения с учетом влияния класса условий труда (КУТ).

**Цель.** Изучить клинико-функциональную характеристику ПКС у МР в зависимости от КУТ.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное поперечное исследование 222 МР четырех медицинских учреждений Новосибирска за период 2020–2022 гг. В соответствии с результатами специальной оценки условий труда выделены группы: КУТ 3.1 (n=45), КУТ 3.2 (n=101), КУТ 3.3 (n=43) и группа сравнения с КУТ 2 (n=32). Для статистической обработки использовали методы описательной статистики,  $\chi^2$  Пирсона, критерии Манна–Уитни и Краскела–Уоллиса.

**Результаты.** Наибольшая частота соматических проявлений ПКС отмечена при КУТ 3.2: кардиологические нарушения – 9,5%, респираторные – 12,2%. При КУТ 3.1 преобладали респираторные проявления, при КУТ 3.3 – кардиологические. Статистически значимые межгрупповые различия среди КУТ 3.1–3.3 выявлены только для кардиологических нарушений ( $p=0,030$ ;  $p=0,004$ ). У МР с коморбидностью чаще регистрировались кардиологические и респираторные проявления постковидного синдрома. Пневмофиброз по данным КТ ОГК выявлялся в 46,5–65,3% случаев ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Соматические проявления ПКС у МР чаще выявлялись при КУТ 3.2.

*При КУТ 3.3 коморбидность ассоциировалась с более высокой частотой кардиологических и респираторных проявлений.*

## ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

Лобова М.Д.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Лимфома Ходжкина у молодых пациентов характеризуется высокой выживаемостью благодаря современной полихимиотерапии, однако лечение сопряжено с риском бессимптомного вторичного остеопороза, в том числе в зубочелюстной системе, что повышает вероятность потери зубов. Актуальность исследования обусловлена необходимостью изучения влияния терапии на состояние полости рта и разработки мер профилактики остеопороза.

**Цель.** Оценить взаимосвязь между снижением минеральной плотности костной ткани и изменением стоматологического статуса у молодых пациентов с лимфомой Ходжкина после проведения патогенетической терапии.

**Материал и методы.** В исследование включены 79 человек молодого возраста: 50 пациентов с лимфомой Ходжкина и 29 соматически здоровых лиц. У всех участников определена МПК методом двухэнергетической абсорбциометрии на уровне поясничного отдела позвоночника, шейки и проксимального отдела бедра, расчет T- и Z-критериев. Стоматологический статус оценен по наличию гингивита с подсчетом индекса ПМА, пародонтита, периодонтита, кариеса, пломб, адентии и индексу КПУ.

**Результаты.** Согласно полученным данным денситрического исследования, отмечено значимое снижение минеральной плотности костной ткани (МПК) у пациентов с лимфомой Ходжкина во всех анализируемых областях в сравнении с контрольной группой. Наиболее выраженные изменения зафиксированы в проксимальном отделе бедренной кости и шейке бедра. Анализ стоматологического показал, что у пациентов с лимфомой Ходжкина чаще регистрировались повышенный индекс ПМА, наличие пародонтита и адентии, а также больше число пломб. При этом частота встречаемости повышения индекса КПУ, гингивита, периодонтита не имела статистически значимых различий.

**Выводы.** У молодых пациентов с лимфомой Ходжкина после патогенетической терапии отмечается системное снижение МПК, особенно в проксимальных отделах бедра. Стоматологический статус характеризуется более высокой распространенностью пародонтита, адентии и числом пломб, что связано с остеопоротическим процессом. Полученные данные подтверждают взаимосвязь между снижением МПК и изменениями в полости рта, определяя необходимость профилактических осмотров.

## РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ИНДУКЦИОННОЙ ПХТ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА

Лоткова О.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

**Введение.** Современная терапия острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), включающая полихимиотерапию и аллогенную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК), увеличила выживаемость пациентов. Однако на первый план выходят поздние осложнения, среди которых особое место занимают сердечно-сосудистые заболевания. Пациенты ОЛ имеют повышенный риск развития осложнений, ассоциированных с проводимой терапией, в том числе вызывающей системное воспаление и дислипидемии.

**Описание случая.** Пациент, 22 года. В анамнезе ОЛЛ В2 от октября 2022, Ph+. Проведена индукция по протоколу ОЛЛ-2016. В феврале 2023 г. выполнена родственная HLA-частично совместимая алло-ТГСК. Посттрансплантационный период осложнился хронической РТПХ печени 3 ст., слизистых 2 ст. Иммуносупрессивная терапия: такролимус, преднизолон. Липидный профиль до развития сердечно-сосудистого события не контролировался. В мае 2025г. на +810-е сутки после ТГСК развился инфаркт миокарда. При поступлении: тропонин I до 14 нг/мл, дислипидемия (ЛПНП 5,05 ммоль/л). Коронароангиография: стеноз передней межжелудочковой ветви 80% с пристеночным тромбозом. Выполнено стентирование. В постинфарктном периоде проведена смена иммуносупрессивной терапии, начата липидоснижающая терапия (эзетимиб и ингибитор PCSK9). Через 7 мес. достигнут целевой уровень ЛПНП (1,36 ммоль/л). При УЗИ БЦА – билатеральные гипоехогенные атеросклеротические бляшки.

**Заключение.** Связь между дислипидемией, инфарктом миокарда в молодом возрасте и ОЛ представляет собой сложную многофакторную проблему. Агрессивное течение онкогематологического заболевания, побочные эффекты химиотерапии и глубокие метаболические нарушения способны индуцировать раннее развитие атеротромбоза. В связи с этим молодые пациенты с ОЛ являются категорией высокого кардиориска и требуют превентивного внимания с момента постановки диагноза. Данный случай демонстрирует необходимость регулярного контроля липидного профиля в ранние сроки после патогенетического лечения и междисциплинарного взаимодействия.

## ЦЕЛИАКИЯ: ОТ КЛАССИЧЕСКОГО СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ К МУЛЬТИСИСТЕМНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ

Лурье Г.Р., Семенова Е.А.

ФГБОУ ВО БГМУ г. Уфа, Россия

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Целиакия – хроническое иммуноопосредованное заболевание мультифакториальной природы, облигатным фактором для развития которого является алиментарный контакт с глютенем. Манифестация заболевания возможна в любом возрасте и характеризуется различными клиническими фенотипами от стертых до типичных кишечных форм с развитием синдрома мальабсорбции. Группу особого интереса для скрининга целиакии представляют пациенты с синдромом раздраженного кишечника (СРК), что связано с повышенным уровнем распространенности заболевания в данной когорте пациентов (до 31,8%). Таким образом, дифференциальная диагностика данных патологий является неотъемлемой частью диагностического алгоритма, что иллюстрирует данный клинический случай.

**Описание случая.** Пациентка Н., 25 лет, обратилась на консультацию с жалобами на вздутие живота, боли в околопупочной области, неоформленный стул по БШ тип 6–7 (без примесей), облегчение состояния после акта дефекации. Жалобы беспокоят в течение последнего года, связывает со стрессом. Из анамнеза жизни известно, что в детстве часто болела ОРВИ, длительно беспокоила железодефицитная анемия. Первичная диагностика включала водородно-метановый тест, фекальный кальпротектин, IgA общий, антитела (ат) к тканевой трансглутаминазе IgA, ат к эндомизию IgA. Результаты: положительный тест на СИБР, IgA менее 10, ат к тканевой трансглутаминазе IgA – 0,00, ат к эндомизию IgA менее 5. Далее ФГДС с биопсией, колоноскопия, уровень ат к деамидированным пептидам глиадина IgG, ат к тканевой трансглутаминазе IgG. Результат биопсии подтвердил целиакию Шб-Шс по Marsh. По результатам антител выявлен селективный дефицит IgA.

**Заключение.** Таким образом, целиакия остается достаточно распространенным заболеванием, особенно в группах риска. Из-за широкого спектра ее проявлений, клиническая диагностика становится крайне сложной. Это приводит к тому, что при недостаточном обследовании пациентов глютен-ассоциированная патология может быть ошибочно классифицирована как функциональное заболевание, что ведет к несвоевременному или неверному лечению.

## **РОЛЬ СТРЕССА И СПОСОБОВ СОВЛАДАНИЯ С НИМ В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЙ ЖКТ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Мазница А.А., Михайлова О.Д., Тарасова А.А., Данилова А.В.**

*Ижевский государственный медицинский университет, г. Ижевск, Россия*

**Актуальность.** Поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают ведущее место в структуре осложнений у онкогематологических пациентов, существенно ухудшая качество жизни и результаты лечения. Однако роль стратегий совладания со стрессом в развитии гастроинтестинальных нарушений при гематологических заболеваниях остается недостаточно изученной.

**Цель.** Изучить взаимосвязь между показателями психоэмоционального состояния и стратегиями совладения со стрессом с частотой и выраженностью гастроинтестинальных осложнений у пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

**Материал и методы.** Обследованы 187 пациентов гематологического отделения БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» (98 мужчин, 89 женщин; возраст  $55 \pm 17$  лет). Оценивали жалобы со стороны ЖКТ, результаты микробиологических и лабораторных исследований. Психологическое состояние и степень готовности к получению помощи специалиста определялись с помощью специально разработанной анкеты. Данные анализировались с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

**Результаты.** Поражения ЖКТ выявлены у 79,3% обследованных: ассоциированные с химиотерапией (мукозиты) – 43,8%, инфекционные – 25,6%, ферментативная недостаточность – 9,9%. Высокий уровень стресса 4–5 баллов отмечен у 42,1% пациентов, из них 86,8% использовали стратегию избегания стресса; готовность обратиться за психологической помощью выразили 14,0%. Выявлена прямая связь избегания с энтеропатиями ( $r=0,38$ ;  $p=0,02$ ): в группе избегания частота поражений ЖКТ составила 54,3%, в группе активного совладания – 28,6%. Также наблюдалась корреляция избегания стресса с диареей ( $r=0,31$ ;  $p=0,09$ ). При готовности к психологической поддержке риск патологий снижается в 1,9–2,1 раза ( $r=-0,29$ ;  $p=0,06$ ).

**Выводы.** *Выявленная связь между избеганием стресса и поражением ЖКТ у онкогематологических больных свидетельствует о необходимости интеграции психосоматических подходов в практику лечения гематологических заболеваний.*

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ СЕЗОННОГО ГРИППА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2**

**Макеева Л.М., Никитин И.Г.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Сезонный грипп ассоциирован с повышенным риском развития острых сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, декомпенсация хронической сердечной недостаточности) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, а также с ухудшением контроля углеводного обмена в период эпидемического сезона.

**Цель.** Оценить информированность пациентов с сахарным диабетом 2-го типа о необходимости ежегодной вакцинации против гриппа и выявить барьеры к ее проведению.

**Материал и методы.** Проведено поперечное исследование с использованием данных первичной медицинской документации за период с 01.01.2023 по 31.12.2024 среди пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, проживающих в г. Москве. Использован структурированный опросник, оценивающий уровень информированности, отношение к вакцинации и барьеры к ее проведению. Статистическая обработка выполнена с использованием методов описательной статистики и критерия  $\chi^2$ .

**Результаты.** Охват вакцинацией составил 61,7%. В целом 83,1% пациентов осознавали цель вакцинации, а 70,4 % считали вакцинацию обязательной для данной категории пациентов. Основным источником информации о вакцинации являлись медицинские работники (47,8%).

**Выводы.** *Выявлена недостаточная информированность пациентов с сахарным диабетом 2-го типа о необходимости ежегодной вакцинации против гриппа, при этом охват вакцинацией остается ниже целевого уровня ( $\geq 75\%$ ). Полученные данные обуславливают необходимость усиления информационной работы и повышения роли медицинских работников в реализации программ иммунопрофилактики.*

## ГИПЕРТРАНСАМИНАЗЕМИЯ, НЕ ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

**Мамаева Е.В., Ковешников А.И., Бельдиев С.Н.**

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

**Введение.** Аминотрансферазы – ферменты из группы трансфераз, катализирующие перенос аминокрупп от аминокислот на кетокислоты без образования свободного аммиака.

Аминотрансферазы содержатся практически во всех органах, но наиболее активно реакции трансаминирования идут в печени. К этой группе ферментов относятся используемые в клинической лабораторной диагностике ферменты аспартатаминотрансфераза (АСТ) и аланинаминотрансфераза (АЛТ). Повышение активности аминотрансфераз свидетельствует о разрушении клеток и требует дифференциальной диагностики для определения источника повреждения.

**Описание случая.** Пациент, 19 лет, был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ «Тверская областная клиническая больница» в сентябре 2025 г. На момент поступления активных жалоб не предъявлял, поводом для госпитализации послужило значительное повышение уровня АСТ и АЛТ в биохимическом анализе крови, достигавшее 20 верхних границ нормы. По результатам фиброэластометрии эластичность печени не изменена, F0. Биопсия печени: минимально выраженная жировая дистрофия гепатоцитов, стеатоз 1-й степени по Brunt <33%. Морфологических признаков воспалительного процесса в пределах исследованного материала не обнаружено. Лабораторно исключены метаболические, аутоиммунные и другие заболевания печени. Учитывая анамнез пациента (занятия тяжелой атлетикой) и значительно повышенный уровень КФК до 8558,0 Ед./л, установлена причина повышенного уровня трансаминаз – травматическое повреждение мышечной ткани.

**Заключение.** *У активных молодых людей, занимающихся интенсивными физическими нагрузками, часто наблюдается изолированное повышение аминотрасфераз при нормальных уровнях билирубина и гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) в сыворотке. В этом случае для дифференциальной диагностики используется КФК – простой маркер, который свидетельствует о распаде мышечной ткани.*

## АЗАТИОПРИН-АССОЦИИРОВАННАЯ НЕЦИРРОТИЧЕСКАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Маркус Э.А., Коробейникова А.Н.

ГАОУЗ СО ЦГБ № 20, Россия

КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров, Россия

**Введение.** Азатиоприн нередко используется для лечения и поддержания ремиссии при болезни Крона. Нецирротическая портальная гипертензия (НЦПГ) – редкое состояние, при котором наблюдается внутрипеченочная портальная гипертензия при отсутствии цирроза печени. В научной литературе представлено всего несколько клинических случаев, описывающих портальную идиопатическую НЦПГ, связанную с терапией Азатиоприном у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

**Описание случая.** Пациент Д., 62 года, в 2025 г. госпитализирован в стационар с тяжелой анемией. В анализах крови гемоглобин 62 г/л, тромбоциты  $168 \times 10^9$ /л, печеночные тесты и белково-синтетическая функция печени в норме. По эзофагогастродуоденоскопии – кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) желудка, при ультразвуковом исследовании – спленомегалия. Компьютерная томография продемонстрировала признаки портальной гипертензии без паттернов цирроза печени. По эластометрии печени аппаратом FibroScan – F0. Проводилась гемостатическая и терапия парентеральным железом. В 2023 г. пациенту диагностирована болезнь Крона, лечился Месалазином, проводились лабораторно-инструментальные исследования, признаков ПГ не наблюдалось. С 2024 г. терапия Азатиоприном 150 мг. ВРВ желудка – следствие НЦПГ, индуцированной приемом Азатиоприна. При выписке проведена коррекция лечения болезни Крона.

**Заключение.** Клинический случай иллюстрирует потенциальную способность Азатиоприна вызывать НЦПГ. Частота данного осложнения невелика, однако недооценена из-за его неспецифического доклинического течения. Необходимы дальнейшие наблюдения, и создание рекомендаций по скринингу НЦПГ у пациентов, принимающих Азатиоприн, поскольку рутинные функциональные печеночные тесты остаются нормальными, а развитие НЦПГ является необратимым и несет риск фатальных осложнений.

## **ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ: КОГДА АНТИБИОТИКИ НЕ ЭФФЕКТИВНЫ**

**Маркус Э.А., Коробейникова А.Н.**

*ГАУЗ СО ЦГБ № 20, г. Екатеринбург, Россия*

*КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров, Россия*

**Введение.** Внебольничные пневмонии относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. Большинство случаев заболевания ассоциируется с относительно небольшим кругом бактериальных патогенов, отвечающих на антибиотикотерапию полным выздоровлением. Однако не исключена клиническая ситуация, когда стандартизированное лечение оказывается неэффективным.

**Описание случая.** Госпитализирована пациентка Ч., 27 лет, с внебольничной левосторонней нижнедолевой пневмонией нетяжелого течения, верифицированной рентгеном легких. Основная жалоба – лихорадка 39 °С. Объективно: состояние средней тяжести, дыхание жесткое, хрипов нет, SpO<sub>2</sub> 96%, отеков нет. По компьютерной томографии легких – в нижних долях множественные узелки с перибронхиальным расположением. В анализах крови лейкоцитоз 20 тыс./л, гемоглобин 111 г/л, тромбоциты 318 тыс./л, С-реактивный белок 60 г/л, ВИЧ, гепатиты – отрицательно. Посев мокроты и крови – стерильны. Из анамнеза известно, что амбулаторно лечилась Цефиксимом, Амоксиклавом – без эффекта. Пациентка не курит, без хронических патологий. Проводимая терапия Левофлоксацином, Эртапенемом без лабораторной и клинической динамики. Терапия Преднизолоном – выраженная клинико-лабораторная динамика. Выписана с клиническим выздоровлением.

**Заключение.** *При отсутствии эффекта от антибиотикотерапии при предполагаемом диагнозе инфекционной пневмонии, следует рассмотреть интерстициальную патологию легких, исключив все известные этиологические факторы. Представленный случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики организуемой пневмонии, и важность своевременного назначения кортикостероидной терапии для достижения ремиссии, и предотвращения возникновения фиброза. Однако требуется дальнейшее наблюдение молодой пациентки врачом-пульмонологом.*

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И АДИПОКИНЫ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ КАРДИОРЕНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ

**Мартынов С.А., Чулков В.С., Жилиев А.Ф.**

*ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Челябинск, Россия*

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Россия*

**Актуальность.** Изучение кардиоренометаболического синдрома (КРМС) на ранних стадиях у лиц молодого возраста является критически важным для определения «окна» для профилактических мер, когда патологический процесс протекает бессимптомно, а своевременное вмешательство позволяет предотвратить развитие необратимых структурных изменений миокарда и прогрессирующую почечную недостаточность.

**Цель.** Провести сравнительную оценку метаболических показателей и уровней адипокинов у лиц в возрасте 25–44 лет с 1 и 2 стадиями КРМС.

**Материал и методы.** В кросс-секционное исследование включены 120 человек, разделенных на три группы по 40 участников: группа 1 (контроль, 0 стадия), группа 2 (1 стадия КРМС) и группа 3 (2 стадия КРМС). Стадийность определялась согласно классификации АНА (2023). Оценивались антропометрические данные, липидный и углеводный профили, уровни креатинина, мочевой кислоты, а также концентрации лептина и адипонектина в сыворотке крови.

**Результаты.** Наиболее выраженные метаболические нарушения характерны для участников со 2 стадией КРМС: в этой группе зафиксированы самые высокие значения индекса НОМА-IR (1,15 [0,49–2,09]), общего холестерина, Хс-ЛПНП, триглицеридов и мочевой кислоты по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ). Выявлен значимый гендерный диморфизм в секреции адипокинов: уровень лептина был достоверно выше у женщин с 1 и 2 стадиями КРМС по сравнению с контролем ( $p = 0,003$ ), в то время как у мужчин статистически значимых различий по лептину не обнаружено. Уровень адипонектина оказался в 2 раза ниже у всех лиц с 1 и 2 стадиями КРМС независимо от пола ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Прогрессирование КРМС от 1 к 2 стадии у молодых лиц сопровождается нарастанием инсулинорезистентности, дислипидемии и ухудшением функции почек. Измерение уровней сывороточных адипокинов (лептина и адипонектина) является эффективным инструментом для количественной оценки кардиометаболического риска и прогнозирования развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа на ранних, клинически бессимптомных стадиях.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ И ЛИПОМАТОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Маслова Ж.И., Цыганкова Д.П.

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

**Актуальность.** Липоматоз поджелудочной железы (ЛПЖ) обладает метаболическим риском и является состоянием с низкой диагностической доступностью.

**Цель.** Выявить особенности метаболических маркеров у пациентов с липоматозом поджелудочной железы (ЛПЖ) в зависимости от индекса массы тела, по данным патологоанатомического вскрытия.

**Материал и методы.** В исследование были включены пациенты с подтвержденным ЛПЖ по данным посмертного исследования. Всего было проанализировано 174 истории болезни пациентов. В исследование были включены пациенты с подтвержденным липоматозом ПЖ по данным посмертного исследования. Медиана возраста составила 71,0 [64,0; 77,0] года. Мужчин было 46,5%. В качестве показателя вклада метаболического маркера в развитие ЛПЖ использовались значения рангов значимости предикторов.

**Результаты.** ЛПЖ встречался одинаково часто у лиц с наличием ожирения и без такого (66,2 и 44,6% соответственно,  $p=0,067$ ). При проведении логистического регрессионного анализа было выявлено увеличение риска развития ЛПЖ при наличии ожирения (ОШ=2,99, ДИ:1,4–6,4,  $p=0,004$ ) и увеличении возраста (ОШ=1,03, ДИ:1,0–1,05,  $p=0,024$ ). Уменьшение риска развития ЛПЖ наблюдалось у пациентов с уровнем АСТ выше нормы (ОШ=0,46, ДИ:0,2–0,9,  $p=0,018$ ). Высокими значениями рангов значимости вклада в развитие ЛПЖ обладали амилаза (100) и холестерин ЛПНП (61), толщина ПЖС (57). Промежуточные значения продемонстрировали: общий холестерин и АЛТ (46), наличие ожирения (48), глюкоза (43), триглицериды (30) и АСТ (25).

**Выводы.** ЛПЖ у лиц с наличием ожирения встречался в 66,2% случаев, без такого – в 44,6%. Высокими значениями рангов значимости вклада в развитие ЛПЖ обладали: уровни амилазы (100) и холестерина ЛПНП (61), а также толщина ПЖС (57).

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Машарипова Д., Тагаева Д., Ибабекова Ш., Садиева З., Ибабеков Ш., Утемуратов Б.**  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Актуальность данной темы определяется тем, что хроническая сердечная недостаточность и нарушение функции почек находятся в тесной патогенетической взаимосвязи и взаимно отягощают течение друг друга. Развитие почечной дисфункции у больных с хронической сердечной недостаточностью сопровождается ухудшением клинического состояния, снижением толерантности к физической нагрузке, ростом частоты декомпенсации и ухудшением прогноза.

**Цель.** Оценить клиническое значение показателей функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью и определить их связь с тяжестью заболевания, сократительной способностью миокарда и переносимостью физической нагрузки.

**Материал и методы.** В исследование были включены 300 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет с хронической сердечной недостаточностью. У всех обследованных определяли уровень креатинина сыворотки крови. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ. Были проанализированы выраженность симптомов заболевания, переносимость физической нагрузки и показатели сократительной функции сердца.

**Результаты.** По мере прогрессирования хронической сердечной недостаточности функция почек достоверно ухудшалась. У пациентов с III ФК уровень креатинина был на 25% выше, чем у больных I класса, а скорость клубочковой фильтрации последовательно снижалась. При скорости клубочковой фильтрации  $\leq 60$  мл/мин./1,73 м<sup>2</sup> отмечались более высокий уровень креатинина, меньшая переносимость физической нагрузки и более тяжелое клиническое состояние. Скорость клубочковой фильтрации положительно коррелировала с переносимостью физической нагрузки ( $r=0,49$ ) и фракцией выброса левого желудочка ( $r=0,69$ ) и отрицательно с тяжестью состояния ( $r=-0,71$ ).

**Выводы.** Оценка показателей функции почек должна рассматриваться как обязательный компонент комплексного обследования больных с хронической сердечной недостаточностью, поскольку она позволяет своевременно выявлять пациентов высокого риска и повышать эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

## ТРОМБОЗ С И БЕЗ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ: ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА

Месмуди И.М., Стуклов Н.И., Барях Е.А.

*РУДН, г. Москва, Россия*

*ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ», г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Тромбоцитопения часто развивается при лечении гематологических больных и является фактором тромботических рисков.

**Цель.** Оценить связь возраста, пола, параметров гемостаза у гематологических больных с первичными тромботическими осложнениями при наличии или отсутствии тромбоцитопении.

**Материал и методы.** Включили 16 стационарных гематологических больных с тромбозами. Оценивали возраст, пол, значения рутинных тестов коагулограммы в зависимости от уровня тромбоцитов. Количество больных с тромбоцитами менее 100 тыс./мкл (группа I) составило 10 человек, без тромбоцитопении (группа II) – 6. Референсные значения АЧТВ составили 25–35 сек., МНО – 0,8–1,2, фибриногена – 2–4 г/л, Д-димера – менее 500 нг/мл. Данные представлены медианой и квартилями.

**Результаты.** Возраст гематологических больных с первичными тромбозами составил: группа I – 54,5 (38; 66), группа II – 46,5 (29,5; 72) года. Соотношение пациентов по полу м/ж: в группе I – 1/1, в группе II – 1/2. Показатели коагулограммы в группах I/II: АЧТВ – 32,8 (22,4; 35,4)/28 (25,8; 39,1) сек., МНО – 1,23 (1,16; 1,41)/1,1 (1,07; 1,23), фибриноген – 4,68 (3,37; 5,05)/4,19 (4,06; 4,54) г/л, Д-димер – 2439 (836; 1764)/950 (643; 3115) нг/мл. Соотношение больных с первично выявленными тромбозами при тромбоцитопении менее и более 50 тыс./мкл составило 1/1.

### **Выводы**

- 1. Медиана возраста гематологических больных с первичными тромбозами соответствует среднему возрасту по критериям ВОЗ, без тромбоцитопении в выборке преобладают пациенты женского пола.*
- 2. Изменения показателей коагулограммы связаны с повышением выше референсных значений медианы МНО у больных с тромбоцитопенией, медианы фибриногена и Д-димера вне зависимости от наличия тромбоцитопении.*
- 3. Развитие тромбозов не связано с тяжестью тромбоцитопении.*

## ВАРИАНТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ С ИЛИ БЕЗ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Месмуди И.М., Стуклов Н.И., Барях Е.А.

РУДН, г. Москва, Россия

ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ», г. Москва, Россия

**Актуальность.** Тромбоцитопения является частым синдромом и состоянием высокого риска тромботических осложнений в гематологии.

**Цель.** Оценить соотношение различных вариантов онкогематологических заболеваний и локализацию первичных тромбозов у стационарных пациентов с и без тромбоцитопении.

**Материал и методы.** В исследование включили 16 гематологических больных, проходящих стационарное лечение в ГКБ 52 г. Москвы с впервые выявленными тромбозами.

Злокачественные заболевания разделили на локализующиеся в костном мозге (острый лейкоз и множественная миелома) и протекающие с поражением периферических органов иммунной системы (лимфомы). В анализ вошли 10 пациентов с тромбоцитопенией (менее 100 тыс./мкл, группа I), 6 – без тромбоцитопении (группа II).

**Результаты.** Группа I представлена 6 больными острыми лейкозами, 2 – множественной миеломой, 2 – неходжкинскими лимфомами. В группу II вошли 4 пациента с неходжкинскими лимфомами, 1 – с острым лейкозом, 1 – с множественной миеломой.

В зависимости от локализации тромбоза количество больных составило: в группе I – в сосудах нижних конечностей – 3, верхних конечностей – 2, яремных венах – 5, в группе II – в сосудах нижних конечностей – 3, верхних конечностей – 1, яремных венах – 2. Все случаи тромбоза вне сосудов нижних конечностей были связаны с постановкой центрального венозного катетера или введением химиопрепаратов.

### **Выводы**

- 1. Тромботические осложнения в сочетании с тромбоцитопенией более характерны для опухолей из клеток кроветворной системы при поражении костного мозга (у 8 из 10 пациентов) по сравнению с ее отсутствием (только у трети больных).*
- 2. При наличии тромбоцитопении в 70% развиваются тромбозы с нетипичной локализацией, что может быть связано с особенностями лечения данной группы гематологических больных.*

## ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НИВОЛУМАБОМ

Миночкина М.Д., Китаева Ю.С.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Для лечения пациентов с рецидивирующим или рефрактерным течением лимфомы Ходжкина применяется иммунотерапия, основанная на использовании моноклональных антител против PD-1 (ниволумаб, пембролизумаб). Они ингибируют PD-1/PD-L1 путь и способствуют восстановлению функциональной активности Т-лимфоцитов. Несмотря на значительные успехи иммунотерапии, изменения иммунного статуса пациентов, получающих ингибиторы PD-1, остаются недостаточно изученными.

**Цель.** Изучение изменения показателей иммунного профиля у пациентов с лимфомой Ходжкина, получающих химиотерапию, и у пациентов, получающих иммунотерапию, по сравнению с контрольной группой.

**Материал и методы.** В исследование включены 5 здоровых добровольцев (контрольная группа) и 19 пациентов с подтвержденной лимфомой Ходжкина. Из них 10 пациентов получали полихимиотерапию, 9 пациентов дополнительно получали ниволумаб. Всем участникам исследования был проведен клинический анализ периферической крови и анализ субпопуляций лимфоцитов. Для оценки различий между группами применялся U-критерий. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У пациентов, получавших иммунотерапию, выявлено статистически значимое повышение уровня CD8<sup>+</sup> по сравнению с контрольной группой ( $p=0,038$ ) и обусловленное этим снижение иммунорегуляторного индекса ( $p=0,028$ ). Данные изменения отражают активацию цитотоксического звена иммунного ответа. Отмечалась тенденция к снижению уровня CD4<sup>+</sup> Т-клеток в обеих группах, однако она не достигала статистически значимых значений. Дополнительно было установлено статистически значимое снижение концентрации гемоглобина в группе иммунотерапии по сравнению с контролем ( $p=0,041$ ), что может быть связано с развитием иммуноопосредованных нежелательных явлений. Значимых различий по другим показателям не обнаружено.

**Выводы.** Иммунотерапия ингибиторами PD-1 оказывает влияние преимущественно на Т-клеточное звено, способствуя активации цитотоксического компонента противоопухолевого иммунитета. Снижение CD4<sup>+</sup> и гемоглобина у пациентов, получавших ниволумаб, указывает на необходимость дальнейшего изучения побочных эффектов ингибиторов PD-1. Дальнейшие исследования с расширением выборки и углубленным анализом позволят более точно оценить значение обнаруженных изменений.

## КОМОРБИДНОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ – ОПЫТ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Митерев Н., Стуклов Н.И., Капланов К.Д.

*Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия  
ММНКЦ им. С.П. Боткина, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** В России отмечается тенденция к росту заболеваемости лимфопролиферативными заболеваниями (ЛПЗ). По состоянию на 2024 г. на долю ЛПЗ приходится до 25 000 случаев среди всех заболевших. Учитывая также увеличение продолжительности жизни, отмечается рост числа коморбидных пациентов. Приоритетным направлением является усовершенствование диагностического и лечебного процессов с улучшением качества жизни пациентов и общей выживаемости.

**Цель.** Проанализировать коморбидность в группе пациентов с ЛПЗ, используя шкалы CCI (Charlson Comorbidity Index) и CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics).

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование историй болезни 274 пациентов в процессе ХТ лечения, проходивших лечение в гематологическом отделении Боткинской больницы с января по декабрь 2024 г. Из них 179 мужчин и 95 женщин в возрасте от 22 до 89 лет (M=50,3). Распределение по нозологиям: ЛХ – 23 (8,4%), НХЛ – 111 (40,5%), ММ – 81 (29,6%), ХЛЛ диагностирован у 59 (21,5%) пациентов. Для расчета индексов коморбидности использовались шкалы CCI и CIRS-G [2–4].

**Результаты.** Из 274 пациентов высокий уровень коморбидности по шкале Charlson имели 79 человек (28,8%), по шкале CIRS-G – 71 (25,9%). Средний уровень коморбидности имели 39 (14,2%) и 42 (15,3%) пациента соответственно. Среди пациентов молодого возраста сопутствующая патология отмечалась в 10,9% случаев; среднего и пожилого возраста в 58,2% случаев; старческого возраста – в 88,9% случаев. При оценке коморбидности было установлено: 1-е место – заболевания сердечно-сосудистой системы – 132 (48,2%) пациента, 2-е место разделяли заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы – по 110 (40,1%) пациентов, на 3-м – заболевания дыхательной системы – 104 (37,9%) пациента.

**Выводы.** При оценке коморбидности существенных различий при сравнении шкал выявлено не было. Среди пациентов высокий уровень коморбидности встречался в среднем в 27,4% случаев, средний – в 14,8%. С наибольшей частотой сопутствующая патология выявлялась у пациентов старческого возраста (88,9%). Планируется проведение дальнейшего исследования с целью решения вопроса о влиянии коморбидной патологии на эффективность лечения и подходы к терапии.

## ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ И ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Михайлова О.Д., Бессонов А.Г., Шишкова А.В., Дородова И.П.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ, г. Ижевск, Россия

БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в РФ достигает 24–26%, при этом у 35–40% пациентов она сочетается с дисфункцией поджелудочной железы (ПЖ), что требует комплексного подхода к коррекции образа жизни.

**Цель.** Изучить особенности пищевого поведения (ПП), социально-бытовые факторы и состояние ПЖ у пациентов с ГЭРБ.

**Материал и методы.** Обследованы 34 пациента гастроэнтерологических отделений 8 ГКБ и 1 РКБ в возрасте 50–77 лет (мужчин – 8, женщин – 26). Диагноз ГЭРБ верифицирован по клиническим рекомендациям (2024). Состояние ПЖ оценивалось по полному анализу кала, уровню амилазы крови и мочи и данным ультразвукового исследования. Для оценки ПП использовали Голландский опросник (DEBQ) и специальную анкету для оценки образа жизни.

**Результаты.** Преобладал ограничительный тип ПП у 20 пациентов (58,8%), экстернальный тип выявлен у 12 (35,3%), эмоциогенный – у 2 (5,9%). Малоактивный образ жизни ведут 18 пациентов (52,9%), однако 20 (58,8%) стараются двигаться после еды. Рекомендованной диеты придерживаются 18 (52,9%), но 14 (41,2%) испытывают трудности с соблюдением режима питания. Высокая приверженность терапии отмечена у 27 (79,4%), при этом 12 (35,3%) готовят пищу отдельно от семьи. Признаки дисфункции ПЖ выявлены у 21 пациента (61,8%). В этой группе чаще отмечались трудности соблюдения диеты (61,9 против 30,8% у больных ГЭРБ без поражения ПЖ) и более выражен ограничительный тип ПП.

**Выводы.** *Высокая частота сопутствующей дисфункции ПЖ на фоне ограничительного типа ПП, недостаточная физическая активность диктует необходимость персонализации диетотерапии у пациентов с ГЭРБ.*

## **СОСТОЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Михайлова О.Д., Вахрушев Я.М., Галицын Р.А.**

*ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия*

*ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Врачи-терапевты играют важную роль в оказании первичной медико-санитарной и специализированной помощи, недостаточная обеспеченность населения терапевтами может привести к снижению качества и доступности медицинской помощи.

**Цель.** Изучить динамику обеспеченности врачами-терапевтами и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Удмуртской Республике (УР) за 10 лет.

**Материал и методы.** Проанализированы данные из информационно-аналитических сборников «Основные показатели здоровья населения Удмуртской Республики» и «Медико-демографические показатели и углубленный анализ состояния здоровья населения».

Обеспеченность населения врачами рассчитывали по формуле:  $O=(F)/N \times 10\,000$ , где  $O$  – обеспеченность врачами,  $F$  – число врачей в государственных и муниципальных медицинских организациях УР,  $N$  – численность постоянного населения УР.

**Результаты.** Выявлено, что с 2013 по 2023 г. количество врачей-терапевтов в УР снизилось с 836 до 783 человек (на 6,3%). Обеспеченность врачами-терапевтами за это время уменьшилась с 5,53 до 5,43 на 10 тыс. населения. Число участковых терапевтов изменилось в меньшей степени: с 495 до 467 человек. Обеспеченность участковыми терапевтами стабильна: 3,28 в 2013 г. и 3,24 в 2023 г. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний за период с 2013 по 2023 г. снизилась с 608,8 до 476,4 на 100 тыс. населения с ростом показателя до 619,8 в 2020 г., при вспышке новой коронавирусной инфекции. Корреляции между смертностью от сердечно-сосудистой патологии и обеспеченностью населения врачами-терапевтами не выявлено.

**Выводы.** Обеспеченность врачами-терапевтами в УР имеет тенденцию к снижению. Организация специализированной кардиологической помощи позволила снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Михалёва М.М., Ефремова Е.В., Шутов А.М.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия

**Актуальность.** Множеством исследований подтверждено значительное влияние острого повреждения почек (ОПП), острой болезни почек (ОБП) и хронической болезни почек (ХБП) на течение сопутствующих заболеваний и их весомый вклад в коморбидность и прогноз. У пациентов пожилого возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), компоненты почечного континуума оказывают значительное влияние на исходы и реабилитационный потенциал, в связи с чем необходима оценка частоты их развития и определения подходов к лечению.

**Цель.** Оценить клинические фенотипы почечной дисфункции у пациентов старшей возрастной группы, перенесших ОНМК.

**Материал и методы.** На базе стационара медицинской реабилитации ГУЗ «ГКБ святого апостола Андрея Первозванного» проведено исследование, включившее 96 пациентов, перенесших ОНМК ишемического и геморрагического подтипов. Средний возраст  $66,6 \pm 6,1$  года, 54,2% – мужчины. Проведена оценка распространенности ОПП, ОБП и ХБП, их клинических фенотипов на основании данных медицинской документации и лабораторной диагностики. Для диагностики ОПП, ОБП, ХБП использовали актуальные клинические рекомендации. Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета StatSoft Statistica v.10.0.1011.6 (США).

**Результаты.** Частота ОПП в исследуемой группе составила 35,4%, среди них догоспитальное ОПП имели 61,8%, госпитальное – 38,2% пациентов. ОБП выявлена у 24% пациентов, из них ОБП без предшествующего ОПП – 46,4%. ХБП верифицирована у 52,5% пациентов. ОПП возникало на фоне имеющейся ХБП у 23,5% пациентов с ХБП, ОПП *de novo* (без установленной ранее ХБП) имели 55,9% пациентов с ОПП. Только 2 случая ОПП не привели к исходу в ОБП и ХБП.

**Выводы.** Пожилые пациенты, перенесшие ОНМК, демонстрируют высокую распространенность почечной дисфункции и ее различные клинические фенотипы, что требует активного выявления ОПП, ОБП и ХБП и разработки мероприятий для их профилактики.

## КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДОМЕНОВ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Моисеева А.Ю., Кобалава Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Россия

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) у пациентов старческого возраста часто сочетается с синдромом старческой астении (СА), однако роль отдельных доменов СА в клиническом течении и прогнозе ХСН остается недостаточно изученной. Комплексная оценка астении может улучшить стратификацию риска у данной категории больных.

**Цель.** Оценить клиническое и прогностическое значение доменов старческой астении у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** Проспективно включены 250 пациентов старше 75 лет, госпитализированных в стационар по поводу декомпенсации ХСН, медиана возраста – 83,0 [77,0–86,0] года, 41,6% (n=104) мужского пола. Всем пациентам, помимо традиционных лабораторно-инструментальных исследований, проводилась оценка 4 доменов СА (клинический, когнитивный, социальный и физический), а также определение интерлейкина 6 методом иммуноферментного анализа (Россия, ЗАО «Вектор-Бест») и биоимпедансный анализ состава тела (Россия, анализатор АВС-01 «Медасс»). Исход оценивался по комбинированной конечной точке (ККТ) – летальный исход от всех причин и/или повторная госпитализация по поводу ХСН в течение 1 года.

**Результаты.** У 95,6% (n=239) пациентов старческого возраста с ХСН наблюдался минимум один домен старческой астении, наличие всех четырех доменов наблюдалось более чем у трети пациентов. Нарушения в психокогнитивной и социальной сфере были наиболее распространенными – 73,2% (n=183) и 69,6% (n=174) соответственно, реже отмечался клинический и функциональный домен – у 60,8% (n=152) и 61,2% (n=153) пациентов соответственно. Большее количество доменов хрупкости было связано со снижением уровня гемоглобина и расчетной скорости клубочковой фильтрации, повышением NT-proBNP и повышением интерлейкина 6 (все значения  $p < 0,05$ ). Норму или ожирение имели большинство пациентов с меньшим количеством доменов. Более чем у трети пациентов с 3–4 доменами имели саркопению или саркопеническое ожирение. Большее количество доменов старческой астении было связано с более высокой частотой событий для ККТ (Log Rank 10,87,  $p=0,02$ ). Наличие всех четырех доменов СА увеличивает риск ККТ в 2,9 раза (ОШ 2,9; 95% ДИ 1,7–5,1,  $p < 0,05$ ), госпитальной летальности – в 10,7 раза (ОШ 10,7; 95% ДИ 4,7–24,2,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с ХСН большее количество нарушенных доменов СА связано с изменениями в композитном составе тела (большей распространенностью саркопении и саркопенического ожирения), повышением воспалительных маркеров, NT-proBNP и повышенным риском неблагоприятных исходов.

## ЭВОЛЮЦИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЗА 20 ЛЕТ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Моисеева С.А. К., Кокорин В.А.

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Острый перикардит (ОП) остается актуальной проблемой кардиологии с ежегодной заболеваемостью 0,2–0,5% в популяции и ростом госпитализаций на 47% за последние два десятилетия. Изменение этиологической структуры заболевания в реальной клинической практике изучено недостаточно.

**Цель.** Проанализировать динамику этиологических факторов ОП у пациентов, госпитализированных в стационар в 2006–2015 и 2016–2025 гг.

**Материал и методы.** Проведено одноцентровое ретроспективное исследование пациентов, госпитализированных с диагнозом ОП в ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ в 2006–2025 гг. Критерии включения: возраст старше 18 лет, верифицированный диагноз ОП. Критерии невключения: тяжелая сопутствующая патология с ограниченной продолжительностью жизни, включая злокачественные новообразования. В окончательный анализ включили 179 пациентов: 121 мужчин (67,6%) и 58 женщин (32,4%).

**Результаты.** Средний возраст больных  $51,7 \pm 11,5$  года. Этиологическая структура ОП в общей когорте распределилась следующим образом: идиопатический перикардит – 126 пациентов (70,4%), инфекционный – 29 (16,2%), после поражения сердца – 16 (8,9%), аутоиммунный – 3 (1,7%), метаболический – 3 (1,7%), лекарственно-индуцированный – 2 (1,1%).

При сравнительном анализе периодов 2006–2015 гг. ( $n=86$ ) и 2016–2025 гг. ( $n=93$ ) выявлено увеличение доли инфекционных перикардитов с 11,6 до 18,3% ( $p=0,20$ ) и снижение доли идиопатических форм с 76,7 до 64,5% ( $p=0,07$ ). Доля перикардитов после поражения сердца возросла с 7,0 до 10,8% ( $p=0,37$ ), что, вероятно, связано с ростом числа кардиохирургических вмешательств.

**Выводы.** В структуре причин острого перикардита у госпитализированных пациентов преобладают идиопатические формы (70,4%), однако наблюдается тенденция к снижению их доли за счет улучшения диагностических возможностей, включая внедрение МРТ сердца и ПЦР-диагностики. Полученные данные подчеркивают необходимость совершенствования этиологической диагностики ОП в многопрофильных стационарах.

## НЕТИПИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕБЮТА ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

**Молостцова А.Ф., Салимова Л.М.**

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Россия*

**Введение.** Актуальность. В статье представлен клинический случай паранеопластической крапивницы, развившейся за 3 мес. до постановки диагноза «острый миелоидный лейкоз».

**Описание случая.** В июле 2024 г. пациента М., 34 лет, стали беспокоить гиперемированные, отечные, зудящие высыпания кожи мигрирующего характера. Аллергологом выставлен диагноз «идиопатическая крапивница», прием антигистаминных препаратов без желаемого результата. По совету аллерголога в августе 2024 г. пациент обращается к гастроэнтерологу. В ходе лабораторно-инструментального исследования были обнаружены следующие изменения: в общем анализе крови (ОАК) лейкопения до  $2,5 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопения до  $110 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитарная формула без особенностей. Ультразвуковое исследование почек, органов брюшной полости и фиброгастродуоденоскопия без особенностей. По причине выявленных изменений пациента направили к гематологу. В ходе осмотра гематологом была обнаружено безболезненное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа. На кожных покровах обнаружены четко очерченные, эритематозные уртикарные высыпан.

**Заключение.** *Знание о патогенетических механизмах развития, особенностях течения паранеопластических синдромов должно помочь клиницисту в ранней диагностике онкологического заболевания и, как следствие, своевременном начале этиологического и патогенетического лечения, направленного на сохранение жизни пациента.*

## **ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ИЗ АЗИАТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

**Мохаммед Х., Курникова И., Аль А.А., Муршед С.**

*ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Ожирение – глобальная проблема здравоохранения и фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Оно приводит к метаболическим и гемодинамическим нарушениям, способствующим кардиальной вегетативной нейропатии: снижению парасимпатического тонуса и относительной симпатической активации. Особую значимость это имеет у молодых пациентов, у которых ранние признаки дисрегуляции часто остаются незамеченными. Этнические особенности также могут влиять на характер ожирения и сопутствующих нарушений.

**Цель.** Оценить вегетативную регуляцию сердца по показателям вариабельности сердечного ритма (ВСР) у молодых пациентов с ожирением из азиатской популяции.

**Материал и методы.** В исследование были включены 40 пациентов (средний возраст  $28,4 \pm 1,23$  года) разделены на две группы. 1-я ( $n=20$ ) – с ожирением (ИМТ  $35,6 \pm 4,2$  кг/м<sup>2</sup>), 10 мужчин, 10 женщин. 2-я ( $n=20$ ) – здоровые с нормальным ИМТ ( $21,2 \pm 3,1$  кг/м<sup>2</sup>), 10 мужчин, 10 женщин. Проведены сбор анамнеза, физикальный осмотр (оценка ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, ИВО), лабораторные исследования и суточное мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ, аппарат «Валента 8»). Анализировали временные и частотные показатели ВСР (SDNN, LF, HF) с акцентом на ЧСС.

**Результаты.** У пациентов с ожирением азиатской популяции выявлено снижение дневного SDNN ( $116,9 \pm 2,1$  vs  $126,6 \pm 4,2$  мс;  $p < 0,02$ ) и максимальной ЧСС ( $127,2 \pm 3,1$  vs  $139,4 \pm 4,1$  уд/мин;  $p < 0,01$ ) относительно контроля. Спектральный анализ показал рост LF ( $7,8 \pm 2,3$  vs  $6,2 \pm 1,4$  у. е.;  $p < 0,003$ ) и HF ( $37,4 \pm 4,1$  vs  $16,5 \pm 2,1$  мс<sup>2</sup>;  $p < 0,01$ ).

Это свидетельствует о симпатической активации, вегетативном дисбалансе и напряжении регуляторных механизмов при ожирении.

**Выводы.** У молодых пациентов с ожирением азиатской популяции выявлен вегетативный дисбаланс: снижение SDNN, уменьшение дневной ЧСС, повышение LF и HF. Это указывает на гиперсимпатикотонию, напряжение регуляторных систем и нарушение симпатопарасимпатического баланса. Оценка ВСР является информативным методом ранней диагностики вегетативной дисфункции и может служить основой для профилактических мероприятий.

## СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИКОВ

Мохаммед Х.Х.А., Курникова И.А.

ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) является значимой проблемой медицинского образования, оказывая негативное влияние на психологическое состояние обучающихся и способствуя формированию поведенческих паттернов, ассоциированных с риском развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

**Цель.** Оценка распространенности СЭВ и его взаимосвязи с биопсихосоциальными и поведенческими факторами риска ХНИЗ у студентов-медиков.

**Материал и методы.** В ходе одноцентрового кросс-секционного исследования проведено добровольное анонимное онлайн-анкетирование 204 студентов (86,3% женщин) в возрасте 18–25 лет (средний возраст  $21,3 \pm 1,8$  года) 1–6 курсов Пироговского университета.

Оригинальная анкета включала 61 вопрос, сгруппированный в пять блоков: социально-демографические характеристики, образ жизни, состояние здоровья, учебный стрессе и проявления СЭВ.

**Результаты.** СЭВ выявлен у 83 (40,7%) респондентов (95% ДИ 33,9–47,8%). Студенты с СЭВ достоверно чаще демонстрировали низкий уровень физической активности (34,6 против 13,3%;  $p < 0,001$ ), неполноценный рацион питания (28,4 против 40,8%;  $p = 0,016$ ), нарушения сна (34,9 против 14,0%;  $p = 0,002$ ), курили на момент исследования (57,8 против 15,7%;  $p < 0,001$ ), реже имели отличную успеваемость (6,2 против 21,7%;  $p < 0,001$ ). Выявлена сильная прямая связь СЭВ с неудовлетворенностью учебной работой ( $\phi = 0,35$ ;  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности СЭВ среди студентов-медиков и его тесной взаимосвязи с комплексом патологических поведенческих паттернов и снижением академической успеваемости. Результаты подчеркивают необходимость интеграции в образовательный процесс системной психологической поддержки, пропаганды здорового образа жизни и мониторинга академического стресса.

## **ФАКТОРЫ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

**Муса Х.Х.Д., Кокорин В.А., Селиванов Г.А.**

*ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»  
Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия*

**Цель.** Выявить клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные факторы, ассоциированные с развитием геморрагических осложнений у пациентов с ТЭЛА на амбулаторном этапе.

**Материал и методы.** В исследование включены 212 пациентов с верифицированной ТЭЛА (150 ретроспективная, 62 проспективная). Обследование проводилось через 3 мес. после верификации ТЭЛА. Пациенты разделены по наличию кровотечений в течение 12 мес. Оценивали клинические симптомы, лабораторные показатели и эхокардиографию. Статистический анализ: U-критерий Манна–Уитни, критерий Бруннера–Мюнцеля, хи-квадрат Пирсона, точный критерий Фишера. Значимость при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Кровотечения развились у 23 пациентов (10,8%). Клинические симптомы ТЭЛА (одышка, кашель, боль в груди) не связаны с риском кровотечения ( $p > 0,05$ ). Значимые предикторы: недавнее оперативное вмешательство (25,9 против 9,1%;  $p = 0,024$ ), онкологическое заболевание (20,3 против 7,4%;  $p = 0,013$ ). Гемодинамические параметры: систолическое АД выше у пациентов с кровотечениями (131 против 126 мм рт. ст.;  $p = 0,019$ ; 95% ДИ 0,497–0,759), фракция выброса ЛЖ снижена (50 против 56%;  $p = 0,031$ ; 95% ДИ 0,532–0,771). Лабораторные маркеры: аланинаминотрансфераза ( $p = 0,030$ ; 95% ДИ 0,512–0,773) указывает на роль печеночной дисфункции в геморрагических осложнениях.

**Выводы.** *Ключевые факторы риска кровотечений у пациентов с ТЭЛА: коморбидность (онкопатология, оперативные вмешательства) и гемодинамические показатели (повышенное систолическое АД, снижение фракции выброса ЛЖ). Маркеры печеночной функции имеют прогностическую нагрузку. Учет этих факторов позволяет индивидуализировать антикоагулянтную стратегию и повысить безопасность долгосрочного лечения.*

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Мухаметова Д.Д., Фомина Е.Е., Одинцова А.Х., Шамсуллина А.Ф., Абдулганиева Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Россия

ГАУЗ РКБ МЗ РТ, г. Казань, Россия

**Актуальность.** Ультразвуковое (УЗ) исследование позволяет неинвазивно оценивать активность воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) – болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), рекомендуется использование УЗ-индексов и контрастно-усиленное УЗ-исследование (КУУЗИ).

**Цель.** Оценить активность ВЗК с помощью УЗ-индексов и КУУЗИ.

**Материал и методы.** В исследование включены 136 пациентов с ВЗК – 95 (70%) с БК и 41 (30%) с ЯК. Тяжесть БК оценивалась по индексу Харви–Брэдшоу, ЯК – индексу Мейо; для оценки УЗ-активности БК использовался индекс IBUS-SAS (создан сайт-калькулятор [https://ajdarminbaev2-eng.github.io/web\\_kgmu\\_1/](https://ajdarminbaev2-eng.github.io/web_kgmu_1/)), для ЯК – индекс MUC (<https://ibd.calc.mbul.at>). У 26 пациентов с ВЗК проводилось КУУЗИ с внутривенным введением 2,4 мл гексафторида серы.

**Результаты.** Значение индекса IBUS-SAS при обострении БК (47 [29,4; 71]) было выше, чем при ремиссии (12,6 [10,4; 21,4],  $p < 0,001$ ). При легкой БК значение ниже 39,2 [23; 57], чем при средней – 52,4 [41,5; 74,4] ( $p = 0,02$ ) и тяжелой – 85,4 [71; 92,84] ( $p = 0,003$ ). При обострении ЯК значение индекса MUC выше 9 [7,8; 11,8], чем в ремиссию – 4,2 [3,6; 4,9] ( $p < 0,001$ ). При тяжелой атаке ЯК значение выше (11,8 [10,1; 14]), чем при средней (8,8 [7,9; 11,2],  $p > 0,05$ ) и легкой (6,1 [4,9; 7,1],  $p = 0,03$ ). Медиана значения AUC кривой интенсивность – время при КУУЗИ при легкой атаке ВЗК (2924 [2123; 3212] лин. Сек.) была выше, чем при средней (3797 [3300; 4666],  $p = 0,006$ ) и тяжелой (3716 [3247; 3972],  $p = 0,007$ ).

**Выводы.** Значения индексов IBUS-SAS и MUC были выше при обострении БК и ЯК, максимальны при тяжелой атаке. Показатель AUC при КУУЗИ оказался наиболее информативным УЗ-параметром для оценки активности ВЗК.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И УЗ-ПРИЗНАКОВ ДИСФУНКЦИИ ЖВП И НАЖБП С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ

Набиева А.А., Габдрахимова Р.А., Афлятунова А.Б., Якина Д.М., Ахматянова К.Р.  
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

**Актуальность.** В последние годы особое внимание уделяется неалкогольной жировой болезни печени с распространенностью 25–30% в популяции. Часто данное состояние сочетается с функциональными и органическими нарушениями желчевыводящих путей, включая их дисфункцию и билиарный сладж. Вопрос о самостоятельности дисфункции или ее связи с метаболическими нарушениями остается открытым. Сравнительный анализ различных форм патологии важен для диагностики и лечения.

**Цель.** Провести сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей и ультразвуковых изменений у пациентов с изолированной дисфункцией желчевыводящих путей (ДЖВП) (группа 2) и у пациентов с сочетанием неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), ДЖВП и билиарного сладжа (группа 1) с целью выявления патогенетических особенностей и оптимизации лечебной тактики.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 пациентов, разделенных на две группы: основную – с НАЖБП в сочетании с ДЖВП и билиарным сладжем, группу сравнения – с изолированной ДЖВП без признаков поражения печени. Всем пациентам проведены клиническое обследование, антропометрия с расчетом ИМТ, измерение АД, биохимический анализ крови и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

**Результаты.** Пациенты с НАЖБП и ДЖВП имели более высокий ИМТ и артериальную гипертензию. Лабораторно выявлены атерогенная дислипидемия, повышение АЛТ и АСТ, гипергликемия натощак. При изолированной ДЖВП показатели крови оставались в пределах нормы. УЗИ первой группы показало стеатоз печени, билиарный сладж и множественные полиповидные образования, второй – изменения ограничивались желчевыводящими путями. Клинически первая группа имела выраженные системные проявления, вторая – локальные. После терапии билиарный сладж исчез у всех, полипы регрессировали только при НАЖБП, что подтверждает их холестериновую природу.

**Выводы.** *Изолированная ДЖВП протекает на фоне нормальной печени и антропометрии, с локальными диспептическими и болевыми симптомами; терапия нормализует моторику желчных путей и устраняет сладж, полипы сохраняются. Сочетанная НАЖБП и ДЖВП сопровождается дислипидемией и цитолизом печени; лечение приводит к регрессу сладжа и холестериновый полипов, улучшению липидного профиля и трансаминаз.*

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Набойченко М.Д., Оконечникова Н.С., Болотнова Т.В.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

**Актуальность.** Качество жизни (КЖ) больных является важным интегральным и независимым показателем в оценке степени тяжести и эффективности лечения больных различными заболеваниями, в том числе сердечно-сосудистой патологией. В последнее время наблюдается повышенный интерес к оценке КЖ при кардиологических заболеваниях с учетом сопутствующей ассоциированной патологии.

**Цель.** Оценить влияние сахарного диабета 2-го типа (СД) на показатели качества жизни (КЖ) больных артериальной гипертензией (АГ) в пожилом возрасте.

**Материал и методы.** КЖ определяли с помощью опросника SF-36 у больных пожилого возраста с АГ в ассоциации с СД (34 пациента) и без него (40 пациентов). Больные с вторичными артериальными гипертензиями из исследования исключались. Опросник SF-36 заполнялся респондентами самостоятельно. Результаты представляли в виде оценок в баллах (от 0 до 100). Оценивали физический и психологический статус респондентов по 8 шкалам.

**Результаты.** Больные пожилого возраста с АГ и СД имели снижение КЖ по 8 шкалам. Физический компонент здоровья по шкалам интенсивности боли, общего состояния здоровья, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, был достоверно ниже, чем у лиц без СД. Итоговый «физический компонент здоровья» был низким, как у больных с наличием, так и с отсутствием СД (40,5 и 48,9 балла,  $p=0,05$ ). Психологический компонент здоровья по шкалам социального и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, был достоверно ниже, чем у лиц без СД. Итоговый «психологический компонент здоровья» больных с АГ в зависимости от наличия СД достоверно не отличался ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Наличие СД у пожилых больных с АГ в большей степени влияет на ухудшение КЖ, связанного с «физическим компонентом здоровья», в то время как на снижение КЖ, связанного с «психологическим компонентом здоровья», наличие СД значительного влияния не оказывает. В клинической практике целесообразно определять КЖ с использованием опросника SF-36 пожилым больным с ассоциированной патологией для оптимизации лечебных и реабилитационных мероприятий.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛОМНОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ

Николаева Н.А., Воронкова О.О., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н.

*Сеченовский университет, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются распространенными респираторными заболеваниями, в основе которых лежат хроническое воспаление и оксидативный стресс. В фокусе современных исследований находится определение метаболомного профиля, который позволяет оценить системные нарушения на молекулярном уровне.

**Цель.** Сравнить метаболомный профиль пациентов с БА и ХОБЛ+БА с группой контроля.

**Материал и методы.** В исследование включены 134 пациента, которые были распределены на 3 группы: контроль (n=76), БА (n=24) и ХОБЛ+БА (n=34). Количественные показатели, распределение которых отличалось от нормального, представлены в виде медианы и квартилей. Сравнение трех групп выполнено с использованием критерия Краскела–Уоллиса, апостериорные сравнения – критерия Данна с поправкой Холма. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Как у пациентов с изолированной БА, так и в группе ХОБЛ+БА выявлено статистически значимое снижение следующих показателей: АДМА, аргинин/АДМА, бетаин/холин, глутатион/глутатиондисульфид, аргинин/орнитин+цитруллин и глутамин/глутамат по сравнению с группой контроля. В группе ХОБЛ+БА также зафиксированы статистически значимые изменения в метаболизме триптофана: снижение показателей кинуренин/триптофан, кинурениновая кислота/кинуренин и триптофан/кинуренин, а также повышение аланина, валина и свободного карнитина. Специфичными для фенотипа ХОБЛ+БА по сравнению с изолированной БА оказались более низкие значения кортизола и аргинин/АДМА, а также более высокие показатели орнитина и уридина.

**Выводы.** Таким образом, пациенты с фенотипом ХОБЛ+БА демонстрируют более выраженные метаболические сдвиги, особенно в отношении биосинтеза аргинина и триптофанового пути, что может отражать более высокую степень системного воспаления и окислительного стресса по сравнению с изолированной БА.

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ БЕЛОГО ХАЛАТА У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ**

**Николенко Е.С., Чулков В.С., Сяндюкова Е.Г.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия*

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) белого халата у беременных часто остается вне зоны пристального внимания из-за отсутствия стойкого повышения АД клинически. Ее влияние на перинатальные и материнские исходы изучено недостаточно. Данные о том, является АГ белого халата самостоятельным предиктором осложнений беременности, противоречивы, что определяет необходимость уточнения ее прогностической значимости и разработки оптимальной тактики наблюдения.

**Цель.** Оценить влияние АГ белого халата на частоту совокупного неблагоприятного исхода беременности.

**Материал и методы.** В проспективное когортное исследование включены 88 беременных, разделенных на две группы: 44 женщины с АГ белого халата и 44 с нормальным АД. Проведена оценка факторов кардиометаболического риска, суточного мониторирования артериального давления (СМАД), структурно-функционального состояния сердца, сосудов, почек. Для прогнозирования неблагоприятного исхода применена бинарная логистическая регрессия с Ridge-регуляризацией, построена ROC-кривая.

**Результаты.** В группе АГ белого халата частота неблагоприятного исхода составила 15,9% (7/44) против 0% (0/44) в контрольной группе ( $p=0,012$  по тесту Фишера). В мультивариантной модели АГ белого халата являлась независимым предиктором неблагоприятного исхода (ОШ 2,16; 95% ДИ 1,06–4,03;  $p=0,024$ ). Диагностическая значимость модели: AUC 0,875. Дополнительными факторами риска были развившаяся гестационная артериальная гипертензия (ОШ 2,44; 95%ДИ 0,85–5,34;  $p=0,058$ ) и возраст (ОШ 1,08; 95% ДИ 0,92–2,29;  $p=0,736$ ).

**Выводы.** АГ белого халата у беременных ассоциирована с повышением риска неблагоприятного исхода беременности в 2,16 раза. Пациенткам с АГ белого халата требуется тщательное наблюдение с проведением СМАД до 20 нед. беременности и комплексной клиничко-лабораторно-инструментальной оценкой.

## ВОЗМОЖНОСТИ СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

**Олейникова В.Д.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет), г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является важнейшей задачей современного здравоохранения, а ее оптимальные алгоритмы существенно зависят от оценки сердечно-сосудистого риска (ССР). Известные шкалы стратификации ССР риска в подавляющем большинстве разработаны и адаптированы для популяции лиц старше 40 лет, что затрудняет персонификацию прогноза у молодых людей.

**Цель.** Оценка распространенности субклинического атеросклеротического поражения у лиц молодого возраста российской популяции и информативности существующих инструментов стратификации ССР в данной когорте.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ амбулаторных медицинских карт 227 жителей московского региона (52,4% женщин) в возрасте 18–40 лет (средний возраст  $35,19 \pm 4,14$  лет), прошедших профилактическое медицинское обследование, в том числе ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий. Стратификация ССР у участников исследования проведена с применением шкал относительного риска (ШОР), Prevent, Score и Score2.

**Результаты.** При расчете ССР по ШОР у лиц с ТКИМ  $<0,9$  см частота умеренного и высокого риска составила 99,52 и 0,48%, все исследуемые с ТКИМ  $>0,9$  см имели умеренный риск ( $p=0,776$ ). По шкале Prevent в группе с ТКИМ  $<0,9$  см частота низкого и умеренного ССР составила 96,19 и 3,81%, в группе с ТКИМ  $>0,9$  см – 94,12 и 5,88 % ( $p=0,674$ ). По шкале Score в группе с ТКИМ  $<0,9$  см частота низкого и умеренного ССР составила 78,1 и 21,9%, в группе с ТКИМ  $>0,9$  см – 64,71 и 35,29% ( $p=0,207$ ). По Score2 в группе с ТКИМ  $<0,9$  см частота низкого, умеренного и высокого ССР составила 26,19, 64,76 и 9,05%, в группе с ТКИМ  $>0,9$  см частота низкого, умеренного и высокого ССР составила 5,88, 76,47 и 17,65% ( $p=0,042$ ).

**Выводы.** Утолщением КИМ и субклинический атеросклероз сонных артерий обнаружены у 7,05% обследованных. Выявлены достоверные различия частоты умеренного и низкого риска, рассчитанного по Score2 у лиц с патологией ТКИМ и без таковой.

## ГЕМОХРОМАТОЗ: ЦЕНА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОШИБКИ

**Олендер М.В., Квиткова Л.В.**

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия*

**Введение.** Гемохроматоз – заболевание с массивной перегрузкой тканей железом с последующим их фиброзом и нарушением функции. Встречается с частотой 2:1000. Актуальность проблемы обусловлена недостаточной осведомленностью клиницистов о причинах гемохроматоза, его диагностике, клинике и лечении, что является причиной инвалидизации, сокращения продолжительности жизни. В 80% случаев заболевание остается прижизненно не диагностированным.

**Описание случая.** Больная, 40 лет. Жалобы на одышку в покое, отеки на нижних конечностях, постоянную тяжесть в правом подреберье, гиперпигментацию кожных покровов, слабость. Заболевание началось в 24 года с клиники гипотиреоза. Назначена терапия Тироксином. С 28 лет нарушился менструальный цикл, с 29 лет – аменорея. Лечилась Фемостоном. С 32 лет – клиника хронической надпочечниковой недостаточности, назначен гидрокортизон. В 36 лет – манифестация СД с постоянной инсулинотерапией. При двукратном исследовании сывороточного железа получен верхний уровень референсных значений (28 и 29 мкмоль/л). В 39 лет появилась клиника хронического гепатита, а также кардиомиопатии. Заболевание расценивалось как аутоиммунный процесс. При госпитализации в эндокринное отделение ГАУЗ КОКБ впервые предположен диагноз гемохроматоз и рекомендовано исследования ферритина, ОЖСС, трансферрина, сывороточного железа, биопсии и МРТ печени.

**Заключение.** Однако в день поступления при явлениях прогрессирования сердечной и гепатоцеллюлярной недостаточности наступила смерть больной. Результаты патологоанатомического вскрытия: гемохроматоз с поражением печени, сердца, поджелудочной железы, надпочечников, щитовидной железы, яичников.

Причина нераспознанного при жизни гемохроматоза: не использование диагностического алгоритма гемохроматоза у больной с ХНН.

### **Выводы**

- 1. Сочетание полигландулярной недостаточности с поражением печени, сердечно-сосудистой системы требует исключения диагноза гемохроматоз и проведение исследований согласно диагностическому алгоритму гемохроматоза.*
- 2. Манифестация гемохроматоза может начинаться с поражения желез внутренней секреции с последующим присоединением поражения внутренних органов: печени, сердца.*

## **ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДА СПИРОМЕТРИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**Оленькова А.В.**

*ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия*

**Актуальность.** Среди методов диагностики заболеваний дыхательных путей особое значение имеет спирометрия, при этом до 60% спирометрических исследований проводится некачественно.

**Цель.** Оценить качество метода спирометрии в районной поликлинике.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе ЦРБ. Кабинет функциональной диагностики оснащен согласно лицензионным требованиям. Качество проведения спирометрии оценивалось на основании методических рекомендаций РРО (2023). Были обследованы 50 пациентов в возрасте 25 до 86 лет, пациенты разделены на две возрастные группы: лица младше 60 лет (19=38%), лица 60 лет и старше (31=62%). Проанализированы возраст, индекс массы тела, наличие курения и основных ХНИЗ.

**Результаты.** При оценке инфекционной безопасности не проводится использование новой пары перчаток перед каждым пациентом, не проводится биологическая калибровка. Вопросы о курении и приеме лекарственных препаратов не фиксируются в протоколе, не проводится измерение АД перед спирометрией. Для поиска взаимосвязей разработана глобальная оценка правильности маневра, пациенты без ожирения имели более высокую оценку спирограммы ( $4,30 \pm 1,18$  балла) по сравнению с пациентами с ожирением ( $3,44 \pm 1,45$ ,  $p=0,04$ ). Мужчины демонстрируют значительно более высокие оценки спирограммы ( $5,00 \pm 0,89$ ) по сравнению с женщинами ( $3,51 \pm 1,33$ ,  $p=0,001$ ). Другие исследованные клинические параметры на качество спирограммы не влияли.

### **Выводы:**

- 1) при проведении спирометрии не в полной мере соблюдаются требования инфекционной безопасности, учета параметров микроклимата и калибровки прибора;*
- 2) наиболее проблемными этапами выполнения форсированного маневра являются своевременное завершение выдоха и плавность кривой;*
- 3) значимое влияние на качество спирограммы оказывают пол и наличие ожирения, что указывает на необходимость более тщательного обучения технике маневра пациентов.*

## ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОМ ДУЭТЕ (СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ И ПОЛИМИОЗИТ)

**Осипянц А.А., Осипянц Р.А., Троицкая Е.А., Симонова Е.Н., Мутовина З.Ю., Гайдукова И.З.**

*ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ» Минздрава России, г. Саратов, Россия*

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия*

*ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, г. Москва, Россия*

*ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ», г. Москва, Россия*

*СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** Комбинация системной склеродермии (ССД) и полимиозита (ПМ) является наиболее распространенным типом OVERLAP-синдрома. Представлен пациент А., 33 лет, с диагнозом ССД, лимитированная форма с поражением кожи (диффузная гиперпигментация кожи, склеродактилия, кожный счет по Rodnan 6), сосудов (синдром Рейно, дигитальные язвы), почек (склеродермическая почка), иммунологические нарушения: АНФ+, антиSc170+. ПМ с поражением проксимальных мышц (повышение КФК, некротизирующая миопатия по биопсии от марта 2024 г., иЭМГ от 2021 г.), пищевода (снижение моторики пищевода). Осложнение: быстро прогрессирующий гломерулонефрит. ОПП с исходом в ХБП. СКФ (СКД-ЕРІ): 13 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>. С5 А1 по KDIGO.CREST-синдром с поражением почек. Программный гемодиализ с марта 2024 г.

**Описание случая.** Дебют с 2018 г. с-м Рейно. С 2019 г. дигитальные язвочки. В 2021 г. лабораторно: АНФ (HEp-2) 1:2560, АТ к Sc1-70+, КФК 3550 Ед./л. Учитывая склеродактилию, с-м Рейно, телеангиоэктазии, иммунологические нарушения – д-з ССД. Слабость проксимальных мышц, выраженное нарушение моторики пищевода, некротизирующая миопатия по биопсии и иЭМГ указывают в пользу ПМ (перекрестный синдром). Терапия глюкокортикоидами (ГК) 4 мг/сут. (метотрексат (MTX) не принимал). Ухудшение с декабря 2024 г. (слабость, лихорадка, одышка, кашель). МСКТ ОГК – двусторонний гидроторакс, гидроперикард, нижнедолевая пневмония. Эхо-КГ-ФВ 40%, сепарация листков перикарда. Выявлено повышение острофазовых маркеров воспаления (СРБ-81г/л, L- 18тыс/мкл, ПРКТ 2,4), ферментов мышечного повреждения (КФК -792 Ед./мл, АСТ-10N, АЛТ-40N), азотемия (креатинин 310 мкм/л, СКФ 21 мл/мин). Проведена антибактериальная, кардиотропная терапии и ГК 15 мг/сут.

**Заключение.** С учетом нарастающей азотемии 16.03.2024 инициирован программный гемодиализ. В связи с недостаточным эффектом низких доз ГК+иАПФ, невозможностью назначить высокие дозы ГК, прогрессирующей почечной недостаточностью, высоким риском инфекционных осложнений, пациенту начата анти-В-клеточная терапия ритуксимабом (РТХ) в дозе 1 г с последующим введением каждые 6 мес. с улучшением состояния (суммарно 4 г.). Поражение почек при системном дуэте определяет тактику ведения и прогноз пациента. Важно своевременно начать иммуносупрессивную терапию, в том числе РТХ, для сохранения функции почек и улучшения исхода болезни.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, АДИПОКИНОВ И ЦИТОКИНОВ ПРИ НАЖБП У МОЛОДЫХ**

**Панкова Е.Д., Чулков В.С., Эктова Н.А., Чулков В.С.**

*ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет,  
г. Челябинск, Россия*

*ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого»,  
г. Великий Новгород, Россия*

**Актуальность.** Развитие неалкогольной жировой болезни печени тесно связано с метаболическим синдромом. В последние годы были выявлены нетрадиционные маркеры, такие как провоспалительные цитокины (ИЛ-6, 8; фактор некроза опухолей- $\alpha$ ), которые патогенетически связаны с развитием кардиоренометаболических заболеваний. Представляется актуальным изучение метаболических показателей, адипокинового и цитокинового профилей у молодых лиц с НАЖБП.

**Цель.** Оценить метаболический статус, адипокиновый и цитокиновый профили у лиц молодого возраста на ранних стадиях кардиоренометаболического синдрома (КРМС) при наличии неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** Обследовано 100 человек (18–44 лет), разделенных на группу НАЖБП ( $n=50$ : 17 мужчин, 33 женщины) и группу контроля ( $n=50$ : 13 мужчин, 37 женщин). Изучены показатели индекс НОМА-IR, HbA1c, триглицериды (ТГ), уровни лептина, адипонектина, ИЛ-6, ИЛ-8 и фактор некроза опухолей- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ). Статистический анализ выполнен с применением критерия Манна–Уитни, данные представлены в виде Me [Q1; Q3].

**Результаты.** У женщин с НАЖБП выявлены статистически значимые различия от группы контроля: НОМА-IR 1,29 [0,51; 5,25] vs 0,52 [0,36; 1,01] ( $p=0,012$ ); лептин 30,1 [12,0; 51,0] vs 12,2 [7,0; 21,9] нг/мл ( $p=0,036$ ); ТГ 1,60 [0,80; 2,10] vs 0,90 [0,70; 1,70] ммоль/л ( $p=0,045$ ); ИЛ-6 4,42 [1,62; 23,85] vs 2,36 [1,33; 5,16] нг/мл ( $p=0,022$ ) и ИЛ-8 12,68 [7,68; 18,15] vs 5,61 [3,17; 11,44] нг/мл ( $p=0,018$ ). У мужчин в группе НАЖБП достоверно отличались от группы контроля: НОМА-IR 3,22 [1,89; 24,31] vs 0,95 [0,50; 1,37] ( $p=0,041$ ); HbA1c 6,83 [5,35; 7,48] vs 5,92 [4,62; 6,63]% ( $p=0,046$ ); ТГ 2,30 [2,10; 2,40] vs 1,20 [0,90; 1,50] ммоль/л ( $p=0,039$ ) и ФНО- $\alpha$  11,67 [5,40; 11,67] vs 6,20 [3,25; 6,33] нг/мл ( $p=0,042$ ).

**Выводы.** Развитие КРМС на ранних стадиях характеризуется глубокой метаболической перестройкой и системным воспалением с выраженным гендерным диморфизмом. Гиперлептинемия в сочетании с ростом ИЛ-6 и ИЛ-8 специфична для женщин с НАЖБП, в то время как для мужчин с НАЖБП характерны более тяжелая инсулинорезистентность и высокая активность ФНО- $\alpha$ . Наличие НАЖБП является надежным маркером раннего метаболического неблагополучия у молодежи.

## **ЛИМФОМА С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОНКОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ**

**Парфенова О.А., Стуклов Н.И., Митерев Н.**

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Россия, г. Москва*

*МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Первичные лимфомы кишечника представляют гетерогенную группу неходжкинских лимфом, встречаются достаточно редко, составляя около 20–30% случаев. Наиболее распространены MALT-лимфомы, ассоциированные со слизистой оболочкой, и диффузные В-крупноклеточные лимфомы (ДВККЛ), составляющие до 70% случаев. Данное заболевание редко встречается относительно других ЛПЗ, нет четко описанной клинической картины и диагностических подходов.

**Цель.** Изучить и описать клинико-диагностические особенности ЛПЗ с первичным поражением тонкого кишечника.

**Материал и методы.** Ретроспективно проанализированы данные 15 пациентов, обследованных и пролеченных в отделения высокодозной химиотерапии с блоком трансплантации костного мозга в МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России за период с 2018 по 2020 г.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 54 года. Мужчины (9 пациентов – 60%) болеют чаще женщин. До верификации диагноза, основной жалобой была боль различной степени интенсивности: 9 пациентов (60%) были госпитализированы в связи с наличием интенсивного болевого синдрома, 6 пациента (40%) отмечали длительную неинтенсивную боль. У 14 из 15 пациентов (93,3%) отмечались В-симптомы: 12 пациентов (85,7%) жаловались на потерю веса, лихорадка выше 38 °С наблюдалась у 5 пациентов (35,8%), ночная потливость – 3 пациента (21,4%). Диарея наблюдалась у 5 больных (33,3%). Верификация диагноза была выполнена с помощью диагностического оперативного вмешательства с последующим гистологическим и ИГХ исследований.

**Выводы.** Клиническая картина лимфомы тонкой кишки неспецифична, наиболее частым клиническим проявлением является интенсивный болевой синдром и триада В-симптомов. Как правило, гистологический вариант опухоли – ДВККЛ (87% – 13 пациентов). Согласно нашим данным самая область поражения – подвздошная кишка (53,4% случаев – 8 пациентов).

## ПРОБЛЕМЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ РОСТА

**Подхватилина А.С., Никитин И.Г.**

*ФГАОУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** В России распространенность остеопороза среди лиц в возрасте старше 50 лет достигает 34% у женщин и 27% у мужчин, а численность лиц пожилого и старческого возраста неуклонно растет. Как правило, остеопороз протекает бессимптомно, до возникновения его осложнений в виде низкотравматичных переломов. Снижение роста пациентов может затруднять диагностику остеопороза методом денситометрии.

**Цель.** Представить данные возрастных изменений роста и минеральной плотности костной ткани разных отделов скелета у пациентов с остеопорозом и остеопенией.

**Материал и методы.** Поперечное исследование 140 пациентов с диагностированным нарушением костной плотности (osteopenia и osteoporosis), обратившихся на прием к эндокринологу НМИЦ ЛРЦ МЗ РФ в 2023–2024 гг. Данные пациентов были разделены по возрастным группам (40–59, 60–74 и старше 75 лет) и статистически обработаны, в результатах представлено р-значение в критерии Краскела–Уоллиса. Большинство пациентов были женского пола (133 пациента).

**Результаты.** Были получены различия в значении роста между возрастными группами ( $p < 0,001$ ), с общей тенденцией его снижения с возрастом. Межгрупповые различия по массе тела ( $p = 0,178$ ) и ИМТ ( $p = 0,120$ ) не достигли статистической значимости, несмотря на разницу в росте. При сравнении данных денситометрии отмечено, что у лиц старше 75 лет получено статистически значимое снижение показателя минеральной костной плотности в бедре ( $p < 0,001$ ), однако не выявлено подобной тенденции в поясничном отделе позвоночника ( $p = 0,346$ ). Самые низкие значения минеральной костной плотности были ожидаемо выявлены в первом поясничном позвонке (L1,  $p = 0,024$ ).

**Выводы.** При интерпретации данных денситометрии важно учитывать завышение показателей минеральной костной плотности (МПК) в поясничном отделе позвоночника на фоне снижения роста. Значение МПК в L1 может быть наиболее информативно в этом отделе ввиду его расположения. К тому же на фоне снижения роста возможно ложное завышение индекса массы тела (ИМТ), что затрудняет использование этого инструмента для оценки нутритивного статуса таких пациентов.

## ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕЖСИСТЕМНЫХ СВЯЗЕЙ В КРОВЕНОСНОМ РУСЛЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ III СТАДИИ

Поселюгина О.Б., Коричкина Л.Н., Кузтмин И.С., Зенин Т.Т., Аун С.Ю.,  
Цветков И.С., Беликов А.Н.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

**Цель.** оценить корреляционную связь между метаболическими показателями функции печени и почек в крови с параметрами эхокардиографии (ЭХОКГ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) III стадии.

**Материал и методы.** Обследован 81 (мужчин – 34, женщин – 47, средний возраст 65,5 года) пациент с верифицированным диагнозом ГБ III стадии в ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» (главный врач – Козлов С.Е., к.м.н., доцент), все пациенты получали показанную лекарственную терапию. У них изучали показатели (значения даны в системе СИ) общего холестерина крови (ОХ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), общего белка крови (ОБК) общего билирубина (ОБ), непрямого (НБ) и прямого билирубина.

**Результаты.** Установлено, что объем левого предсердия (ОЛП) коррелировал с ОБ ( $r=0,30$ ,  $p=0,01$ ), ПБ ( $r=0,29$ ,  $p=0,01$ ), НБ ( $r=0,25$ ,  $p=0,05$ ); конечно-диастолический объем левого желудочка (КДОЛЖ) с ОБ ( $r=0,28$ ,  $p=0,01$ ), ЛПНП ( $r=0,30$ ,  $p=0,01$ ), ТГ ( $r=0,36$ ,  $p=0,001$ ), конечно-диастолический размер правого желудочка (КДРПЖ) обратно коррелировал с ПБ ( $r=-0,49$ ,  $p=0,001$ ). Толщина стенки правого желудочка (ТСПЖ) отрицательно коррелировала с ОБК ( $r=-0,29$ ,  $p=0,01$ ). КДОЛЖ был прямо взаимосвязан с М и КР (соответственно  $r=0,27$ ).

**Выводы.** Таким образом, у больных ГБ III стадии через систему крови осуществляется разнонаправленная межсистемная взаимосвязь метаболических показателей функции печени и почек с параметрами ЭХОКГ.

## **ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У БЕРЕМЕННЫХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

**Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия*

**Актуальность.** Актуальность изучения клинического течения тяжелой бронхиальной астмы (БА) у беременных обусловлена необходимостью междисциплинарного подхода к ведению этих пациенток ввиду высокой вероятности развития осложнений.

**Цель.** Изучить клинические особенности течения тяжелой БА у беременных.

**Материал и методы.** Проанализированы клиничко-функциональные особенности течения, исходы беременности, родов и состояние новорожденных у 48 пациенток с тяжелой БА. Группу сравнения составили 50 беременных без хронических бронхолегочных заболеваний. Клиничко-анамнестические данные, спирометрия, пикфлоуметрия, тест контроля над астмой (АСТ). У 21 (43,7%) больной диагностирована аллергическая форма БА, у 9 (18,8%) – неаллергическая, у 18 (37,5%) – смешанная.

**Результаты.** Обострение БА на протяжении одного триместра беременности было у 17 (35,4%) больных. Обострения заболевания прослеживались в течение двух триместров: в I и III – у 7 (14,5%) беременных, во II и III – у 19 (39,6%), в 8 (16,7%) случаях имелось неконтролируемое течение БА на протяжении всей беременности. У 5 (10,4%) больных развился астматический статус при сроке гестации 35–37 недель. В целом течение БА у 13 (27,1%) пациенток в гестационном периоде осталось без существенной динамики, у 35 (72,9%) – утяжеление симптомов. Отмечена высокая частота гестационных осложнений у больных БА, превышающая показатели группы сравнения в 2–3 раза (ранний токсикоз, угроза прерывания, гестоз).

**Выводы.** *Течение тяжелой БА во время беременности характеризовалось частыми обострениями, преимущественно неконтролируемым течением, с утяжелением симптомов, высокой частотой гестационных осложнений.*

## АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

**Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия*

**Актуальность.** Послеродовой период характеризуется высокой вариабельностью течения бронхиальной астмы (БА), что определяет необходимость детального анализа клинических проявлений для оптимизации тактики ведения данной категории пациенток и снижения частоты обострений.

**Цель.** Изучить клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы (БА) в гестационном и послеродовом периодах как основу для оптимизации междисциплинарного подхода к ведению пациенток. В течение беременности ухудшение течения БА с учащением обострений было отмечено у 77 (46,9%) женщин. Стабильное течение без существенной динамики у 70 (42,7%) пациенток, в то время как улучшение состояния наблюдалось лишь у 17 (10,4%).

**Материал и методы.** Проведено динамическое наблюдение за 164 пациентками с БА на протяжении беременности и послеродового периода. Длительность мониторинга состояния женщин составляла от 3 мес. до 5 лет. Группу сравнения составили 70 здоровых беременных. Используются клинико-anamnestические данные, тест по контролю над астмой (АСТ), исследование функции внешнего дыхания (спирометрия, пикфлоуметрия).

**Результаты.** При оценке динамики течения БА в послеродовом периоде улучшение состояния после родов отмечено у 60 (36,6%) больных, без изменений – у 69 (42%), ухудшение – у 35 (21,4%). Улучшение самочувствия после родов в основном отмечалось у пациенток с контролируемой БА в период беременности. В послеродовом периоде пациентки получали ту же терапию, на которой ранее, до беременности, был достигнут контроль заболевания, с увеличением объема контролирующей терапии во время обострений.

**Выводы.** *Характер течения БА при повторных беременностях оставался без изменений. Обострение БА в первые трое суток после родов отмечено у 15 (9,1%), в течение последующих 2–4 нед. – у 52 (32,3%), через 2–4 мес. – у 38 (23,2%). У большинства больных с БА течение заболевания в послеродовом периоде было без существенных изменений. Наибольшее количество обострений было зафиксировано в интервале от 2 до 4 нед. после родоразрешения.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Приходько К.С.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия*

**Актуальность.** Работа посвящена актуальной проблеме междисциплинарного характера: особенностям течения бронхиальной астмы (БА) и сопутствующих аллергических заболеваний у беременных.

**Цель.** Изучить особенности клинического течения бронхиальной астмы и внелегочных проявлений аллергии у беременных женщин.

**Материал и методы.** Изучены клиничко-функциональные особенности течения БА у 335 пациенток в динамике беременности. У 211 (63%) была легкая БА (I группа), у 94 (28,1%) – среднетяжелая (II группа), у 30 (8,9%) – тяжелая (III группа). У 214 (63,8%) – аллергическая БА, у 33 (9,8%) – неаллергическая, у 88 (26,4%) – смешанная.

**Результаты.** Обострение БА во время беременности было у 247 пациенток (73,7%).

В I группе – у 141 (66,8%), во II группе – у 76 (80,9%), в III группе – у 30 (100%).

Наследственная отягощенность по аллергии была у 139 (41,5%) больных, при этом по БА – у 120 (35,8%), из них по материнской линии – у 73 (60,8%). У 25 больных БА отмечена в трех поколениях, из них по линии матери – у 22 (88%), по линии отца – у 3 (12%). Проведен анализ структуры аллергических заболеваний у беременных с БА в зависимости от степени ее тяжести. Внелегочные проявления аллергии были у 251 (74,9%) пациентки.

У 148 (70,1%) больных I группы, у 76 (80,9%) – II группы, у 27 (90%) – III группы.

**Выводы.** *Сочетание атопической БА и аллергического ринита было у 177 (52,8%) больных.*

*Наличие внелегочных аллергических заболеваний является фактором, утяжеляющим течение бронхиальной астмы во время беременности, что обуславливает необходимость междисциплинарного подхода к ведению данной категории пациенток, своевременного проведения профилактических мероприятий и обязательной коррекции терапии в динамике гестационного процесса.*

## АДРЕСНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА: ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

**Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Приходько К.С.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия*

*ФГБОУ ВО Амурский государственный университет, г. Благовещенск, Россия*

**Актуальность.** Проблематика медико-социальной помощи подросткам отличается высокой значимостью и требует реализации межведомственного подхода. Специалисты медико-социальных отделений (МСО), применяя индивидуальный подход, способствуют формированию у родителей ответственного отношения к здоровью детей.

**Цель.** Обосновать необходимость включения углубленного психологического обследования подростков из семей групп социального риска в индивидуальную межведомственную программу медико-психологической и социальной реабилитации.

**Материал и методы.** Отчеты медико-социального отделения детской поликлиники № 3 г. Благовещенска за 2022–2025 гг., психологический тест САН (социально-психологическая адаптированность (К. Роджерс, Р. Даймонд в адаптации Н.В. Снегиревой), подростки 14–17 лет, разделенные на 2 группы: I – из семей социального риска (65), II – группа сравнения из благополучных семей (45), статистические методы (Statistica).

**Результаты.** Количество наблюдаемых семей на протяжении 3 лет практически не менялось (от 840 до 958), как и количество проживающих в них детей (1700–1856). В 3 раза увеличилось количество многодетных семей, в 3,5 раза – число детей в многодетных семьях. Возросло количество совместных посещений семей социальным работником и другими специалистами (психолог, юрист, педиатр и др.). Самая частая причина составления актов – обследование жилищно-бытовых условий – уменьшилась в 1,8 раза: от 814 (2022) 446 (2025), что говорит о положительной динамике. Поведенческие характеристики подростков I и II групп продемонстрировали значимые различия по шкалам: адаптивность ( $p=0,001$ ), самопринятие ( $p=0,001$ ).

**Выводы.** *Результаты анализа деятельности медико-социальных отделений подтверждают эффективность индивидуальных программ реабилитации для семей группы социального риска. Необходимым элементом психопрофилактической реабилитации является работа с подростками, построенная с учетом результатов углубленного психологического тестирования. Важная роль отводится межведомственному взаимодействию.*

## ПАРАМЕТРЫ И КАЧЕСТВО СНА ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

**Прохоров Д.Ю.**

*Медицинский институт ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»,  
г. Тула, Россия*

**Актуальность.** Хорошее качество сна – необходимое условие как для успешной учебной деятельности, так и для социальной активности. В связи с выпускными экзаменами и аккредитацией студенты 6 курса могут испытывать дополнительные проблемы со сном.

**Цель.** Цель работы – изучение качества сна у студентов 6 курса медицинского института в 2024 и 2025 гг.

**Материал и методы.** Весной 2024 и весной 2025 гг. 245 студентов (170 девушек и 75 юношей) 6 курса прошли онлайн-анкетирование, в ходе которого отвечали на вопросы, связанные с качеством сна. Оценка сна проводилась с помощью Питтсбургского опросника индекса качества сна (PSQI; Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. et al., 1989). Анализ результатов выполнен с использованием пакетов анализа MS Excel 21.0 и Statistica 10.0.

**Результаты.** Достоверных различий в количественных показателях качества сна, длительности сна и времени засыпания между девушками и юношами не выявлено. 89% девушек и 95% юношей ответили, что не употребляют никаких лекарственных средств для улучшения качества сна. При этом юноши реже отмечали проявления сонливости и реже указывали на отсутствие достаточного настроения на социальную активность (33 и 39%) по сравнению с девушками (52 и 52%;  $p < 0,05$ ). При изучении различий в зависимости от года выпуска выявлены различия в субъективном ощущении сонливости. Так, 55% выпускников в 2025 г. и 38% в 2024 г. отметили сонливость ( $p < 0,05$ ), среди девушек: 60% в 2025 г. против 44% в 2024 г. ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, несмотря на отсутствие достоверных различий в объективных количественных показателях сна между юношами и девушками, субъективные жалобы на сонливость и снижение настроения значимо чаще предъявляли девушки, при этом в динамике с 2024 по 2025 г. выявлено значимое ухудшение субъективного ощущения сонливости у всех выпускников, преимущественно за счет девушек.

## **ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВОЙ ТЕРАПИИ КОВИДНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Ракитина К.А., Бычкова Л.В., Кислая С.Н., Журавлева А.С., Игамбердиев Ш.В.У.**  
*Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы,  
г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Пандемия COVID-19: первые случаи в декабре 2019 г. в Ухане, к 2024 г. число случаев >777 млн. Тяжелое течение сопровождается осложнениями (острая респираторная недостаточность, цитокиновый шторм). Почки вовлекаются из-за прямого воздействия вируса и тромбозов. В Нью-Йорке (5449 пациентов) острое почечное повреждение развилось >1/3 больных, часть потребовала гемодиализа. Тактика ведения совершенствовалась, что снизило частоту почечной патологии.

**Цель.** Оценить эффективность различных вариантов клинических рекомендаций по лечению COVID-19 с учетом почечной патологии в 2022 г.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов стационарного лечения 300 пациентов старше 18 лет без летальных исходов, поступивших в ГКБ им. С.С. Юдина в 2021–2022 гг. с диагнозом «пневмония, ассоциированная с COVID-19». Из 300 ретроспективно оцененных историй болезни у 46% выявлена протеинурия.

**Результаты.** Все пациенты получали комплексную терапию (противовирусные: фавипиравир, ремдесивир; антикоагулянты; антибактериальные средства по показаниям). С октября 2021 г. в схему лечения включена интерлейкиновая терапия (левилимаб, олокизумаб). У пациентов, получавших интерлейкины, протеинурия регрессировала чаще: при выписке она сохранялась лишь у 8 против 21% среди не получавших эту терапию.

**Выводы.** Назначение интерлейкинов у больных COVID-19 с поражением почек оказалось эффективным по сравнению с терапией только противовирусными и антитромботическими препаратами, позволяя минимизировать протеинурию. Пациенты с сохраняющейся протеинурией после выписки нуждаются в дальнейшем наблюдении нефролога.

## САРКОПЕНИЯ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ: ОГРАНИЧЕНИЯ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЗИ

**Рахматуллина К.М., Абдулганиева Д.И.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия*

*ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань, Россия*

**Актуальность.** Саркопения (СП) у пациентов со спондилоартритами (СПА) формируется на фоне хронического воспаления и может протекать без выраженного снижения общей мышечной массы. Применение стандартных диагностических алгоритмов, включая биоимпедансный анализ (БИА) и опросник SARC-F, в данной популяции ограничено и не позволяет выявлять ранние локальные изменения мышечной массы.

**Цель.** Оценить показатели мышечной массы и силы у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) и псориатическим артритом (ПсА) и определить диагностическую информативность различных методов оценки саркопении.

**Материал и методы.** В исследование включены 27 пациентов с СПА (59,3% – АС, 40,7% – ПсА) и 9 человек контрольной группы. Средний возраст составил  $49,78 \pm 9,74$  и  $43,89 \pm 6,75$  года соответственно и был сопоставим. Проводилась комплексная оценка, включающая антропометрию, кистевую динамометрию, индекс скелетно-мышечной массы (СМИ) по данным БИА, опросник SARC-F, ультразвуковое измерение толщины мышц (двуглавой мышцы плеча, четырехглавой мышцы бедра, икроножной мышцы).

**Результаты.** По данным опросника SARC-F признаки вероятной СП выявлены у 44,4% пациентов. Несмотря на отсутствие различий по СМИ ( $10,10 [9,15;10,95]$  против  $9,45 [7,95;9,85]$  кг/м<sup>2</sup>;  $p=0,135$ ) и антропометрическим показателям ( $p > 0,05$ ), у пациентов с СПА выявлено выраженное снижение мышечной силы: сила хвата доминантной руки составила  $26,62 \pm 16,31$  против  $42,51 \pm 10,15$  кг ( $p=0,010$ ), субдоминантной руки –  $24,90 \pm 12,60$  против  $42,77 \pm 13,15$  кг ( $p < 0,001$ ). Ключевым результатом является достоверное снижение толщины четырехглавой мышцы бедра с доминантной ( $31,44 \pm 6,74$  против  $39,23 \pm 4,39$  мм;  $p=0,003$ ) и субдоминантной стороны ( $29,38 \pm 6,37$  против  $37,84 \pm 3,67$  мм;  $p < 0,001$ ), при отсутствии различий в других группах мышц ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с СПА при нормальных значениях СМИ по данным БИА выявляются снижение мышечной силы и уменьшение толщины мышц по данным УЗИ.

*Это свидетельствует о недостаточной чувствительности БИА для выявления раннего снижения мышечной массы. Ультразвуковое исследование позволяет выявлять локальные изменения мышечной массы и может рассматриваться как перспективный метод ранней диагностики саркопении у данной категории пациентов.*

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

**Ребров Б.А., Блудова Н.Г., Ярцева С.В., Благинина И.И., Благодаренко А.Б.**  
*ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» Минздрава России, г. Луганск, Россия*

**Актуальность.** Гиполипидемическая терапия является основным механизмом снижения сердечно-сосудистого риска (ССР) у больных с СД 2-го типа, поэтому клинические аспекты выбора статина, контроль их эффективности и безопасности при длительном приеме остаются актуальными для врачей практического звена.

**Цель.** Изучить эффективность лечения и переносимость аторвастатина и розувастатина у пациентов с СД 2-го типа разных возрастных групп.

**Материал и методы.** Обследованы 54 пациента (1-я группа), получавших аторвастатин 40 мг/сут минимум 6 мес., из них 28 больных в возрасте до 60 лет, 26 – старше 60 лет. 2-ю группу составили 52 больных, получавших розувастатин 20 мг/сут, из них 30 – в возрасте до 60 лет, 22 – старше 60 лет. Все были отнесены к категории высокого ССР. Эффективность терапии оценивали по показателям липидограммы, трансаминаз, а также клиническим данным.

**Результаты.** У пациентов до 60 лет при лечении аторвастатином о.холестерин –  $4,02 \pm 0,38$  ммоль/л, ЛПНП –  $2,01 \pm 0,27$  ммоль/л, ЛПВП –  $1,46 \pm 0,22$  ммоль/л, ТГ –  $1,94 \pm 0,41$  ммоль/л. В группе розувастатина о.холестерин –  $3,92 \pm 0,24$  ммоль/л, ЛПНП –  $1,96 \pm 0,25$  ммоль/л, ЛПВП –  $1,42 \pm 0,18$  ммоль/л, ТГ –  $1,68 \pm 0,38$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ), уровень АЛТ –  $29,8 \pm 8,2$  и  $49,7 \pm 9,6$  Е/л ( $p < 0,05$ ), АСТ –  $15,4 \pm 3,6$  и  $23,5 \pm 4,4$  Е/л соответственно. У пациентов старше 60 лет при лечении розувастатином более выраженная динамика (о.холестерин –  $3,9 \pm 0,24$  и  $4,28 \pm 0,26$  ммоль/л, ЛПНП –  $1,95 \pm 0,25$  и  $2,28 \pm 0,37$  ммоль/л, ТГ –  $1,56 \pm 0,36$  и  $1,52 \pm 0,31$  ммоль/л; уровни АЛТ –  $51,6 \pm 6,2$  и  $48,8 \pm 7,1$  Е/л, АСТ –  $30,4 \pm 5,9$  и  $31,2 \pm 4,8$  Е/л соответственно).

**Выводы.** Таким образом, гиполипидемическая терапия у больных СД 2-го типа с использованием аторвастатина и розувастатина доказывает высокую клиническую эффективность, сопоставимую для обоих гиполипидемических препаратов, однако у пациентов моложе 60 лет отмечался лучший профиль переносимости аторвастатина.

## **АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ УЗЛОВАЯ ТАХИКАРДИЯ У ПАЦИЕНТА С ПОЛНОЙ ТРАНСПОЗИЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

**Ревкова Д. С.**

*ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Введение.** Полная транспозиция внутренних органов – редкая врожденная аномалия (1 случай на 5000–20 000 человек), при которой органы расположены зеркально. Диагностика наджелудочковой тахикардии (НЖТ) при декстрокардии затруднена из-за необычного расположения сердца, что требует корректировки стандартных протоколов исследований.

**Описание случая.** Пациент М., 31 год, с приступами сердцебиения длительностью до 4 ч без связи с физической нагрузкой. В июле 2025 г. зарегистрирован приступ длительностью около 35 мин. Вагусные пробы не эффективны; ритм восстановлен через 15 мин. после сублингвального приема метопролола. По данным ЭКГ: наджелудочковая тахикардия (НЖТ). По результатам холтеровского мониторирования: НЖТ со средней ЧСС 196 уд./мин., длительность 36 мин. В августе 2025 г. выполнено эндокардиальное электрофизиологическое исследование (ЭФИ): выявлены пароксизмы атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии (АВУРТ); выполнена радиочастотная абляция (РЧА). На первые сутки отмечен рецидив НЖТ (ЧСС 200 уд./мин.), выполнена повторная РЧА. В последующем – повторный эпизод тахикардии, назначен флекаинид.

В сентябре 2025 г. пациент госпитализирован в НМИЦ ТПМ, выполнено повторное ЭФИ с РЧА. От хирургического вмешательства было решено воздержаться. В сентябре 2025 г. пациент госпитализирован в НМИЦ ТПМ, выполнено повторное ЭФИ с РЧА.

**Заключение.** *Диагностика и лечение НЖТ при декстрокардии требуют адаптации инструментальных методов с учетом аномальной анатомии. Катетерное лечение у пациентов с гетеротаксией технически сложно, но осуществимо в условиях многопрофильного центра при наличии у бригады опыта работы с транспозицией органов.*

## ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА МАЛАТ КАК КАРДИОЦИТОПРОТЕКТОР У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Ромашенко О.В., Алфёров П.К., Аль Г.К., Грищенко Н.Д., Овчинников С.О., Белова Б.Г., Смирнова М.А.**

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия*

*ООО «СМ-Клиника», г. Москва, Россия*

*ФГБНУ НИИР имени В.А. Насоновой, г. Москва, Россия*

*Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия*

**Актуальность.** Эффективность метаболических корректоров при лечении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в реальной клинической практике остается дискуссионной, что обуславливает необходимость объективной прогностической оценки их цитопротекторного потенциала до начала терапии, позволяющей повысить индивидуальную эффективность и безопасность фармакотерапии.

**Цель.** Оценить прогностическую цитопротекторную активность этилметилгидроксипиридина малата у пациентов с ИБС в условиях реальной клинической практики.

**Материал и методы.** В исследование включены 80 пациентов с ИБС, проходивших стационарное лечение в БОКБ святителя Иоасафа (Белгород, n=50) и ООО «СМ-Клиника» (Москва, n=30); пациенты с острой патологией исключались. Прогностическую оценку цитопротекторной активности этилметилгидроксипиридина малата проводили с использованием авторской системы поддержки принятия врачебных решений «Прогностика» (Свидетельство № 2025668427) на основании анализа клинических данных.

**Результаты.** Высокая прогнозируемая цитопротекторная активность этилметилгидроксипиридина малата выявлена у 18 (22,5%) пациентов, средняя – у 24 (30%), низкая – у 15 (19%), а у 22 (27,5%) препарат оказался прогностически неэффективным как цитопротектор. Установлена достоверная положительная корреляция между суммой индивидуальных прогностических коэффициентов и изменением индекса жизнеспособности клеток крови под влиянием метаболических корректоров *in vitro* ( $r=0,58$ ;  $p < 0,05$ ). Полученные данные подтверждают валидность предложенного метода прогнозирования цитопротекторных эффектов у пациентов с ИБС.

**Выводы.** В реальной клинической практике у примерно 2/3 пациентов с ИБС ожидается наличие, а у 1/3 – отсутствие индивидуальной цитопротекторной активности этилметилгидроксипиридина малата. Возможность предварительной оценки цитопротекторной активности данного препарата по персональным клиническим данным с использованием мобильного приложения «Прогностика» создает предпосылки для персонализации терапии метаболическими корректорами у больных ИБС.

## МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**Ромашенко О.В., Мужчиль Д.А.**

*Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия  
Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

**Актуальность.** Подросток с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является мультидисциплинарным пациентом, нуждающимся в согласованных усилиях врачей, педагогов и психологов, при этом качество его межличностных отношений напрямую связано с успешностью социализации и психическим благополучием. Инклюзивное образование усиливает требования к пониманию статуса подростка в группе и его субъективного восприятия взаимодействия со сверстниками.

**Цель.** Выявить особенности социометрического статуса и субъективного восприятия межличностных отношений подростков с ОВЗ по сравнению с нормотипичными сверстниками для обоснования мультидисциплинарных психолого-педагогических и медицинских вмешательств.

**Материал и методы.** Обследовано 60 подростков 13–15 лет: 30 с ОВЗ и 30 нормотипичных, обучающихся в городских и сельских школах. Применялись социометрия, методика СОМОР Н.Я. Семаго, опросник Айзенка, расчет описательной статистики, тест Шапиро–Уилка,  $t$  критерий Стьюдента, корреляционный анализ ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** В группе подростков с ОВЗ низкий социометрический статус имели 40% участников против 15% нормотипичных сверстников ( $p < 0,05$ ). Лидирующие позиции занимали 10% подростков с ОВЗ и 35% нормотипичных ( $p < 0,05$ ). Уровень принятия со стороны сверстников у нормотипичных подростков был на 20% выше ( $p < 0,01$ ), а удовлетворенность отношениями в группе у подростков с ОВЗ – на 25% ниже.

В 65% случаев подростки с ОВЗ отмечали напряженность и конфликтность отношений против 30% в группе нормы ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** *Подростки с ОВЗ чаще имеют низкий социометрический статус, ниже удовлетворенность отношениями и более выраженное переживание напряженности в группе. Эти данные обосновывают необходимость мультидисциплинарных программ сопровождения, направленных на развитие коммуникативных навыков и повышение принятия подростка с ОВЗ в инклюзивной среде.*

## ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**Ромащенко О.В., Мужчиль Д.А.**

*Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия  
Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

**Актуальность.** Личностные и темпераментные особенности подростков с ОВЗ определяют их стиль общения, толерантность к стрессу и особенности взаимодействия с медицинскими и педагогическими специалистами. Учет этих характеристик важен при планировании комплексной (медицинской, психолого-педагогической, социально реабилитационной) помощи мультидисциплинарному подростку.

**Цель.** Оценить связь темпераментных характеристик (экстраверсия/интроверсия, эмоциональная устойчивость) с межличностными отношениями подростков с ОВЗ и нормотипичных сверстников.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 подростков 13–15 лет (30 с ОВЗ, 30 нормотипичных), для которых применялись опросник Айзенка, социометрия, методика СОМОР; проведен корреляционный анализ между показателями темперамента, социометрическим статусом и субъективной оценкой отношений ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Среди подростков с ОВЗ 70% продемонстрировали интровертированный тип темперамента, тогда как в группе нормы – 45% ( $p < 0,05$ ). Средний уровень эмоциональной устойчивости у подростков с ОВЗ был на 1,5 балла выше по шкале опросника Айзенка по сравнению с нормотипичными сверстниками ( $p < 0,05$ ). Обнаружена положительная корреляция между социометрическим статусом и уровнем экстраверсии: более высокий статус связан с более выраженной экстраверсией. Полученные данные частично подтверждают гипотезу о большей эмоциональной устойчивости подростков с ОВЗ при менее выраженной потребности в общении.

**Выводы.** *Интровертированность и относительная эмоциональная устойчивость подростков с ОВЗ сочетаются с риском социальной изоляции и низкого социометрического статуса. Мультидисциплинарные программы сопровождения должны включать целенаправленное развитие коммуникативных навыков и тренинги социального взаимодействия с учетом темпераментных особенностей подростка.*

## СТАТИСТИКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

**Ромашенко О.В., Соколова О.В., Куприянова В.В.**

*Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярослав, Россия*

**Актуальность.** Рост распространенности тревожно-депрессивных расстройств среди студентов, особенно медицинских вузов, представляет значимую медико-социальную проблему, обусловленную высокой учебной и эмоциональной нагрузкой и негативно влияющую на успеваемость, качество жизни и психическое здоровье.

**Цель.** Проанализировать распространенность и выраженность тревоги и депрессии у студентов 2, 3 и 5 курсов Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ).

**Материал и методы.** Обследованы 123 студента 2 (n=46), 3 (n=29) и 5 (n=48) курсов лечебного и педиатрического факультетов ЯГМУ. Уровни тревоги и депрессии оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (Zigmond, Snaith). Статистическую обработку проводили с применением t критерия Стьюдента для независимых выборок и корреляционного анализа в Microsoft Excel.

**Результаты.** Нормальный уровень тревоги выявлен у 46% студентов 2 курса, 41% 3 курса и 56% 5 курса; субклиническая тревога – у 17, 21 и 25%, клинически выраженная – у 37, 38 и 19% соответственно. Средние значения тревоги по HADS составили  $8,80 \pm 0,72$  (2 курс),  $9,75 \pm 0,94$  (3 курс) и  $7,55 \pm 0,64$  (5 курс); тревога у студентов 3 курса достоверно выше, чем у 5 курса ( $p < 0,05$ ). Нормальный уровень депрессии отмечен у 72, 69 и 84% студентов соответственно; субклиническая депрессия – у 17, 7 и 8%, клинически выраженная – у 11, 24 и 8%. Средние баллы депрессии составили  $6,33 \pm 0,52$ ,  $6,07 \pm 0,81$  и  $4,87 \pm 0,53$  соответственно. Обнаружена сильная прямая корреляция между уровнями тревоги и депрессии ( $r=0,69$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У значительной части студентов ЯГМУ выявлены повышенные уровни тревоги и/или депрессии по шкале HADS, что обосновывает необходимость клинического наблюдения и психопрофилактики. Студенты 3 курса демонстрируют наибольший средний уровень тревоги, достоверно превышающий показатель 5 курса, вероятно, вследствие более высокой учебной нагрузки.

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИФРОНТОВОГО И ТЫЛОВОГО ГОРОДОВ РОССИИ

Ромашенко О.В., Якунченко Т.И., Золотухин Д.И., Соколова О.В., Нухова О.В.,  
Куприянова В.В.

*Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия*  
*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,*  
*г. Белгород, Россия*

**Актуальность.** Рост тревожно-депрессивных расстройств у студентов медиков является значимой медико-социальной проблемой. Прифронтовые регионы в условиях специальной военной операции характеризуются постоянным риском ракетных и дроновых атак, тогда как тыловые территории находятся в относительной безопасности; влияние этого фактора на внутреннюю тревогу и депрессию у студентов ранее не изучалось и требует оценки.

**Цель.** Проанализировать распространенность и выраженность тревоги и депрессии у студентов медицинских вузов прифронтового и тылового регионов России в сравнительном аспекте.

**Материал и методы.** Обследованы 60 студентов медиков 3 курса: 32 – БелГУ (Белгород, прифронтовой регион) и 28 – ЯГМУ (Ярославль, тыловой город). Уровни тревоги и депрессии оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (Zigmond, Snaith).

Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок и корреляционного анализа в Microsoft Excel.

**Результаты.** Нормальный уровень тревоги установлен у 66% студентов БелГУ и 39% студентов ЯГМУ ( $p < 0,05$ ); клинически выраженный уровень тревоги – у 15 и 40% соответственно ( $p < 0,05$ ). Средний балл тревоги составил  $6,06 \pm 0,72$  в БелГУ (норма) и  $9,75 \pm 0,94$  в ЯГМУ (выше нормы;  $p < 0,01$ ). Нормальный уровень депрессии выявлен у 72% студентов БелГУ и 68% студентов ЯГМУ; клинически выраженная депрессия – у 6 и 25% соответственно ( $p < 0,05$ ). Средние значения депрессии составили  $5,31 \pm 0,59$  и  $6,07 \pm 0,81$  балла (оба в пределах нормы;  $p < 0,01$ ). У студентов ЯГМУ обнаружена сильная прямая корреляция между тревогой и депрессией ( $r = 0,78$ ;  $p < 0,05$ ), у студентов БелГУ – средняя ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Достоверно более высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств выявлена у студентов-медиков тылового города Ярославля по сравнению с Белгородом. Можно предположить, что хроническая социальная угроза в прифронтовом регионе оказывает мобилизующее и адаптационное воздействие на психику студентов медицинского вуза.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА, ДЕБЮТИРОВАВШЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ

**Рыбас А.В., Афанасьева Е.Н., Павлова И.Б., Рыбас В.А.**

*СтГМУ, г. Ставрополь, Россия*

*ГБУЗ СК «СККБ», г. Ставрополь, Россия*

**Введение.** Альдостерон-продуцирующие опухоли надпочечников – одна из установленных причин вторичной артериальной гипертензии и тяжелых электролитных нарушений. Клиническая картина гиперальдостеронизма может включать выраженную гипокалиемию, нарушения сердечного ритма и дисметаболическую кардиомиопатию. Гипокалиемия, до недавнего времени считавшаяся одним из патогномоничных симптомов ПГА, выявляется лишь у 9–37% больных. Диагностика данных опухолей представляет трудности: требуется подтверждение наличия объемного образования по данным инструментальной диагностики, а также лабораторного подтверждения его гормональной активности.

**Описание случая.** Приводим клиническое наблюдение пациентки Я., 54 лет.

При поступлении жалобы на выраженную общую слабость. Ночью потеряла сознание, вызвала скорую помощь, в стационаре трижды отмечались эпизоды фибрилляции желудочков с успешной дефибрилляцией. Калий при поступлении – 0,9 ммоль/л, альдостерон крови – 381,5 пг/мл. На электрокардиограмме синусовая брадикардия с ЧСС 51 в минуту.

Компьютерная томография: правый надпочечник обычной формы и размеров, из латеральной ножки левого надпочечника исходит объемное образование размером до 26 × 21 × 32 мм округлой формы с четкими ровными контурами, однородной структуры. Проведено лечение: калия аспарагинат в/в капельно. Пациентке проведена эндоскопическая адреналэктомия.

Гистологическое заключение: смешанно-клеточная аденома надпочечника. Клинический диагноз: основной. Аденома левого надпочечника. Осложнения: фибрилляция желудочков, успешная дефибрилляция. ЖТ.

**Заключение.** *Это клиническое наблюдение интересно тем, что впервые описан клинический случай аденомы надпочечника, который демонстрирует редкий и опасный дебют заболевания – жизнеугрожающую желудочковую аритмию, потребовавшую экстренной медицинской помощи. Диагноз был установлен в течение суток, пациентка была прооперирована после медикаментозной коррекции гипокалиемии, выписана с рекомендациями на амбулаторный этап.*

## СИНДРОМ НУНАН И АДЕНОМА ГИПОФИЗА – СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

**Сазонова А.Д.**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия*

**Введение.** Синдром Нунан (СН) является одним из наиболее распространенных наследственных синдромов среди RAS-патий. Сочетание синдрома Нунан и аденомы гипофиза представляет собой сложную диагностическую и терапевтическую проблему. Цель работы – демонстрация особенностей клинического течения RAS-патий, а также анализ подходов к диагностике и лечению пациентки с синдромом Нунан и сопутствующей аденомой гипофиза. Проведено комплексное исследование пациентки 20 лет с синдромом Нунан, с жалобами на увеличение массы тела на 11 кг за 2 мес., появление одышки при физической нагрузке, перебоев в работе сердца, общей слабости.

**Описание случая.** При МРТ головного мозга выявлена аденома гипофиза. При ЭХОКГ – гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) с умеренной обструкцией выходного тракта левого желудочка. При холтеровском мониторинге ЭКГ – эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии. Лабораторно подтверждено развитие гиперкортицизма, выполнена аденомэктомия, назначена заместительная гормональная терапия гидрокортизоном. Стратифицирован риск внезапной сердечной смерти (ВСС) – 5,76% (средний) по шкале HCM Risk SCD. В связи с наличием симптомов ХСН и средним уровнем риска ВСС скорректирована терапия, рекомендована консультация аритмолога для решения вопроса об имплантации кардиовертера – дефибриллятора. Поскольку сигнальный путь RAS играет ключевую роль в канцерогенезе, обследование пациентки проводилось с учетом онконастороженности – патологии не выявлено.

**Заключение.** В связи с многообразием клинических проявлений у пациентов с синдромом Нунан необходимо динамическое наблюдение и междисциплинарное взаимодействие врачей разных специальностей. Характерные сердечно-сосудистые проявления (ГКМП, аномалии строения клапанов, нарушения ритма), помимо лечения ХСН, требуют стратификации риска ВСС и соответствующей профилактики. Ключевая роль мутаций генов семейства RAS в канцерогенезе требует соблюдения принципов онконастороженности при ведении пациентов.

## **СИНДРОМ НЕАДЕКВАТНОЙ СЕКРЕЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ**

**Саможенова П.С.**

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** У более 20% пациентов с резистентной артериальной гипертензией (АГ) патофизиологической причиной является избыток альдостерона. В норме его выработка стимулируется ренин-ангиотензин-альдостероновой системой (РААС) в ответ на снижение артериального давления (АД). В то же время описаны синдром SIALDS и феномен прорыва альдостерона, отражающие сложность регуляции минералокортикоидных эффектов.

**Цель.** Проанализировать механизмы дисрегуляции альдостерона при АГ и осветить новые терапевтические мишени.

**Материал и методы.** Проведен литературный поиск по медицинским базам (eLibrary, PubMed) на русском и английском языках по ключевым словам «ингибитор альдостеронсинтазы», SIALDS, «синдром неадекватной секреции альдостерона», «лечение резистентной артериальной гипертензии», «прорыв альдостерона».

**Результаты.** SIALDS – новая концепция ренин-независимых эффектов альдостерона, расширяющая понимание механизмов развития резистентной АГ. Регуляция альдостерона осуществляется не только через РААС, но и через биоактивные сигналы, выделяемые различными типами клеток: эндотелин, серотонин (5-НТ), лептин и вещество Р. Для лечения резистентной АГ предложены антагонисты минералокортикоидных рецепторов, однако они имеют побочные эффекты и не всегда блокируют негеномные эффекты альдостерона. Новым подходом в тактике лечения резистентной АГ является использование ингибиторов альдостеронсинтазы. Альдостеронсинтаза – фермент, который отвечает за финальные стадии синтеза альдостерона в коре надпочечников.

**Выводы.** *Избыточная секреция альдостерона может быть важным фактором, способствующим развитию резистентной формы АГ. Понятия SIALDS и ренин-независимой секреции альдостерона позволяют расширить понимание о регуляции альдостерона и рассмотреть альтернативные варианты лечения резистентной АГ с возможным использованием блокаторов альдостеронсинтазы.*

## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И РАСЧЕТ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РИСКОВ В РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Саморукова Е.И., Саможенова П.С.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Ежегодно в мире проводится ~313 млн плановых несердечных операций (ПНО). Оперативные вмешательства не являются абсолютно безопасными. Наибольшую сложность представляет расчет периоперационных рисков (ПОР) (летального исхода, осложнений) у коморбидных пациентов, с морбидным ожирением, заболеваниями легких. Оценка функционального статуса пациента (ФСП) поможет определить функциональные резервы (ФР), ПОР при ПНО и определиться с тактикой ведения.

**Цель.** Ознакомить врача-терапевта с существующими современными способами оценки ФСП (спирометрия (ФВД), определение диффузионной способности легких (DLCO), тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), кардиореспираторный нагрузочный тест (КАРЕН)) и расчета ПОР для разных групп пациентов терапевтического профиля при ПНО.

**Материал и методы.** Обсуждение актуальных отечественных и зарубежных источников, обобщающих современные и актуальные способы оценки периоперационных рисков и ФСП.

**Результаты.** ПОР – многофакторное понятие, характеризующее вероятность неблагоприятного исхода во время и в течение определенного периода после операции. Современные анестезиологические шкалы и калькуляторы (ASA, DASI, шкала Lee и др.) имеют ряд недостатков: они обобщают прогноз, субъективную оценку пациента, не дают точной оценки ФР пациента и индивидуальной оценки ПОР. Для повышения точности расчета ПОР следует оценивать ФСП с помощью функциональных методов (ФВД, DLCO, ТШХ, КАРЕН). Исследование организма в состоянии немедленной адаптации в условиях максимальной для него нагрузки наиболее точно дает представление о ФР. Чем выше ФР, тем выше толерантность к физической нагрузке и ниже ПОР.

**Выводы.** *Имеющиеся анестезиологические шкалы и опросники не всегда дают объективные данные о функциональном статусе пациента и периоперационных рисках. Использование нагрузочных тестов поможет определить функциональный статус пациента и рассчитать его индивидуальный периоперационный риск при плановых несердечных операциях.*

## **ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

**Сафарова А.А.**

*ГАОУЗ НЦРМБ, г. Нижнекамск, Россия*

**Цель.** Оценить степень поражения мочевыделительной системы (МВС) у пациентов ВП.

**Описание случая.** Материалы и методы. Обследованы 45 пациентов (из них 28 мужчин и 17 женщин), госпитализированных в терапевтическое отделение БУЗ УР «ГКБ № 8 МЗ УР» с установленным диагнозом: ВП нетяжелой и тяжелой степени тяжести. Проведено анкетирование для оценки дизурических жалоб, наличия сопутствующей патологии МВС, появления признаков поражения МВС по некоторым лабораторным данным. Результаты. У 21,3% пациентов с ВП был установлен диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» до госпитализации. Повышенный уровень мочевины в крови установлен 51,1% больных, при этом у 69,6% из них отсутствовала ХБП, а 30,4% были с диагнозом ХБП. Повышенный уровень креатинина крови выявлен у 40,0% пациентов, из которых у 61,1% отсутствовала ХБП и 38,9% с ХБП. При исследовании мочи протеинурия выявлена у 24,4% пациентов, из них без ХБП 72,7% и с ХБП 27,3%. Гематурия зарегистрирована у 24,4%, при этом 63,6% были пациенты.

**Заключение.** *Таким образом, у части пациентов с ВП наблюдается поражение МВС. Это свидетельствует о системном поражении органов ВП и требует углубленной диагностики, в том числе заболеваний мочевыводящей системы, с целью своевременной коррекции.*

## ИММУННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕРИФИКАЦИИ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ

**Сафиуллина, Пальмова Л.Ю.**

*Казанский ГМУ, г. Казань, Россия*

**Введение.** Иммунная тромбоцитопения (ИТП) – иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся изолированной тромбоцитопенией ниже  $100,0 \times 10^9/\text{л}$ , как минимум в двух последовательных анализах крови, а также геморрагическим синдромом, возникающим из-за срыва периферической иммунологической толерантности с последующей активацией продукции антитромбоцитарных антител.

**Описание случая.** Пациент N перенес ОРЗ. В течение 3–4 нед. стал отмечать постепенное появление мелкоточечных геморрагических высыпаний на верхних и нижних конечностях со склонностью к прогрессированию. Через месяц от начала клинических проявлений обратился в поликлинику, где был установлен предварительный диагноз «аллергическая пурпура». Госпитализирован в стационар. В анализе крови обнаружена тромбоцитопения тяжелой степени (8 т/л по Фолио). Специфические тесты: IgG к нативной ДНК, IgM, G к бета-2 гликопротеину, фосфолипидам – отрицательные. Диагностика инфекций с помощью ПЦР показала наличие ДНК вируса простого герпеса 6-го типа. По результатам миелограммы были исключены гемобластозы. По данным ультразвукового исследования фиксировался аутоиммунный тиреоидит с очаговым образованием левой доли, в крови – антитела к тиреопероксидазе более 1000 Me/мл.

**Заключение.** *На первичном этапе проводилась дифференциальная диагностика с различными васкулитами и васкулопатиями. Ввиду наличия геморрагических высыпаний, связанных исключительно с тяжелой тромбоцитопенией, цитологических данных был выставлен окончательный диагноз «вторичная иммунная тромбоцитопеническая пурпура тяжелой степени. Острая герпетическая инфекция. АИТ». Терапия была представлена преднизолоном, ацикловиром. В ходе лечения была зафиксирована положительная динамика в виде купирования геморрагического синдрома, повышения уровня тромбоцитов. В представленной клинической ситуации АИТ можно рассматривать как фоновый маркер аутоиммунной настроенности и модулятор иммунных реакций, в то время как вирус герпеса 6-го типа, вероятно, послужил пусковым механизмом для развития иммунной тромбоцитопении.*

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ АТЕРОГЕННОГО ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Сергеева О.С.**

*ВГМУ им Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

**Актуальность.** Несмотря на признанную роль дислипидемии в прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС), вклад гиперурикемии в модификацию атерогенного риска остается недооцененным. Современные данные указывают на участие мочевой кислоты в механизмах эндотелиальной дисфункции и оксидативного стресса, что позволяет рассматривать ее не только как маркер, но и как активный патогенетический фактор.

**Цель.** Оценить взаимосвязь гиперурикемии с показателями липидного обмена и маркерами эндотелиальной дисфункции у пациентов со стабильной ИБС.

**Материал и методы.** Обследованы пациенты со стабильной ИБС, у которых определяли уровни общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов, мочевой кислоты, эндотелина-1 и асимметричного диметиларгинина (АДМА). Проведен корреляционный и сравнительный анализ в зависимости от уровня мочевой кислоты.

**Результаты.** У пациентов с гиперурикемией выявлены более выраженные атерогенные изменения липидного профиля, характеризующиеся повышением ЛПНП и триглицеридов на фоне снижения ЛПВП. Повышенные уровни мочевой кислоты ассоциировались с увеличением концентраций эндотелина-1 и АДМА, что свидетельствует о более выраженной эндотелиальной дисфункции.

**Выводы.** *Гиперурикемия при стабильной ИБС ассоциирована не только с неблагоприятным липидным профилем, но и с активацией механизмов эндотелиальной дисфункции, усиливающих атерогенный потенциал дислипидемии. Полученные данные позволяют рассматривать мочевую кислоту как потенциальную терапевтическую мишень в комплексной стратегии снижения сердечно-сосудистого риска.*

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ КРОСС-ТОК МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сергеева О.С.

*ВГМУ им Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

**Актуальность.** В последние годы мочева кислота рассматривается как активный участник метаболических и сосудистых нарушений. Концепция метаболического «кросс-тока» позволяет по-новому оценить ее роль во взаимодействии с липидным обменом и эндотелиальной функцией при стабильной ишемической болезни сердца (ИБС).

**Цель.** Изучить особенности взаимодействия уровней мочево кислоты с показателями липидного профиля и маркерами эндотелиальной дисфункции у пациентов со стабильной ИБС.

**Материал и методы.** Проведено обследование пациентов со стабильной ИБС с определением уровней общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов, мочево кислоты, эндотелина-1 и асимметричного диметиларгинина (АДМА). Выполнен корреляционный анализ и сравнительная оценка показателей в зависимости от уратного статуса.

**Результаты.** Повышенные уровни мочево кислоты ассоциировались с формированием более атерогенного липидного профиля, включая увеличение концентраций ЛПНП и триглицеридов и снижение ЛПВП. Одновременно отмечалось повышение уровней эндотелина-1 и АДМА, что указывает на усиление эндотелиальной дисфункции в условиях уратного дисбаланса.

**Выводы.** *Выявленный метаболический кросс-ток между мочево кислотой и липидным обменом при стабильной ИБС способствует усилению атерогенного риска. Мочева кислота может рассматриваться не только как маркер, но и как потенциальная мишень для комплексной коррекции кардиометаболических нарушений.*

## **ЗНАЧЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В СТРУКТУРЕ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Сергеева О.С.**

*ВГМУ им Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

**Актуальность.** Кардиометаболический риск у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) определяется совокупностью традиционных и нетрадиционных факторов. В последние годы внимание исследователей привлекает мочевая кислота как возможный компонент метаболических нарушений, способный вносить вклад в формирование неблагоприятного сосудистого и липидного профиля.

**Цель.** Оценить вклад уровня мочевой кислоты в структуру кардиометаболического риска у пациентов со стабильной ИБС.

**Материал и методы.** В исследование включены пациенты со стабильной ИБС. Определяли показатели липидного спектра (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды), уровень мочевой кислоты, а также маркеры эндотелиальной дисфункции – эндотелин-1 и асимметричный диметиларгинин (АДМА). Проведен анализ взаимосвязей между уровнем мочевой кислоты и показателями липидного обмена и эндотелиальной функции.

**Результаты.** Повышенные уровни мочевой кислоты ассоциировались с более неблагоприятными показателями липидного профиля, включая повышение ЛПНП и триглицеридов и снижение ЛПВП. Одновременно отмечались более высокие концентрации эндотелина-1 и АДМА, что свидетельствует о выраженной эндотелиальной дисфункции у пациентов с повышенным уратным уровнем.

**Выводы.** *Мочевая кислота занимает значимое место в структуре кардиометаболического риска у пациентов со стабильной ИБС, ассоциируясь с неблагоприятным липидным профилем и признаками эндотелиальной дисфункции. Учет уратного статуса может способствовать более точной оценке сердечно-сосудистого риска и оптимизации профилактических и терапевтических подходов.*

## РАЗВИТИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ТУПОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

**Синицын В.М., Смирнова В.В., Раужева В.П., Камардина А.И.,  
Комиссарова К.В., Соколова Н.А.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет),  
г. Москва, Россия*

*ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ», г. Москва, Россия*

**Введение.** Тупая травма грудной клетки при спортивной или бытовой активности традиционно расценивается как низкоэнергетическое воздействие, редко ассоциирующееся с повреждением коронарных артерий. Однако травматическая диссекция коронарных артерий может возникать и в отсутствие высокоэнергетической травмы. Клиническая картина нередко интерпретируется как миокардит, перикардит или функциональная кардиалгия, что создает значительные диагностические трудности и может приводить к отсрочке в постановке диагноза и реваскуляризации.

**Описание случая.** Мужчина, 33 лет, в спортивном зале получил удар в область груди. В связи с болью, иррадиирующей в позвоночник, вызвал СМП, госпитализирован. Сердечно-сосудистые события, сахарный диабет, гипертонию в анамнезе отрицает, курит по 5–6 сигарет в сутки. При поступлении выполнена ЭКГ, Q в III, элевация ST и отрицательный T в III, aVF. Тропонин I 1,672=>11,18 нг/мл. Выставлен диагноз «ОКС с подъемом ST», пациент экстренно подан в операционную для выполнения КАГ: в проксимальной трети ПНА ограниченная диссекция с тромботическими наложениями и стенозом 40%. Учитывая травматический характер поражения, от ЧКВ решено воздержаться в пользу тройной антиагрегантной терапии. По ЭхоКГ: камеры сердца не расширены, гипокинез по нижнеперегородочной стенке. Лабораторно: общий холестерин 5,55 ммоль/л, ЛПНП 3,12 ммоль/л. Назначена двойная антиагрегантная терапия, бета-блокаторы, БРА, статины.

**Заключение.** *Представленный клинический случай иллюстрирует важность выбора оптимального подхода к реваскуляризации пациента с травматической диссекцией коронарных артерий, сложность в оценке и необходимость регулярного пересмотра сердечно-сосудистого риска для обоснованной вторичной профилактики, а также необходимость тщательного подхода в обследовании пациентов с травматическим поражением грудной клетки.*

## ПАТОЛОГИЯ ИНФРАПАТЕЛЛЯРНОГО НЕРВА – МАЛОИЗВЕСТНАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ОБЛАСТИ КОЛЕНА

Скрипниченко Э.А., Плиева З.Х.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

**Введение.** При обсуждении боли в коленном суставе в первую очередь рассматривается суставная патология. Однако источником боли может быть разнообразная, в том числе неврологическая патология. Мы представляем клинический случай невропатии инфрапателлярного нерва (ИПН) как причины тяжелой хронической боли в коленном суставе.

**Описание случая.** Пациент, 34 лет, с болью и отечностью в области левого коленного сустава в течение двух лет. В анамнезе травма во время занятий спортом – разрыв передней крестообразной связки и повреждение обеих менисков. Пациент трижды оперирован: пластика крестообразной связки, шов и резекция менисков; иссечение рубцово-спаечных образований. После первого вмешательства простреливающая, жгучая боль 9 б. по ЧРШ и покраснение кожи в переднемедиальном отделах колена, ощущения распирания и ползания там же. Осмотр: гипотрофия мышц бедра, припухлость в передне-медиальной области, цианоз голени и стопы. Гипералгезия, аллодиния, отсутствие вибрационной чувствительности в зоне иннервации ИПН. МРТ: пластика ПКС и шов мениска адекватны. УЗИ: ветвь ИПН прерывается каналом нижнемедиального артроскопического доступа. В месте пересечения нерва – неврома размерами 0,33×0,3см на глубине 0,69 см от кожи.

**Заключение.** Установлен диагноз «посттравматическая невропатия инфрапателлярной ветви левого подкожного нерва с формированием невромы. Комплексный регионарный болевой синдром смешанного типа в области левой голени». Пациенту проведена блокада области невромы и гидродиссекция инфрапателлярного нерва с кратковременным полным купированием симптоматики. Назначены антиконвульсанты и нейротропная терапия, на фоне чего отмечается значительная положительная динамика. Представленный клинический случай иллюстрирует возможное участие инфрапателлярного нерва в формировании болевого синдрома в коленном суставе.

## ПОСТРОЕНИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКОВ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

**Слюсарь А.А.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет), г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Заболевание COVID-19 сопровождается изменениями легочной ткани по типу «матового стекла» при МСКТ, не всегда отражающими внутриклеточные процессы.

Комплексный анализ гематологических показателей позволяет выявить системное воспаление и иммунные нарушения, особенно при минимальных КТ-изменениях. Разработка прогностических моделей, интегрирующих визуализацию и лабораторные данные, перспективна для повышения точности прогнозирования течения COVID-19.

**Цель.** Разработать математическую модель для прогнозирования степени тяжести пневмоний при COVID-19 на основе комплексного анализа лабораторно-клинических данных и результатов компьютерного томографического обследования на амбулаторном этапе.

**Материал и методы.** В исследование включены 117 пациентов, инфицированных SARS-CoV-2. Пациенты распределены на три группы по результатам МСКТ органов грудной клетки: КТ-0, КТ-1, КТ-2. Всем участникам исследования осуществлялись диагностические мероприятия, включая оценку клинического, биохимического анализов крови, оценку состояния по специальной шкале ШОКС–КОВИД. С помощью алгоритма XGBoost выявлены ключевые факторы, способные прогнозировать степень поражения легких.

**Результаты.** У пациентов с разной тяжестью COVID-19 выявлены различия в уровнях моноцитов и лимфоцитов. Для легкого течения характерен моноцитоз и лимфопения, что указывает на угнетение специфического иммунитета. В группе КТ-1 чаще наблюдались неблагоприятные исходы при нормальных С-реактивном белке и D-димере, что говорит о дисбалансе иммунной регуляции. С учетом этих особенностей была разработана прогностическая модель на основе алгоритма XGBoost, включающая ключевые биомаркеры (ШОКС-КОВИД, моноциты, эозинофилы, D-димер, С-реактивный белок). Модель показала высокую чувствительность (0,917) и точность (0,934), а значения ROC-AUC для групп КТ-0, КТ-1 и КТ-2 составили 0,963, 0,930 и 1 соответственно.

**Выводы.** Прогностическая модель, построенная на принципах алгоритма машинного обучения XGBoost, продемонстрировала целесообразность своевременного выявления рисков перехода заболевания в тяжелую форму. Приведенные результаты обосновывают перспективность внедрения предлагаемой методики в повседневную медицинскую практику, что позволит значительно повысить точность прогнозирования заболевания и обеспечит более персонализированный подход к каждому пациенту.

## ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

**Соловьева М. А.**

*ФГБОУ ВО «МГУ ИМ. Н.П. ОГАРЁВА», г. Саранск, Россия*

**Введение.** Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) остается одной из актуальных проблем гастроэнтерологии. Своевременная диагностика и адекватная терапия в амбулаторных условиях позволяют предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений, одним из которых является кровотечение; данное состояние представляет угрозу для жизни пациента и требует мультидисциплинарного подхода.

**Описание случая.** Пациент К., 52 лет, состоит на диспансерном учете у участкового терапевта с диагнозом ЯБЖ, антральный отдел, рецидивирующее течение. В течение последнего года отмечал нерегулярный прием эрадикационной терапии, пропуск плановых осмотров. Обратился в поликлинику с жалобами на усиление болей в эпигастрии, возникающих через 1,5 ч после еды, тошноту, снижение веса на 8 кг за 3 мес. При осмотре: бледность кожных покровов, легкая болезненность в эпигастрии. Лабораторно: Hb – 95 г/л, СРБ – 12 мг/л. Пациент направлен на эзофагодуоденоскопию (ЭФГДС), выявлена глубокая язва антрального отдела размером 1,5×2,0 см с признаками высокого риска кровотечения. Учитывая риск осложнений, пациент госпитализирован в стационар. Выполнена повторная ЭФГДС. Проведена экстренная склеротерапия язвы антрального отдела смесью гистоакрила и липиодола с достижением гемостаза.

**Заключение.** *Данный случай демонстрирует типичные недостатки амбулаторного этапа ведения пациентов с ЯБЖ: нарушение кратности диспансерных осмотров, нерегулярность противорецидивной терапии. Несвоевременное выявление признаков декомпенсации (анемия, потеря веса) не позволило предотвратить развитие тяжелого осложнения. Экстренное проведение эндоскопического гемостаза позволило остановить кровотечение и избежать хирургического вмешательства.*

## **ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, РЕЗИСТЕНТНОГО К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ**

**Соловьева М.А., Терентьева В.П.**

*ФГБОУ ВО «МГУ ИМ. Н.П. ОГАРЁВА», г. Саранск, Россия*

**Введение.** Язвенный колит (ЯК) представляет собой серьезную, нерешенную проблему современной гастроэнтерологии. Это хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание толстой кишки, приводящее к необратимому нарушению структуры, функции органа, инвалидизации, значительному снижению качества жизни. Данный клинический случай демонстрирует тяжелый, резистентный к первой линии терапии дебют ЯК.

**Описание случая.** Мужчина, 50 лет, с дебютом ЯК с начала 2026 г. Жалобы: диарея до 20 раз/сут. с кровью, слизью, схваткообразные боли, тенезмы, артралгии, потеря веса 12 кг за 2 мес., субфебрилитет. Обследование: СРБ – 45 мг/л, Hb – 68 г/л, гипоальбуминемия – 28 г/л. Колоноскопия: панколит с диффузной гиперемией, отеком, эрозиями, язвами, контактной кровоточивостью, псевдополипами. Гистология: трансмуральное воспаление, криптабсцессы. МРТ-энтерография: утолщение стенки кишки, симптом мишени. Внекишечные проявления: артрит коленных суставов. При стандартной терапии эффекта не получено. Назначен инфликсимаб 5 мг/кг по схеме индукции 0–2–6 нед., затем каждые 8 нед. Проведена коррекция анемии, нутритивная поддержка. После первой инфузии отмечена положительная динамика: частота стула снизилась до 6 раз /сут., уменьшилась примесь крови, купировались боль, лихорадка, улучшились лабораторные показатели.

**Заключение.** *Своевременная диагностика, включающая эндоскопическое и гистологическое подтверждение, и вовремя начатая терапия биологическим препаратом (инфликсимаб) позволили купировать симптомы и избежать колэктомии. Пациент требует длительного наблюдения для дальнейшей терапии и контроля поддержания ремиссии.*

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Спирякина Я.Г., Мицевичус Е.В.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

**Актуальность.** По литературным данным, гипотония имеет широкое распространение среди беременных и достигает 10–30%. Гипотония беременных чаще наблюдается в первом и втором триместрах, ее развитие связывают с гормональной перестройкой.

**Цель.** Изучить влияние гипотонии у беременных на течение беременности и родов.

**Материал и методы.** В исследование включены 30 беременных со снижением артериального давления ниже 100/60 мм рт. ст. и 30 нормотензивных беременных. Всем беременным было проведено исследование: суточное мониторирование артериального давления с периодичностью 30 мин. Был проведен анализ медицинской документации и результатов лабораторного исследования, по результатам которого оценены течение и исходы беременности.

**Результаты.** У  $\frac{3}{4}$  беременных гипотония выявлена во втором триместре. По результатам суточного мониторирования артериального давления у большинства женщин (80%) гипотония наблюдалась в дневное время суток. У одной трети беременных с гипотонией отмечено избыточное снижение систолического и диастолического артериального давления в ночной период. Изучение лабораторных данных выявило наличие анемии у  $\frac{3}{4}$  беременных с гипотонией. Анализ течения и исходов беременности не выявил влияния гипотонии на риск осложнений родов, частота которых не превышала риски у беременных без гипотонии.

**Выводы.** *Результаты проведенного исследования не выявили влияния гипотонии у беременных на риск осложнений родов. Гипотония часто наблюдалась при наличии анемии у беременных.*

## АССОЦИАЦИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Султанов Э.З., Бусыгина М.С.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

**Введение.** Цель исследования – изучить особенности патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения). Материалы и методы. Обследовано 27 пациентов, перенесших ОНМК. Среди них было 19 женщин (70,37%) и 8 мужчин (29,63%), средний возраст – 70,5±5,8 года. Использовался опросник GSRS. Пациентам проводился посев кала на условно-патогенную микрофлору, результаты сравнивались с КГ (контрольная группа) из 11 здоровых лиц (6 (54,5%) женщин и 5 (45,5%) мужчин, средний возраст 64,8±3,6 года. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью Statistica 8,0.

**Описание случая.** У всех 27 пациентов (100%) выявлены заболевания ЖКТ и гепатобилиарной системы. Структура патологии: хронический гастрит (22,2%), язвенная болезнь ДПК (7,4%), ГЭРБ (3,7%), хронический калькулезный холецистит (18,5%), хронический панкреатит (29,6%), жировой гепатоз (37,0%), хронический колит (11,1%), язвенный колит (3,7%), рак тонкого кишечника (3,7%), СРК (18,5%). У пациентов с ОНМК, помимо неврологических жалоб, отмечены абдоминальная боль (53,3%), рефлюкс (2,2%), диарея (6,7%), диспепсия (28,9%), запор (8,9%). При микроскопии кала выявлено достоверное снижение *Lactobacillus* spp. (2,1±0,7 против 7,6±0,3 КОЕ/г в контроле, p=0,02) и *Bifidobacterium* spp. (4,7 против 8,3±0,15 КОЕ/г, p=0,015). Зафиксирован рост условно-патогенной флоры: *E. coli* гемолитические (8,1±1,2 КОЕ/г), золотистый стафилококк (3,2±0,8 КОЕ/г), другие энтеробактерии (8,3±0,6 КОЕ/г) и грибы *Candida* (5,8±0,9 КОЕ/г).

**Заключение.** Сочетание патологии ЖКТ и ОНМК характеризуется преобладанием гастроэнтерологической патологии метаболического генеза (калькулезный холецистит, жировой гепатоз, панкреатит). Важное значение имеет нарушение оси «кишечник – мозг» в связи с выявленным дисбиозом кишечника при ОНМК.

## **ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД НА ОСНОВЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ**

**Суморокова Е.Ю.**

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

**Актуальность.** Прогностические модели (ПМ) на основе машинного обучения – основа персонализированной медицины, необходимая для оценки ответа, прогнозирования осложнений и индивидуализации лечения. Пациенты с лимфомой Ходжкина (ЛХ) имеют большой риск развития вторичных осложнений, включая остеопороз, что снижает качество жизни. Разработка ПМ для раннего выявления остеопороза актуальна у больных ЛХ.

**Цель.** Изучить взаимосвязь между параметрами гормонального профиля и плотностью костной ткани у пациентов с лимфомой Ходжкина для создания прогностической модели, определяющей показания к профилактике остеопороза.

**Материал и методы.** Исследование охватило 90 человек (nЛХ=60, n контроль=30). Демографические и антропометрические параметры групп были сопоставимы ( $p > 0,05$ ). Диагноз ЛХ подтверждался комплексным обследованием: анамнез, лабораторные, инструментальные и морфологические методы. Все пациенты получали лечение.

Для построения ПМ анализировались различные факторы риска: опрос, антропометрия, параметры общего и биохимического анализа крови, а также гормональный профиль.

**Результаты.** У 53% (n=32) пациентов с ЛХ выявлен дисбаланс ИРИ, у 45% (n=27) – СТГ, у 52% (n=31) – ИФР-1. Эти нарушения повышают риск остеопороза. Разработанный алгоритм прогнозирования риска снижения МПК на основе концентраций СТГ, ИФР-1, ЛГ, антропометрии. Вероятность (ВПР) рассчитывается по формуле логистической регрессии (параметры: активность, переломы, курение, ИМТ, анамнез, возраст, ЗГТ, кальций, масса тела, пол). Пороговый уровень (cut-off)-0,64. ВПР  $\geq 0,64$ -критерий для превентивных мер. ROC-анализ: обучающая выборка – точность – 80,2%, чувствительность – 78,6%, специфичность – 82,4%; тестовая – 65,7, 70,0, 60,0% соответственно. Денситометрия подтвердила у больных ЛХ значимое снижение МПК во всех областях.

**Выводы.** *Терапия ЛХ вызывает эндокринные нарушения, в частности, дисбаланс ИФР-1, ИРИ и СТГ, что повышает риск дегенеративных изменений костной ткани. Предложенная прогностическая модель, учитывающая эндокринологические маркеры и клинические факторы, обладает высокой чувствительностью и специфичностью. Рекомендуется для стратификации пациентов с ЛХ по группам риска остеопороза и персонализации профилактики.*

## ГИДРОЛИЗНО-РЕЗОРБЦИОННАЯ И МОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Сучкова Е.В., Бутина Е.Ф.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** По данным литературы, при ХП наблюдаются сдвиги в микробном пейзаже, которые усугубляют течение патологического процесса, но доказательная база, напрямую связывающая дисбактериоз кишечника с заболеваниями ПЖ, остается ограниченной. Влияние на состав микробиоты характера питания, фармакотерапии осложняет выявление закономерностей и требует проведения строго контролируемых исследований.

**Цель.** Оценить пищеварительную, всасывательную, моторную функцию тонкого кишечника у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы.** Обследованы 30 пациентов с билиарным ХП. Верификация диагноза проводилась по результатам клинического обследования и УЗИ. Также оценивались результаты нагрузочных тестов с углеводами, водородного дыхательного теста (ВДТ) для выявления синдрома избыточного бактериального роста (СИБР), уровня мотилина в сыворотке крови методом ИФА. Полученные данные сравнивались с показателями контрольной группы.

**Результаты.** В ходе исследования у пациентов с ХП при нагрузке крахмалом нами выявлена тенденция к снижению ( $p > 0,5$ ) полостного пищеварения, усилению мембранного пищеварения и достоверное повышение ( $p < 0,05$ ) всасывания при пробе с глюкозой в сравнении с контролем. Содержание мотилина в сыворотке крови в группе наблюдения составило 209 [194; 338] пг/мл. Отмечена тенденция к снижению уровня мотилина в сравнении с контролем. ВДТ у 79,4% пациентов выявил СИБР (отмечено увеличение содержания водорода в выдыхаемом воздухе более 10 ppm в сравнении с исходным уровнем в течение 1-го часа исследования).

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о нарушении всех этапов гидролизно-резорбционного процесса в тонкой кишке у пациентов с ХП. На фоне снижения полостного пищеварения отмечено компенсаторное усиление мембранного пищеварения, всасывания глюкозы, а также снижение уровня мотилина, что косвенно свидетельствует о снижении моторики тонкой кишки и играет определенную роль в развитии СИБР у пациентов с ХП.

## ВОЗМОЖНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Табакчи О.Э., Мухаметова Д.Д., Абдулганиева Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

**Актуальность.** Изучение возможностей ультразвуковой визуализации мышц у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) обусловлена высокой распространенностью саркопении при данном заболевании. Ультразвук позволяет неинвазивно, быстро и безопасно оценить состояние мышечной ткани, что делает его предпочтительным инструментом для раннего выявления и мониторинга мышечных изменений у пациентов с ВЗК в реальной клинической практике.

**Цель.** Провести ультразвуковую оценку мышечной массы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

**Материал и методы.** Были включены 136 пациентов с ВЗК, из них с ЯК – 46%, с БК – 54%. 30 человек – группа контроля (ГК). По возрасту и полу изучаемые группы были сопоставимы. Оценивались ИМТ, окружность середины плеча (ОСП), окружность середины бедра (ОСБ); динамометрия (половозрастная норма); ультразвуковое исследование (УЗ) толщины мышц середины плеча и бедра; индекс скелетно-мышечной массы (иСММ) определялся на биоимпедансном анализаторе.

**Результаты.** ОСП и ОСБ у мужчин с ВЗК была значимо меньше, чем в ГК ( $p < 0,05$ ), среди женщин не было. Динапения была выявлена у 12% пациентов. иСММ был ниже нормы у 32% пациентов. Медиана УЗ-СП у женщин при ВЗК (19,38 [17,27; 22,35] мм) была меньше, чем в ГК (21,58 [20,21; 22,66] мм,  $p < 0,05$ ), в отличие от мужчин. Медиана УЗ-СБ у женщин при ВЗК (30,84 [23,21; 36,37] мм) была меньше, чем в ГК (41,30 [35,79; 43,73] мм,  $p < 0,05$ ), также у мужчин с ВЗК (30,61 [25,96; 39,26] vs 41,53 [39,06; 42,41] мм,  $p < 0,05$ ).

УЗ-СП коррелировала с ОСП ( $r=0,5$ ;  $p < 0,05$ ), ИМТ ( $r=0,4$ ;  $p < 0,05$ ), иСММ ( $r=0,7$ ;  $p < 0,05$ ), динамометрией ( $r=0,6$ ;  $p < 0,05$ ). УЗ-СБ коррелировала с ОСБ ( $r=0,5$ ;  $p < 0,05$ ), ИМТ ( $r=0,4$ ;  $p < 0,05$ ), иСММ ( $r=0,3$ ;  $p < 0,05$ ), динамометрией ( $r=0,2$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Ультразвуковая толщина мышц бедра у пациентов с ВЗК была значимо меньше, чем в ГК. Ультразвуковая толщина мышц плеча и бедра коррелировали с антропометрическими данными, динамометрией и индексом скелетно-мышечной массы по биоимпедансному анализу.

## УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ КАК ФАКТОР КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МОЛОДЫХ

Ткаченко П.Е., Гаврилова Е.С.

ГБУЗ ЧОКБ, г. Челябинск, Россия

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

**Актуальность.** Основные факторы риска (ФР) реализуют свое действие среди лиц молодого возраста, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи.

**Цель.** Провести сравнительную оценку ФР среди учащихся начальных и старших курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ) и медицинского колледжа ЮУГМУ.

**Материал и методы.** Обследованы 281 студент 1 курса (средний возраст  $18,1 \pm 1,4$  года) и 6 курса 169 студентов ЮУГМУ (средний возраст  $22,9 \pm 0,8$  года), а также 166 учащихся младших курсов (средний возраст  $19,0 \pm 1,0$  года) и 178 учащихся старших курсов (средний возраст  $20,0 \pm 1,0$  года) медицинского колледжа ЮУГМУ. Оценка поведенческих ФР проводилась по опроснику CINDI, уровня тревоги и депрессии – по госпитальной шкале HADS. Статистическая обработка выполнена в SPSS 20.0.

**Результаты.** Среди первокурсников ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов колледжа ниже распространенность нерационального питания (75,0 и 82,9% соответственно,  $p < 0,05$ ), тревоги субклинического уровня (21,0 и 27,0% соответственно,  $p < 0,05$ ), выше – низкой физической активности (55,6 и 21,0% соответственно,  $p < 0,05$ ), избыточного употребления соли (64,6 и 34,5% соответственно,  $p < 0,05$ ), тревоги клинического уровня (21,4 и 10,7% соответственно,  $p < 0,05$ ). Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении с учащимися старших курсов колледжа распространенность нерационального питания (86,4 и 99,1% соответственно,  $p < 0,05$ ), избыточного употребления соли (30,2 и 60,2% соответственно,  $p < 0,05$ ), тревоги клинического уровня (19,4 и 20,1% соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Установлено, что к старшим курсам обучающиеся университета и колледжа сохраняют высокую распространенность основных факторов кардиометаболического риска и тревожной симптоматики.

## **ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ОБУЧАЮЩИХСЯ УНИВЕРСИТЕТА**

**Ткаченко П.Е., Гаврилова Е.С.**

*ГБУЗ ЧОКБ, г. Челябинск, Россия*

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия*

**Актуальность.** Анализ распространенности основных факторов риска (ФР) кардиометаболических заболеваний как предикторов формирования патологии у лиц молодого возраста имеет важное прогностическое значение.

**Цель.** Провести сравнительный анализ распространенности основных ФР среди студентов 1 и 6 курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).

**Материал и методы.** Проведено обследование 142 студентов 1 курса и 161 студента 6 курса ЮУГМУ. ФР оценивались по опроснику CINDI. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS 20.0.

**Результаты.** Среди студентов 6 курса ЮУГМУ в сравнении первокурсниками выше распространенность пассивного курения (70,2 и 47,5% соответственно,  $p < 0,05$ ), употребления алкоголя в малых дозах (75,8 и 35,2% соответственно,  $p < 0,05$ ); ниже – избыточного употребления алкоголя (1,2 и 3,5% соответственно,  $p < 0,05$ ), сахара (13,7 и 32,4% соответственно,  $p < 0,05$ ). У мужчин-шестикурсников выше распространенность предожирения (41,5 и 14,7% соответственно,  $p < 0,05$ ), абдоминального ожирения (АО) (7,3 и 2,9% соответственно,  $p < 0,05$ ); ниже – дефицита массы тела (2,4 и 8,8% соответственно,  $p < 0,05$ ). У женщин-шестикурсниц выше распространенность дефицита массы тела (16,7 и 14,8% соответственно,  $p < 0,05$ ), избыточной массы тела (10 и 6,5% соответственно,  $p < 0,05$ ), АО (5,8 и 4,7% соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Среди шестикурсников в сравнении с первокурсниками выше распространенность пассивного курения, употребления алкоголя в малых дозах, ниже частота встречаемости избыточного употребления алкоголя и сахара.

## ИЗМЕНЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ТРАНСФЕРРИНА У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДА

Убушаева Д.С., Сахин В.Т., Рукавицын О.А., Казаков С.П.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва, Россия*

*ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Ожоговый травматизм является важнейшей медицинской и социальной проблемой, что обусловлено распространенностью, высокой смертностью и инвалидизацией. Ежегодно в мире за медицинской помощью с ожогами обращается примерно 6 млн человек, из которых погибает 180 000 человек. По данным Росстата 2019–2022 гг., ежегодно за медицинской помощью обращается от 190,2 до 246,5 тыс. пострадавших взрослых и детей с ожогами.

**Цель.** Оценить изменения секреции трансферрина у пострадавших с ожоговой травмой в зависимости от клинического исхода при поступлении в специализированный стационар и в отсроченный период после травмы.

**Материал и методы.** Обследованы 57 пациентов мужского пола, поступивших на 3-и [2–4] сутки после ожога. В зависимости от клинического исхода пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу включены 33 выживших пострадавших, возраст 34 [27–39] года, с общей площадью ожогов 38 [21–50]%, из которых глубоких 14 [4–24]%. Во 2-ю группу включены 24 умерших пострадавших, возраст 35 [26–43,5] лет, с общей площадью ожогов 65 [47,5–73]%, из которых глубоких 34,5 [29,5–50]%

**Результаты.** У всех пострадавших независимо от клинического исхода снижена концентрация трансферрина как на 3-и [2–4], так и на 10-е [8–12] сутки от момента получения травмы. При этом у пострадавших с неблагоприятным исходом концентрация трансферрина значительно ниже на всех этапах наблюдения ( $p < 0,05$ ). При поступлении в стационар концентрация трансферрина у выживших – 1,08 [0,9–1,27] г/л, у умерших – 0,88 [0,7–1,02] г/л. При последующем измерении у выживших – 1,23 [1,1–1,4] г/л, у умерших – 0,98 [0,87–1,11] г/л.

**Выводы.** У всех пострадавших вне зависимости от клинического исхода уже на 3-и [2–4] сутки после получения травмы отмечается снижение концентрации трансферрина, данные изменения сохраняются при дальнейшем динамическом наблюдении. При неблагоприятном исходе гипотрансферринемия носит более выраженный и устойчивый характер. Полученные данные свидетельствуют о возможности рассматривать данный показатель как потенциальный ранний маркер неблагоприятного исхода.

## ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

**Фомина Е.И.**

*ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Понятие «гипертонический криз» (ГК) изменилось за последние десятилетия, но на практике врач, выявив значительное повышение артериального давления (АД), принимает его за ГК и быстро снижает антигипертензивными препаратами (АГП) короткого действия. ГК – это значительное повышение АД с обязательной симптоматикой поражения органов мишеней (ПОМ): острый коронарный синдром, расслоение аорты, острое повреждение почек (ОПП) и др.

**Цель.** Проинформировать врачей терапевтического звена о современных классификациях ГК, тактике ведения значительно повышенного АД и ГК.

**Материал и методы.** Анализ актуальных отечественных и зарубежных литературных источников, клинических рекомендаций (КР) посвященных ведению ГБ у взрослых.

**Результаты.** В КР выделяют ГК и неконтролируемую ГБ. При выявлении значительного повышения АД без острого ПОМ рекомендуется провести коррекцию базовой терапии по стандартной схеме с постепенным снижением АД в течение 1–3 дней. Повышение АД при госпитализации часто связано со стрессом, болью, тревогой, нарушением сна, приемом препаратов повышающих АД, заменой АГП и др. В исследовании 2024 г. у 44,2% пациентов в течение 3 ч АД снижалось до нормального уровня без применения АГП. Доказано: применение короткодействующих АГП не улучшает прогноз и ассоциировано с более высоким риском ишемического инсульта, ОПП, повреждения миокарда, с увеличением летальности более чем в 2 раза и длительности госпитализации.

**Выводы:** *Имеющиеся КР регламентируют новый порядок действий, однако многие врачи продолжают оказывать медицинскую помощь в соответствии со старыми стандартами. Необходимо информировать практикующих специалистов о порядке ведения пациентов с ГК для профилактики ятрогений.*

## ВОЗМОЖНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Хайруллин Р.И., Белоусова Е.Н., Мухаметова Д.Д., Черемина Н.А.,  
Садыкова Л.Р., Абдулганиева Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

ГАУЗ РКБ МЗ РТ, г. Казань, Россия

**Актуальность.** Средняя встречаемость саркопении при ЦП достигает до 40%.

**Цель.** Оценивались следующие показатели: УЗТ середины плеча доминантной (СП-Д) и субдоминантной (СП-С) руки, УЗТ середины левого (СБ-Л) и правого (СБ-П) бедра; динамометрия; величина фазового угла (ФУ), скелетно-мышечный индекс (СМИ), скелетно-мышечная масса (СММ) по биоимпедансометрическому анализу (БИА).

**Материал и методы.** Результаты. Получены средние значения: УЗТ (мм) СП-Д – 22,15±3,29; СП-С 21,70 [19,75; 24,50]; СБ-Л 26,90 [25,27; 30,27]; СБ-П 27,50 [26,15; 30,85]; класс А по Child-Pugh: СП-Д 26,32(1,75), СП-С 26,45 [26,12; 26,82], СБ-Л 34,25 [32,65; 37,10], СБ-П 35,25 [33,42; 37,23]; класс С: СП-Д 21,20(3,09), СП-С 21,30 [19,40; 23,60], СБ-Л 26,40 [25,05; 28,95], СБ-П 27,20 [24,70; 29,05]; БИА: ФУ 4,78 [4,54; 5,33]°;

**Результаты.** СМИ 8,39±1,25 кг/м<sup>2</sup>; СММ 26,40 [21,50; 29,32] кг; сила сжатия кисти доминантной руки 21,00 [18,00; 28,25] кг; субдоминантной руки 22,57±6,26 кг. Наблюдалось снижение параметров, УЗТ (мм): СП-Д и СП-С – 90% (n=36); СБ-Л и СБ-П – 100% (n=40); БИА: ФУ – ниже нормы – 57,5% (n=23); значительно ниже нормы – 20% (n=8); СМИ 2,5% (n=1); СММ 32,5% (n=13); сила сжатия кисти доминантной руки 57,5% (n=23), субдоминантной руки 57,5% (n=23). Выявлены корреляционные связи между УЗТ мышц плеча и бедра с данными БИА: при повышении показателя УЗТ СП-Д повышался СММ (r=0,55; p < 0,05) и СМИ (r=0,49; p < 0,05); при повышении УЗТ СП-С – повышение СММ (r=0,43; p < 0,05); при повышении УЗТ СБ-Л – повышение СММ (r=0,41; p < 0,05).

**Выводы.** Корреляции между УЗТ и динамометрией ФУ выявлено не было. Выводы.

Было выявлено снижение УЗТ: СП-Д и СП-С – 90% (n=36); СБ-Л – и СБ-П – 100% (n=40);

У лиц с ЦП класса С по Child-Pugh УЗТ мышц плеча и бедра была сравнительно ниже, чем при классе А. Выявлены корреляции между УЗТ мышц плеча и бедра с СММ и СМИ по БИА.

## СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ТРАЕКТОРИИ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКЕ

Хайрутдинов К.Н., Байракова Ю.В., Гайдукова И.З.

*Университетская клиника НОИ Клинической медицины им. Н.А. Семашко ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия  
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПб ГБУЗ КРБ им. В.А. Насоновой,  
г. Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Системная склеродермия (ССД) является заболеванием, исход которого определяется сроком распознавания первых проявлений и начала лечения.

**Цель.** Представить клинические наблюдения, демонстрирующие различия в клинических траекториях заболевания при ранней и поздней диагностике и лечении ССД.

**Материал и методы.** Представлены клинические и лабораторные данные 5-летнего наблюдения за пациентами с ранней (<1 года) и поздней (≥6 лет) ССД, верифицированной на основании критериев EULAR (2013). Согласие пациентов получено.

**Результаты.** В 1-м наблюдении дебют ССД в 62 года проявился с синдрома Рейно (СР) и артрита кистей; обращение через 6 лет сопровождалось уже сформированным полиорганным поражением: кожи (кожный счет 27 б.), опорно-двигательной, дыхательной, неврологической, желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой систем. На фоне терапии достигнуто лишь частичное улучшение; сохранялся СР и дигитальные язвы, АНФ снизился с 1:1280 до 1:640. Во 2-м наблюдении обращение через 6 мес. от дебюта СР, артрита, плотного отека кистей и телеангиэктазий произошло до развития висцерального поражения; при осмотре (кожный счет 4 б.). На фоне терапии достигнут регресс симптомов, АНФ 1:5120 до 1:640, в течение 5 лет рецидива не было.

**Выводы:** Ранняя диагностика и лечение системной склеродермии могут ассоциироваться с полным обратным развитием клинических симптомов заболевания, с достижением лекарственной ремиссии, в то время как поздняя диагностика и лечение ассоциируются лишь с уменьшением выраженности симптомов, но не с их разрешением.

## ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА

Хакимова Л.К., Ситдикова Д.М., Шамсутдинова Н.Г., Кириллова Э.Р.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Россия

**Актуальность.** В реальной клинической практике стратификация риска, по данным эхокардиографии, с учетом фенотипа ХОБЛ остается недостаточно изученной, что затрудняет своевременную диагностику и персонализацию терапии. В связи с этим анализ эхокардиографических параметров у пациентов с тяжелой ХОБЛ в зависимости от фенотипа является актуальным для оптимизации ведения данной категории больных.

**Цель.** Проанализировать эхокардиографические параметры у пациентов с тяжелой хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от фенотипа в условиях реальной клинической практики.

**Материал и методы.** В ретроспективное исследование включены 117 пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение РКБ МЗ РТ с диагнозом ХОБЛ. Эхокардиографические характеристики включали фракцию выброса левого желудочка (ФВ), индекс объема левого предсердия (ИОЛП), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), отношение скоростей наполнения левого желудочка в раннюю диастолу и в систолу предсердий (Е/А), скорость Е, максимальную скорость трикуспидал.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 68 [62;73] лет, мужчин – 116 (99%), женщин – 1 (1%). Больные были поделены на 3 группы в зависимости от фенотипа: бронхитический, эмфизематозный и смешанный. 1-я группа (бронхитический фенотип) включала 24 человека, 2-я группа (эмфизематозный фенотип) – 53 пациента, 3-я группа (смешанный фенотип) – 40 больных. Группы были сопоставимы по возрасту, стажу курения, продолжительности заболевания, выраженности бронхиальной обструкции. При оценке систолической функции левого желудочка у пациентов первой группы ФВ была сохраненной у 22 пациентов (91%), умеренно сниженной – у 2 больных (9%). У пациентов 2-й группы ФВ была сохранена у 44 (83%).

**Выводы.** У пациентов с тяжелой ХОБЛ наблюдается сохраненная систолическая функция левого желудочка. Значительная доля больных имеет увеличение объема левого предсердия, что может свидетельствовать о диастолической дисфункции. Полученные результаты подтверждают необходимость активного кардиологического скрининга пациентов с ХОБЛ для своевременного выявления кардиореспираторной коморбидности и оптимизации тактики ведения данной категории больных.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ СЕЛЕЗЕНКИ КАК МАРКЕРА СИСТЕМНОГО ЗАСТОЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Халилова К., Мисан И.А., Кобалава Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»,  
г. Москва, Россия

**Актуальность.** Системный венозный застой – одно из ярких клинических проявлений межорганного взаимодействия при сердечной недостаточности (СН). Показатель жесткости селезенки может стать новым маркером венозного застоя, иллюстрируя «кардиоспленическую ось» – двунаправленную связь, в которой сердечная дисфункция и гемодинамическая адаптация селезенки взаимосвязаны.

**Цель.** Изучить диагностическое значение жесткости селезенки как маркера системного застоя у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

**Материал и методы.** В проспективное наблюдательное исследование включены 77 пациентов с ОДХСН в возрасте  $73,5 \pm 7,7$  года (из них 33 мужчины – 42,8%). Всем пациентам выполнены стандартное физикальное, лабораторно-инструментальное обследование, включая NT-proBNP, УЗИ легких, биоимпедансный векторный анализ, эхокардиографию и определение тяжести застоя по протоколу VExUS на аппарате Phillips Epiq7, непрямая транзитная эластометрия селезенки и печени на аппарате FibroScan Echosens Expert 603 (Франция). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от показателей жесткости селезенки (ЖС): с ЖС ниже и выше медианного значения ( $<36,1$  и  $\geq 36,1$  кПа соответственно).

**Результаты.** При сравнении групп в зависимости от медианного значения в группе пациентов с ЖС  $\geq 36,1$  кПа чаще выявлялись одышка в покое, пароксизмальная ночная одышка ( $p < 0,05$ ), тенденция к увеличению частоты выявления хрипов в легких и гепатоюгулярного рефлюкса. В этой же группе отмечались более выраженные признаки гиперволемии: большее количество внеклеточной жидкости и меньший фазовый угол по данным БИВА, большая частота расширения диаметра НПВ и увеличенный диаметр портальной, печеночных вен и НПВ, а также преобладание тяжелой степени системного венозного застоя по шкале GRADE ( $p < 0,05$ ). Выявлена значимая прямая корреляция жесткости селезенки и жесткости печени ( $p < 0,001$ ). При оценке эхокардиографических параметров в группе с жесткостью селезенки выше медианного значения регистрировались большие размеры правого предсердия и значимо чаще диагностировалась тяжелая трикуспидальная недостаточность ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Повышенное значение жесткости селезенки (ЖС)  $\geq 36,1$  кПа связано с преобладанием явлений застоя в большом круге кровообращения и может рассматриваться как потенциальный новый диагностический маркер системного венозного застоя у пациентов с ОДХСН.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГЭРБ

**Хисамова Э.Р.**

*БГМУ, г. Уфа, Россия*

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из самых распространенных заболеваний пищеварительной системы. Возрастные изменения приводят к затруднению своевременной диагностики ГЭРБ, из-за чего формируются тяжелые осложнения, такие как пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода.

**Цель.** Выявить клиничко-эндоскопические и патогенетические особенности течения ГЭРБ у пациентов пожилого возраста в сравнении с лицами среднего возраста, а также оценить влияние возрастных изменений (снижение пищеводного клиренса, коморбидность) на характер поражения слизистой оболочки пищевода и желудка.

**Материал и методы.** В исследование были включены 60 пациентов с подтвержденным диагнозом ГЭРБ, разделенных на две группы: 1-я группа (основная): 30 пациентов пожилого возраста (60–74 года); 2-я группа (контрольная): 30 пациентов среднего возраста (38–47 лет). Оценивались следующие параметры: пол, возраст, ИМТ, наличие сопутствующих заболеваний, лекарственный анамнез (полипрагмазия), клинические жалобы и данные эндоскопического исследования (ФГДС).

**Результаты.** В современной гастроэнтерологии ГЭРБ у лиц средних возрастных групп рассматривается как заболевание с малосимптомным, но прогностически более тяжелым течением. У пожилых пациентов изжога и регургитация – наиболее чувствительные и типичные проявления ГЭРБ – уступают место внепищеводным проявлениям и ночной симптоматике, что обусловлено снижением порога чувствительности.

**Выводы.** *В настоящий момент гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых пациентов является одной из самых распространенных, но трудно диагностируемых гастроэнтерологических патологий. Частота встречаемости ГЭРБ увеличивается с возрастом и составляет около 17% у лиц старше 50 лет и 26% – 60 лет. Возрастные особенности клинической картины с преобладанием внепищеводных проявлений требует особого диспансерного наблюдения у гастроэнтеролога и участкового терапевта.*

## **РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ**

**Худайбердыева Г.П., Гельдыева Ш.**

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан*

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одним из актуальных проблем. В среднем 40% населения земного шара страдает от артериальной гипертензии, с каждым годом повышаются показатели осложнений, смертности от данного заболевания. Чаще всего сочетаются депрессия и тревожные состояния. Одним из важнейших условий возникновения АГ являются психически-тревожные и депрессивные состояния.

**Цель.** Изучение роли и особенностей лечения психических тревожных расстройств у больных с артериальной гипертензией с кризовым течением.

**Материал и методы.** В отделении ревматологии и кардиологии Госпиталя с НКЦК под нашим наблюдением были 60 больных (38 женщин и 22 мужчины), страдающих от АГ с кризовым течением, в возрасте 51–67 ( $4,1 \pm 8,1$ ) лет.

Все больные были разделены на две группы: I группу составили 25 пациентов (14 женщин и 11 мужчин) с артериальной гипертензией (АГ) кризового течения; II группу — 35 пациентов (23 женщины и 12 мужчин), у которых АГ кризового течения сочеталась с тревожными и депрессивными состояниями.

**Результаты.** 3-месячное наблюдение в течение лечения у обеих групп больных с АГ кризовым течением показал достоверное снижение уровня АД. У больных I группы уровень АД по сравнению с первоначальными показателями снизились на 25%, а у больных II группы эти показатели снизились на 35%. Кроме того, у больных II группы устранились признаки психических тревожных расстройств и депрессии, у них повысилась самооценка, появилось желание регулярно принимать рекомендованные лекарственные средства и вести здоровый образ жизни в целях поддержания соответствующего АД.

**Выводы.** *Проведенное исследование показало, что признаки тревожных расстройств и депрессии являются основным фактором риска развития артериальной гипертензии и способствуют возникновению связанных с ней осложнений. Кроме того, установлено, что сочетанное применение антидепрессантов и седативных средств в лечении артериальной гипертензии продлевает жизнь пациентов и снижает показатели смертности.*

## ОСТЕОАРТРОЗ И ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

**Худайбердыева Г.П., Гельдыева Ш.**

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан*

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Остеоартроз (ОА) – хроническая дегенерация суставов. Распространенность: 6,4–12% населения (ВОЗ), преимущественно у женщин старше 40–45 лет; к 60 годам почти у всех. Факторы риска: возраст, пол, ожирение, травмы, АГ, ИБС, диабет. В 60% случаев – потеря трудоспособности, в 11,5% – инвалидность. Показана заместительная терапия.

**Цель.** Изучение особенностей течения АГ и остеоартроза.

**Материал и методы.** Обследован 31 больной с ОА и АГ (средний возраст 47±4,5 года): длительность ОА – 7–12 лет, АГ – 3–19 лет. Диагностика – по рекомендациям ВОЗ и классификации Kellgren-Lawrence (4 стадии). Контроль – 20 больных с АГ, сопоставимых по основным параметрам. Дополнительно оценивали уровень Са<sup>++</sup> в сыворотке и минеральную плотность кости (остеоденситометрия). Все пациенты отмечали усиление механических болей во второй половине дня при нагрузке.

**Результаты.** У 31 пациента с ОА и АГ моноартрит отсутствовал. Основные симптомы: стартовые утренние боли (93,5%), заклинивание сустава (35,4%), крепитация (87%), трудности спуска по лестнице (67,7%). Деформация суставов отмечена у всех: по Kellgren-Lawrence – 1–3 стадии (15, 21 и 3 человека), функциональные нарушения – 1–3 степени (13, 29 и 3 пациента). 27 пациентов госпитализированы из-за усиления болей и снижения трудоспособности; у 12 преобладали жалобы на повышение АД с суставными проявлениями. По остеоденситометрии T-Score составил –2,1 (I стадия АГ) и –2,5 (II стадия + ОА), что свидетельствует об остеопорозе и повышенном риске переломов.

**Выводы.** У больных с артериальной гипертензией, при ее сочетании с остеоартрозом наблюдаются изменения в кальциевом метаболизме с гипокальциемией и снижением минеральной плотности костной ткани в зависимости от длительности перехода остеоартроза. В то же время сочетание АГ и ОА усугубляет течение обоих заболеваний и усиливает нарушение кальциевого обмена. Поэтому необходимо проводить компенсаторные мероприятия в лечении таких больных.

## ХИРУРГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Хуснутдинова Р.Р., Баранова Т.С.

ФГБОУ ВО ИжГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) в 15–30% случаев требует оперативного лечения из-за неэффективности консервативной терапии или развития осложнений. Своевременность радикального лечения определяет долгосрочный прогноз и качество жизни.

**Цель.** Оценить особенности хирургического лечения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 30 пациентов с ВЗК (15 пациентов – с язвенным колитом и 15 пациентов – с болезнью Крона), из них 66,7% – мужчин и 33,3% – женщин в возрасте от 18 до 67 лет. Средний возраст составил  $47 \pm 3,92$  года.

**Результаты.** Основными показаниями для хирургического вмешательства были неэффективность консервативной терапии – 20%, осложнения основного заболевания (стриктуры – в 60% и абсцессы – в 20% случаев). Пациентам с болезнью Крона была проведена резекция тонкой кишки. Удаление воспаленного участка приводило к клиническому улучшению и ремиссии. Однако необходимо учитывать риск рецидива, который наблюдается в 30–50% случаев в течение последующих 5 лет. Пациентам с язвенным колитом была проведена тотальная колэктомия с формированием илеоанального резервуара, что приводило к полному излечению от заболевания. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось (100%).

**Выводы.** *Следует отметить, что хирургическая сторона лечения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника занимает важное место в общем подходе к терапии. Результаты проведенного анализа показывают, что хирургическое вмешательство значительно улучшает качество жизни пациентов. Важно, чтобы хирурги и гастроэнтерологи работали в тесном сотрудничестве, обеспечивая комплексный подход к лечению, что является залогом успешного исхода.*

## К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Хуснутдинова Р.Р., Хохлачева Н.А.

ФГБОУ ВО ИжГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Психологическая концепция заболеваний желудочно-кишечного тракта постулирует значимость психоэмоционального статуса в генезе и течении патологии.

**Цель.** Сравнение психологического профиля, уровня тревожности и копинг-стратегий у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

**Материал и методы.** Нами были обследованы 50 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (48% мужчин, 52% женщин) и 50 пациентов с желчнокаменной болезнью (80% женщин, 20% мужчин) после лапароскопической холецистэктомии. Применены следующие методики: шкала Спилберга–Ханина (оценка личностной и реактивной тревожности), опросник субъективного контроля (УСК), а также методика оценки копинг-поведения в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д. Эндлер).

**Результаты.** У пациентов с ВЗК преобладает личностная тревожность – у 62% пациентов показатели по шкале Спилберга были >45 баллов. У 54% обнаружен экстернальный локус контроля, что достоверно связано ( $r=0,48$ ,  $p < 0,05$ ) с частыми рецидивами и низкой эффективностью терапии. Выявлено доминирование стратегии избегания – до 42% случаев. У пациентов после холецистэктомии реактивная тревожность (58%) в раннем послеоперационном периоде превышает уровень личностной (26%). Через 3 мес. после стабилизации состояния показатели тревожности у пациентов после холецистэктомии снижаются до нормальных значений ( $p < 0,01$ ), а при ВЗК сохраняется устойчиво повышенный уровень тревожности вне зависимости от стадии заболевания.

**Выводы.** У пациентов с ВЗК наблюдается устойчивый личностный тип тревожности, склонность к экстернализации и дезадаптивные способы сопротивления стрессу, что обуславливает необходимость длительного психотерапевтического вмешательства. При ЖКБ доминирует реактивная тревожность, связанная с хирургическим вмешательством, что обосновывает важность проведения профилактических мероприятий в периоперационном периоде.

## ЗНАЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ПРОГНОЗЕ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2-ГО ТИПА И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ СНсФВ

Хуцишвили Н.И., Назаров И.С., Сафарова А.Ф., Толкачева В.В., Кобалава Ж.Д.  
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», г. Москва,  
Россия

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) ускоряет переход от доклинической диастолической дисфункции к манифестной сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ), однако диагностика СНсФВ при промежуточной вероятности по HFA REFF остается сложной задачей. Деформация левого предсердия (ДЛП) может быть ранним маркером дисфункции, но ее прогностическое значение в этой группе изучено недостаточно.

**Цель.** Определить прогностическую значимость резервуарной фазы ДЛП как предиктора риска серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ССС) у пациентов с СД 2-го типа и промежуточной вероятностью СНсФВ в годичный период наблюдения.

**Материал и методы.** В проспективное исследование включены 58 пациентов с СД 2-го типа (средний возраст  $61 \pm 8$  лет, 52% мужчин) с одышкой, ФВ ЛЖ  $\geq 50\%$  и 2–4 баллами по HFA-REFF. Всем выполнен диастолический стресс-тест (ДСТ) с физической нагрузкой. ДЛП оценивали методом спекл-трекинга, аномальным считали значение  $\leq 18\%$ . Конечная точка – комбинированная (общая смертность + СССР).

**Результаты.** Диастолический стресс-тест оказался положительным у 29,3% (17 из 58) пациентов, что позволило верифицировать диагноз СНсФВ. В данной подгруппе значения деформации левого предсердия были значимо ниже как в покое, так и на фоне физической нагрузки. Выявлена корреляция между снижением ДЛП при нагрузке и повышением давления наполнения левого желудочка. Показатель ДЛП продемонстрировал независимую прогностическую значимость в отношении риска неблагоприятных исходов. Согласно анализу кривых Каплана–Майера, пороговое значение ДЛП  $\leq 18\%$  статистически значимо ассоциировалось с более высоким риском достижения комбинированной конечной точки в группе пациентов с подтвержденной СНсФВ (Log Rank = 14,72;  $p < 0,001$ ). Кроме того, пороговое значение ДЛП в фазе резервуара  $\leq 18\%$  позволяет прогнозировать положительный результат ДСТ с чувствительностью 88,93% и специфичностью 92,35%.

**Выводы.** У пациентов с СД 2-го типа и промежуточной вероятностью СНсФВ снижение резервуарной деформации левого предсердия  $\leq 18\%$  служит значимым предиктором неблагоприятных исходов в течение года наблюдения. При невозможности проведения ДСТ его результат может быть предсказан на основании указанного показателя, что расширяет возможности неинвазивной диагностики СНсФВ.

## КОГДА СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ СТАРШЕ ПАСПОРТНОГО: РАННИЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Хучаева Л.Р.

ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России, г. Москва, Россия

**Введение.** Представление клинического случая раннего развития атеросклероза у пациентки с резистентной артериальной гипертензией (АГ): выявление ключевых факторов риска в развитии атеротромботических событий и демонстрация ценности расширенного диагностического поиска для своевременной стратификации сердечно-сосудистого риска.

**Описание случая.** Пациентка, 42 лет, ИМТ 37. С 15 лет – АГ до 170–180/110 мм рт. ст., резистентная к терапии.

Гинекологический анамнез отягощен: в 21 год – замершая внематочная беременность, тубэктомия, клиническая смерть (6 мин.) с полным восстановлением; далее – 3 беременности с преэклампсией, роды 3, самопроизвольный аборт. С 2023 г. – ОНМК (ВББ, правая СМА) с регрессом дефицита; с 2024 г. – стенокардия напряжения. В 2026 г. по КАГ – субтотальный стеноз ВТК, выполнены БАП и стентирование.

Обследование: мультифокальный атеросклероз БЦА (до 40%), ИММЛЖ 129 г/м<sup>2</sup>.

Лабораторно: повышение Нб/гематокрит, гипокалиемия, гиперурикемия, повышение NT-proBNP, нарушение толерантности к глюкозе. Вторичная АГ исключена. Отмечен ранний генерализованный атеросклероз. Выявлены ЛП(а) (130 нмоль/л) и антикардиолипиновые антитела – верифицирован АФС, являющийся одним из ключевых факторов ускоренного атерогенеза.

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует мультифакториальный механизм ускоренного атерогенеза. Помимо классических факторов риска (ожирение, нарушение углеводного обмена, артериальная гипертензия), существенную роль в развитии раннего атеротромбоза могут вносить независимые детерминанты риска, ассоциированные с протромботической активностью. В связи с этим очень важно у лиц с ранним формированием атеросклеротических поражений проводить более расширенный поиск патогенетических детерминант с целью тщательной стратификации риска развития ССО, а также выработки оптимальной стратегии профилактики сердечно-сосудистых катастроф.

## МАКРОГЛОБУЛИНЕМИЯ ВАЛЬДЕНСТРЕМА ПОД МАСКОЙ IGM-НЕФРОПАТИИ

**Чалова А.Е.**

*Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия*

**Введение.** Болезнь Вальденстрема относится к группе редких В-клеточных лимфопролиферативных новообразований, ключевой особенностью которых является гиперпродукция моноклональных иммуноглобулинов класса М, инфильтрирующих костный мозг и висцеральные структуры. В представленной работе проанализировано клиническое наблюдение пациента с макроглобулинемией и вторичным ренальным повреждением, отягощенным декомпенсацией сердечной деятельности.

**Описание случая.** Мужчина 71 года (пациент В.) С августа 2024 г. отмечает астению, затем отеки. Сопутствующие заболевания: ИБС (постинфарктный кардиосклероз), гипертония, псориаз, нефролитиаз, эрозивный гастрит. С начала 2025 г. появились кардиалгии, одышка (до 50 м), потеря веса. В мае 2025 г. выявлена протеинурия Бенс–Джонса. Летом заподозрен лимфопролиферативный процесс. По данным биопсии костного мозга и иммунофенотипирования, диагноз болезни Вальденстрема подтвержден. Осенью 2025 г. присоединился прозопарез справа, потеря веса достигла 14 кг.

Лабораторно: массивная протеинурия (9,5 г/л), гипопротеинемия (47,7 г/л), гипоальбуминемия (27,1 г/л), азотемия (креатинин 259,6 мкмоль/л, мочевины 26 ммоль/л), гиперурикемия. ЭхоКГ: ФВ 46%, гипокинез, дилатация предсердий. УЗИ: двусторонний гидроторакс (эвакуировано 1700 мл). КТ: конкремент правой почки (до 5 мм).

**Заключение.** У пациента с макроглобулинемией Вальденстрема развилась специфическая IgM-ассоциированная нефропатия, приведшая к нефротическому синдрому и быстрому снижению почечной функции (ХБП). Наличие тяжелой ишемической болезни сердца сыграло роль триггера в развитии кардиоренального синдрома. Выявленные краниальная нейропатия и кахексия указывают на системный, мультиорганный характер поражения при данном лимфопролиферативном заболевании.

## ИНДЕКС SITA В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С ХСН И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

**Чванченко А.С., Давронова Ё.Б.**

*ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,  
г. Новосибирск, Россия*

**Актуальность.** Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и мультифокального атеросклероза (МФА) представляет собой сложную коморбидную патологию, ассоциированную с высоким риском неблагоприятных исходов, что требует комплексного, персонализированного и мультидисциплинарного подхода с использованием эффективных инструментов прогнозирования.

**Цель.** Определить прогностическую значимость индекса SITA на основе анализа клинических, лабораторных и инструментальных данных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и мультифокальным атеросклерозом (МФА).

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ХСН и МФА на базе стационарного отделения медицинской реабилитации ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» с 01.09.2025 по 30.12.2025. Все пациенты получали медикаментозную и немедикаментозную терапию (лечебная физкультура, психологическая поддержка, школы здоровья). Индекс SITA рассчитан по критериям REACH. Статистический анализ в Microsoft Excel 2010.

**Результаты.** 72 пациента, из них 76,0% мужчин, 24,0% женщин, средний возраст  $64,5 \pm 7,2$  года. Коморбинный фон: СД 2-го типа у 33,3%, ХБП 30,6%. Распределение стадий ХСН: предХСН 12,5%, I стадия – 84,7%, II – 2,8%; фенотипов: ХСНсФВ – 79,2%, ХСНунФВ – 12,5%, ХСНнФВ – 8,3%. Средний СИТА 3,14. Распределение СИТА: 2 балла 36,1, 3–36,1, 4–9,7, 5–13,9, 6–4,2%. Сформированы группы умеренной атеротромботической нагрузки (уАТН) (СИТА 2–3, 72,2%), высокой (вАТН) (СИТА 4–6, 27,8%). Средний индекс коморбидности Чарльсона 5,8 балла (в группе уАТН 5,5; вАТН 6,5). Возраст пациентов в группе вАТН выше на 4,6 года, индекс Чарльсона на 1 балл. ХБП в вАТН 55,0 против 21,2% у АТН.

**Выводы.** *Индекс SITA продемонстрировал высокую прогностическую значимость: его увеличение ассоциировано с более тяжелым течением ХСН и ростом коморбидности. Применение индекса возможно для персонализированной тактики ведения данной категории пациентов.*

## **AUT VINCERE, AUT MORI: СЛУЧАЙ СИНДРОМА АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ «НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА»**

**Чирков А.В., Байракова Ю.В., Гайдукова И.З.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия*

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», г. Москва, Россия*

**Введение.** Пациент, 37 лет, врач амбулаторного приема, 18.02.2025 отметил возникновение боли за грудиной, усиливающейся при дыхании, в связи с чем с диагнозом ОКС был госпитализирован. При поступлении температура до 38,6 °С, артрит крупных суставов, аускультативно – приглушение тонов сердца во всех точках аускультации, ЧСС – 120 уд./мин. В ОАК – лейкоцитоз до  $14,6 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилы –  $13 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 38 мм/ч, СРБ – 209 мг/л, прокальцитонин – 28 нг/мл, тропонин I – 0,011 нг/мл, исключен дебют системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов. Микробиологическое исследование мочи и мокроты – отрицательно. По данным ЭХО-КГ, признаки серозного перикардита без изменений сократимости миокарда. Состояние расценено как иммуновоспалительная реакция на фоне инфекции неуточненной локализации.

**Описание случая.** Иницирована терапия левофлоксацином 1000 мг/сут в/в в сочетании с энкосопарином 0,4 мг/сут – без эффекта. На вторые сутки – резкое ухудшение состояния: нарастание лихорадки до 39,0 °С, брадикардия 48–50 уд./мин. Лабораторно – снижение уровня лейкоцитов до  $10,4 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопения –  $80 \times 10^9/\text{л}$ , анемия, гиперферритинемия до 270 мкг/л, СРБ – 318 мг/л, фибриноген – 16,2 г/л. В связи с гипериммунным статусом пациента и признаками синдрома активации макрофагов произведена смена антибактериальной и антикоагулянтной терапии (меропенем по 1 г 3 раза/сут + ципрофлоксацин 800 мг/сут, 0,6 мл энкосопарина), инициации иммуномодулирующей терапии циклоспорином А 5 мг/кг/сут. и пульс-терапии метипреднизолоном 1 г/сут № 3. На фоне проводимого лечения – нормализация клинико-лабораторных показателей. Ретроспективно получены результаты микробиологических исследований крови – выявлена *N. Meningitidis*.

**Заключение.** Клинический случай демонстрирует сложность диагностики и подбора лекарственной терапии вторичного синдрома активации макрофагов при неverified инфекции, развившегося на фоне бактериальной инфекции. Своевременное начало комбинированного лечения позволило добиться полного разрешения симптомов заболевания.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГЕНДЕРНО-СПЕЦИФИЧНЫХ МАРКЕРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МОЛОДЫХ

**Чулков В.С., Ленец Е.А., Минина Е.Е., Чулков В.С.**

*ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Челябинск, Россия*

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия*

**Актуальность.** Рост кардиометаболических заболеваний среди лиц молодого возраста определяет необходимость раннего выявления групп риска. Гендерные особенности метаболических нарушений в этой возрастной когорте изучены недостаточно, а существующие прогностические модели редко учитывают специфичные для пола биомаркеры, что ограничивает возможности персонализированной профилактики.

**Цель.** Определить гендерные особенности динамики кардиометаболических нарушений и прогностическую ценность биомаркеров у лиц молодого возраста в проспективном наблюдении.

**Материал и методы.** В проспективное когортное исследование включен 251 человек в возрасте 18–44 лет (124 мужчины, 127 женщин). На исходном этапе и через 10 лет проведена оценка антропометрических данных, липидограммы, углеводного обмена, уровня лептина, фибриногена и мочевой кислоты. Статистический анализ выполнен с использованием непараметрических критериев, логистической регрессии и ROC-анализа.

**Результаты.** Исходно мужчины имели более высокие показатели ИМТ, окружности талии и частоты гиперурикемии (ОШ 4,15;  $p < 0,001$ ). За 10 лет наблюдения у мужчин значимо возросла частота абдоминального ожирения (с 55,6 до 68,5%;  $p = 0,014$ ), гиперлипидемии и нарушений гликемии ( $p < 0,05$ ). У женщин отмечен более выраженный прирост курения (на 32,7%) и метаболического синдрома (с 28,3 до 47,2%;  $p = 0,014$ ). Впервые выявлены случаи сахарного диабета 2-го типа (4,8% у мужчин, 2,4% у женщин). Построена прогностическая модель развития метаболического синдрома (пол, возраст, ХС-неЛПВП, лептин, фибриноген). Установлены гендер-специфичные пороговые уровни: для женщин – лептин  $> 29,1$  нг/мл, для мужчин – ХС-неЛПВП  $> 3,76$  ммоль/л.

**Выводы.** Выявлены гендерные различия в динамике кардиометаболических нарушений у лиц молодого возраста. Применение прогностической модели с гендер-специфичными порогами биомаркеров позволяет персонализировать оценку риска развития метаболического синдрома и своевременно проводить профилактические мероприятия.

## АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИШЕЧНОЙ МОТОРИКИ У БОЛЬНЫХ С СРК

Чупина М.С., Шкляев А.Е.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ, г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Синдром раздраженного кишечника с запорами (СРК-3) представляет собой функциональное расстройство кишечника, характеризующееся болью в животе, которая связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула по типу обстипации.

Диагностика моторных нарушений желудочно-кишечного тракта может осуществляться с помощью электрофизиологических методов, таких как периферическая электроэнтероколография (ЭЭКГ).

**Цель.** Изучить особенности миоэлектрической активности кишечника у пациентов с СРК-3.

**Материал и методы.** Обследовано 30 пациентов обоого пола в возрасте  $21,0 \pm 4,1$  года с диагнозом СРК-3. Верификация диагноза происходила согласно актуальным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению пациентов с СРК. Для оценки электрической и моторной активности кишечника применялась ЭЭКГ с помощью аппарата «Гастроскан-ГЭМ» (НПП «Исток Система» г. Фрязино).

**Результаты.** По данным ЭЭКГ суммарная мощность составила  $456,35 \pm 26,72$ . Отношение мощностей оказалось выше референсных значений на уровне тощей ( $6,12 \pm 0,20$ ) и толстой кишки ( $110,33 \pm 10,76$ ), что отражает гиперактивность этих отделов кишечника. Коэффициент сравнения был выше на уровне тощей/подвздошной ( $0,76 \pm 0,54$ ), что характеризует рассинхронизацию сокращений данных отделов кишечника. Повышение коэффициента ритмичности наблюдалось на уровне подвздошной ( $9,32 \pm 1,14$ ) и толстой ( $45,32 \pm 10,22$ ) кишок, свидетельствуя о снижении их пропульсивной активности.

**Выводы.** Для молодых пациентов с СРК-3 характерна гиперактивность тощей и толстой кишок с рассинхронизацией сокращений между тощей и подвздошной, что приводит к нарушению пропульсивной активности кишечника, клинически проявляясь обстипационным синдромом. Верификация с помощью ЭЭКГ характера и степени двигательных нарушений кишечника при СРК-3 повышает точность диагностики и открывает возможности для индивидуализации терапии.

## ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД УДМУРТИИ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА

**Чупина М.С., Шкляев А.Е., Дударев В.М., Григорьева О.А.**

*ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия*

*АО Санаторий «Металлург», г. Ижевск, Россия*

**Актуальность.** Эпидемиология недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в России составляет 20–40%, однако использование даже современных прокинетиков не позволяет обеспечить стойкое предотвращение заброса желудочного содержимого в пищевод. Одним из вариантов достижения более выраженного антирефлюксного эффекта является питьевая бальнеотерапия.

**Цель.** Оценить эффективность включения минеральной воды «Увинская» (Удмуртская Республика) и минеральной воды № 1 санатория «Металлург» (г. Ижевск) в схему лечения пациентов с недостаточностью НПС.

**Материал и методы.** Пациентам двух равных групп (n=24) с недостаточностью НПС по данным ЭГДС, была проведена суточная рН-импедансометрия, после которой назначено лечение препаратом итоприд: 150 мг/сут., курс лечения – 1 мес. Пациенты 1-й группы дополнительно получали минеральную воду «Увинская», пациенты 2-й группы – минеральную воду № 1 санатория «Металлург» (100 мл 3 раза в день, курс – 1 мес.). После лечения – повторная суточная рН-импедансометрия и ЭГДС.

**Результаты.** При включении в исследование уровень рН пищевода у пациентов 1-й группы составил 4,2 [3,4; 5,1], после лечения – 5,7 [4,9; 6,4],  $p=0,023$ . Во 2-й группе рН пищевода до лечения – 4,1 [3,4; 4,9], после – 5,3 [4,6; 6,0],  $p=0,031$ . Количество кислых гастроэзофагельных рефлюксов (ГЭР) у пациентов 1-й группы составило 48 [39; 67] до начала терапии и 21 [10; 34],  $p=0,041$ , после курса лечения. У пациентов 2-й группы количество кислых ГЭР – 45 [37; 61] и 36 [22; 39],  $p=0,047$  до и после лечения соответственно. По данным повторной ЭГДС у 71% пациентов 1-й группы и 63% пациентов 2-й группы после комплексной терапии отсутствовали признаки недостаточности НПС, выявленные при включении в исследование.

**Выводы.** Минеральные воды «Увинская» и № 1 санатория «Металлург» (Удмуртская Республика) обеспечивают нормализацию тонуса НПС, что обеспечивает выраженный антирефлюксный эффект.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФП И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Шарыпова Е.Р., Паруликова Т.М., Нечаев И.В.**

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия*

**Актуальность.** Сложность ведения пациентов с сочетанием фибрилляции предсердий и инфаркта миокарда диктует необходимость персонализированного подхода как ключевого фактора улучшения прогноза.

**Цель.** Провести анализ клинико-функциональных показателей и оценить результаты второго этапа медицинской реабилитации у пациентов с сочетанием перенесенного ИМ и ФП.

**Материал и методы.** В исследование включены 120 пациентов с перенесенным ИМ и ФП. Для всех пациентов был разработан индивидуальный план медицинской реабилитации (ИПМР), включавший физические тренировки, психологическую коррекцию, школы здоровья. При поступлении и выписке проводилась оценка дистанции теста 6-минутной ходьбы и качества жизни с помощью опросника EQ-5D. Статистический анализ выполнен в Microsoft Excel, 2016.

**Результаты.** Пароксизмальная форма ФП встречалась чаще постоянной (66 против 34%). У 70,8% пациентов (n=85) ФП предшествовала ИМ (1-я группа), медиана времени до ИМ – 1050 дней. Во 2-й группе (ИМ предшествовал ФП, 29,2%, n=35) медиана времени до ФП – 8 дней. Прирост толерантности к нагрузке (тест 6-минутной ходьбы) составил  $140,0 \pm 10,0$  м в 1-й группе и  $130,0 \pm 12,5$  м во 2-й ( $p=0,35$ ). Качество жизни (EQ-5D) увеличилось на  $25,5 \pm 4,5$  и  $18,5 \pm 4,0$  балла соответственно ( $p=0,25$ ).

**Выводы.** В ходе исследования подтверждена двунаправленная связь между ФП и ИМ. ФП выступает отдаленным предиктором в развитии острого повреждения миокарда, в то время как ИМ провоцирует развитие аритмии в более раннем постинфарктном периоде. Применение индивидуальной программы медицинской реабилитации улучшает клинико-функциональные показатели и качество жизни пациентов. Это подтверждает эффективность мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов с коморбидной патологией.

## АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ

Шеенкова М.В., Яцына И.В.

ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, г. Мытищи, Россия

**Актуальность.** Ремоделирование миокарда при артериальной гипертензии (АГ) – компенсаторная реакция, которая предшествует клиническим проявлениям сердечной недостаточности, усугубляя диастолическую дисфункцию желудочков. Трудоспособный возраст является критическим периодом, когда кумулятивное воздействие факторов риска наиболее активно трансформируется в структурные изменения миокарда, что обосновывает актуальность настоящего исследования.

**Цель.** Изучение взаимосвязи факторов кардиоваскулярного риска с развитием гипертрофии левого желудочка у лиц трудоспособного возраста с артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Обследованы 88 мужчин с АГ в возрасте от 27 до 65 лет, из которых курили 37 человек; нарушения углеводного обмена диагностированы у 16 человек; атерогенная дислипидемия выявлена у 46 обследованных. Определялся индекс массы тела (ИМТ). Гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) оценивалась по показателям эхокардиографии: толщине задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), толщине межжелудочковой перегородки (ТМЖП).

**Результаты.** Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о слабой прямой связи возраста и ТМЖП, ТЗСЛЖ ( $R$  0,25; 0,29); значимой связи ИМТ с ТМЖП, ТЗСЛЖ ( $R$  0,47; 0,67). Выявлено превалирование ТМЖП, ТЗСЛЖ среди обследованных с нарушением углеводного обмена (сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе или гипергликемия натощак) при сравнении с группой обследованных с нормальным уровнем глюкозы ( $U=472; 503, p < 0,05$ ). Расчет парной линейной регрессии показал, что при увеличении ИМТ на  $1 \text{ кг}/\text{м}^2$  следует ожидать увеличение ТМЖП на 0,031; при увеличении ИМТ на  $1 \text{ кг}/\text{м}^2$  следует ожидать увеличение ТЗСЛЖ на 0,026. При оценке гипертрофии ЛЖ в зависимости от курения, дислипидемии не выявлено значимых различий.

**Выводы.** Анализ предикторов ремоделирования миокарда позволяет определить риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Выявленные клинические особенности в виде нарастания гипертрофии ЛЖ при повышении ИМТ, взаимосвязи нарушения углеводного обмена с развитием гипертрофии ЛЖ у лиц трудоспособного возраста с артериальной гипертензией следует учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий.

## ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ К ТЕРАПИИ

Шикина М.А., Акопян А.К.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности в мире. Одним из ключевых факторов неэффективности терапии является низкая приверженность пациентов к лечению – до 50% больных не соблюдают рекомендации по медикаментозной терапии, диете и образу жизни. Неоптимальная приверженность снижает эффективность лечения и увеличивает риск развития осложнений и показатели смертности.

**Цель.** Оценить уровень приверженности к терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Материал и методы.** Процедуры исследования включают сбор и регистрацию персональных данных в соответствии с рутинной практикой ведения пациентов. Проводилось комплексное клинично-инструментальное обследование пациентов. Включение: 1 день – визит 0.

Период наблюдения – 1 год.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 44 пациента кардиологического отделения ЦКБ «РЖД-Медицина», из них 29 мужчин и 15 женщин. Пациенты принимали разные классы лекарственных препаратов. Через 1 год наблюдения прием ингибиторов АПФ самостоятельно отменил 1 пациент, сартанов – 2, ингибиторов SGLT2 – 1, антиаритмиков III класса – 1, бета-блокаторов – 1, диуретиков – 2, ацетилсалициловой кислоты – 2, статинов – 1, дигидропиридиновых антагонистов кальция – 1. Таким образом, 12 пациентов (38,7%) из 31 самостоятельно отменили прием препаратов, из них 7 женщин (58,3%), 5 мужчин (41,7%).

**Выводы.** В полученных результатах отмечено нарушение приверженности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к медикаментозной терапии, что согласуется с выводами международных исследований. В данной работе мужчины продемонстрировали лучшую приверженность к терапии, чем женщины. Для оценки причин низкой приверженности пациентов к терапии будет продолжено наблюдение с дальнейшим анализом.

## ПРОФИЛЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИНЫМ И АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ПАЦИЕНТОВ Г. СТАВРОПОЛЯ

Шиянов Д.С.

ФГБОУ ВО СТГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

**Актуальность.** Гипертоническая болезнь и аритмии – наиболее распространенные хронические неинфекционные заболеваний в России. Они требуют длительного, часто пожизненного приема лекарств разных фармакологических классов. Это создает высокий риск развития нежелательных лекарственных реакций, в том числе аллергических. Данные о частоте и спектре сенсibilизации к препаратам для лечения сердечно-сосудистой патологии фрагментарны, особенно в российской популяции.

**Цель.** Определить общее количество всех лекарств, к которым была выявлена сенсibilизация *in vitro*; проанализировать результаты лабораторной диагностики *in vitro* (тест альтерации лейкоцитов и обнаружение циркулирующих иммунных комплексов к препарату) пациентов «Центра клинической фармакологии и фармакотерапии» г. Ставрополя за 2017–2020 гг. и выделить антигипертензивные и антиаритмические препараты, наиболее часто вызывавшие сенсibilизацию у пациентов.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ лабораторных заключений по лекарственной аллергии пациентов «Центра клинической фармакологии и фармакотерапии» г. Ставрополя за 2017–2020 гг. Обобщение и сортировка данных проводились с помощью программы Microsoft Excel. В окончательную выборку вошли только монокомпонентные препараты, обладающие в качестве основного эффекта антигипертензивным или антиаритмическим действием для большей конкретизации выходных данных.

**Результаты.** За 2017–2020 гг. общее количество всех лекарственных средств, к которым была выявлена лекарственная сенсibilизация по результатам лабораторных тестов *in vitro* – 2697. Среди антигипертензивных и антиаритмических препаратов (в рамках монокомпонентных лекарственных форм) наиболее часто вызывали сенсibilизацию за 2017–2020 гг. среди бета-адреноблокаторов – бисопролол (38 случаев), среди антагонистов рецепторов ангиотензина II – валсартан (28 случаев), среди антиаритмических средств III класса – амиодарон (16 случаев), среди блокаторов медленных кальциевых каналов – амлодипин (15 случаев), среди ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента – периндоприл (14 случаев).

**Выводы.** Наибольший аллергогенный потенциал в изучаемой когорте пациентов среди антиаритмических и антигипертензивных средств проявили бисопролол, валсартан и амиодарон, что следует учитывать при назначении данных препаратов в клинической практике. Процент сенсibilизации к бисопрололу составил 1,4% от общего числа положительных алерготестов, что говорит об очень низкой частоте встречаемости аллергии к антиаритмическим препаратам.

## НАРУШЕНИЕ ГАСТРИНОВОГО МЕХАНИЗМА РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ВЕЙПИНГЕ

Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Дударев В.М., Муравцева О.В.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск, Россия

**Актуальность.** Электронные системы доставки никотина (ЭСДН) получили широкое распространение как альтернатива традиционному курению. Однако их потенциальное негативное влияние на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), включая нарушения секреции гастроинтестинальных гормонов, остается недостаточно изученным.

**Цель.** Оценить уровень гастринатаощак у пользователей ЭСДН и выявить его связь с функциональными параметрами ЖКТ.

**Материал и методы.** Обследованы 126 добровольцев в возрасте от 20 до 24 лет, вошедших в три группы по 42 человека: пользователи ЭСДН, курильщики традиционных сигарет и некурящие. Всем проведена оценка качества жизни по опросникам GSRS и GerdQ, рН-импедансометрия, определен уровень гастринатаощак в сыворотке крови натоощак методом иммуноферментного анализа. Статистический анализ выполнен в MS Excel и Statistica.

**Результаты.** У 92,8% пользователей ЭСДН содержание гастринатаощак было в пределах нормы. Медиана составила 80,72 [35,52; 94,31] пг/мл, что ниже, чем у некурящих (89,41 [79,81; 104,40] пг/мл;  $p=0,01$ ), но не отличалась от курильщиков (87,22 [63,47; 98,92] пг/мл;  $p=0,10$ ). У вейперов выявлена положительная корреляция гастринатаощак с рН желудка ( $r=0,778$ ) и пищевода ( $r=0,832$ ), отрицательная – с числом рефлюксов ( $r=-0,552$ ), абдоминальной болью по GSRS ( $r=-0,393$ ), рефлюкс-синдромом ( $r=-0,427$ ) и баллом GerdQ ( $r=-0,324$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пользователей ЭСДН наблюдается статистически значимое снижение базального уровня гастринатаощак по сравнению с некурящими, сопоставимое с таковым у курильщиков традиционных сигарет. Это снижение, даже при формальной норме, отражает раннюю гуморальную дисрегуляцию и может способствовать развитию атрофических изменений слизистой оболочки желудка, что опровергает представление о безопасности вейпинга для ЖКТ.

## **ТРОМБОЭМБОЛИЯ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ С. DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОМ КОЛИТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Шкляев А.Е., Зиннатуллина А.Д., Малахова И.Г., Бессонов А.Г., Зайцев Д.В.**

*ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия*

**Введение.** Широкое использование антибиотиков в современной клинической практике сопровождается повсеместным ростом частоты клостридиальной инфекции с увеличением доли тяжелых и осложненных форм заболевания. Развитие жизнеугрожающих осложнений у пациентов с *S. difficile*-ассоциированным колитом может быть связано с декомпенсацией имеющейся соматической патологии, в том числе ранее не выявленной.

**Описание случая.** Больной Б., 65 лет, поступил в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с жалобами на общую слабость, смешанную одышку при движении. Через 12 дней от приема амоксициллин/клавуланата появилась диарея, рвота, боли в низу живота, вздутие. В кале: антиген GDH, токсины А и В *S. difficile*. Несмотря на лечение (ванкомицин, метронидазол, инфузионная терапия), развился токсический мегаколон с толстокишечной непроходимостью, купированной введением газоотводной трубки. Стул нормализовался, но появились отеки нижних конечностей, одышка в покое. УЗДГ: восходящий окклюзирующий тромбоз глубоких вен бедра и голени справа. КТ-ангиография: тромботические массы в верхне- и нижнедолевых ветвях легочной артерии справа без окклюзии. Дальнейшее лечение, включавшее эноксапарин 1 мг/кг массы тела 2 раза/сут., обеспечило положительную динамику и позволило выписать пациента в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** *Сочетание фоновой патологии, кишечных расстройств и их осложнений у пациентов с S. difficile-ассоциированным колитом требует комплексного подхода к их ведению. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость своевременного выявления фоновой патологии у данной категории больных с целью профилактики потенциальных осложнений.*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АСПЕРГИЛЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТКИ СО СМЕШАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Шкляев А.Е., Шкляева Д.А., Малахова И.Г.

ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

**Введение.** Терапия иммунодепрессантами при системной красной волчанке (СКВ) и системном склерозе (ССк) может сопровождаться присоединением микозов. Представлено клиническое наблюдение пациентки 37 лет, которая с 2021 г. страдает смешанным заболеванием соединительной ткани (СЗСТ): СКВ, рецидивирующе-ремитирующее течение, активность высокая (SLEDAI-24, SLISS-3) с поражением кожи (язвенно-некротическое поражение кистей, фотосенсибилизация), суставов (артриты голеностопных суставов), серозит (перикардит). Поражение нервной системы (аксональная нейропатия малоберцовых нервов, сенсомоторная демиелинизирующая полинейропатия верхних конечностей 2 степени). ССк, лимитированная форма, подострое течение, умеренная активность. Проксимальная склеродермия стоп, дигитальные рубчики. Феномен Рейно.

**Описание случая.** Больная К. поступила в пульмонологическое отделение 1 РКБ с жалобами на выраженную общую слабость, субфебрилитет по вечерам в течении месяца, одышку, кашель с бурой мокротой, отеки голеней. Получает по поводу СЗСТ метилпреднизолон 25 мг/сутки, гидроксихлорохин 200 мг/сут. Проведенная антибактериальная терапия – без эффекта. СКТ органов грудной клетки выявила полостное образование (5 см) в верхней доле левого легкого. В бронхоальвеолярном лаваже обнаружен антиген *Aspergillus* (GalMAg – 6,8). Пациентке назначен вориконазол. При СКТ грудной клетки через 1 месяц – положительная динамика. Больная выписана на амбулаторный этап лечения с диагнозом: Хронический аспергиллез верхней доли правого легкого. ДН III. После 5 месяцев приема вориконазола отмечено исчезновение очагов деструкции в верхней доле правого легкого, консолидация микозного очага с формированием склероза пораженной области.

**Заключение.** *Случаи хронического аспергиллеза легких на фоне иммуносупрессивной терапии по поводу ревматических заболеваний требуют повышенной бдительности, поскольку его проявления схожи с абсцедирующей пневмонией или туберкулезом. Проведение дифференциальной диагностики с обнаружением аспергиллезного антигена позволяет верифицировать диагноз. Курация таких пациентов требует длительной терапии с целью контроля за инфекционным процессом. Продолжительность курса антимикотического лечения хронического аспергиллеза легких на фоне с ревматических заболеваний составляет 3–6 мес.*

## **ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР КАК СПОСОБ САМОСПАСЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

**Шнюкова Т.В., Шавкута Г.В., Яковлева Н.В., Пахомова В.М., Гаврилюков В.А.,  
Евтушенко Б.Е., Евтушенко О.Е.**

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

*ГБУ РО «КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Введение.** Прекардиальный удар, ранее широко используемый при сердечно-легочной реанимации (СЛР), в настоящее время не является рутинным методом СЛР, но может быть использован в качестве альтернативной техники компрессий грудной клетки.

Самостоятельное выполнение прекардиального удара пациентом при ощущении аритмии и ухудшении общего состояния может способствовать восстановлению сердечного ритма и уменьшению угрозы для жизни. Своевременная адекватная регулярная антиаритмическая терапия более перспективна, чем экстренная помощь при аритмиях.

**Описание случая.** Под нашим наблюдением с 2023 г. находится пациент Л., 1965 г.р.

Жалобы: перебои в работе сердца, особенно перед сном, помогает самостоятельный удар кулаком по груди.

Из анамнеза: с 2008 г. диагностированы нарушения ритма. Нерегулярное наблюдение у терапевта и кардиолога. Пациент неоднократно на фоне улучшения самостоятельно прекращал рекомендованное лечение.

Диагноз: гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, контролируемое течение, риск 4.

Осл.: ХСН 0. ДДЛЖ 1 типа. Увеличение левого и правого предсердий. Гипертрофия левого желудочка. Недостаточность всех клапанов сердца 1 ст. Одиночная и групповая наджелудочковая экстрасистолия. Одиночная, парная и групповая полиморфная желудочковая экстрасистолия.

Фон. Метаболический синдром. Ожирение 1 ст. Дислипидемия 2Б. Атеросклероз брахиоцефальных артерий (стенозы 15–20%). Гиперурикемия. ХБП 3 ст.

**Заключение.** Пациенту даны рекомендации по диетотерапии, физическим и когнитивным тренировкам, медикаментозной терапии. Проведена беседа о необходимости регулярного выполнения рекомендаций врача и о предпочтительности профилактики аритмий медикаментозно по сравнению с прекардиальным ударом. В динамике отмечается нормализация АД, сердечного ритма, биохимии крови. Профилактика жизнеугрожающих аритмий более перспективна, чем выполнение сердечно-легочной реанимации при их возникновении. Прекардиальный удар, в том числе выполняемый самостоятельно пациентом, не может гарантировать успешное восстановление ритма. В данном клиническом случае самостоятельно выполняемые прекардиальные удары при аритмии позволили пациенту дожить до консультации врача и подбора эффективной антиаритмической терапии.

## РОЛЬ ТЕРАПЕВТА В ВЫЯВЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И ЛЕЧЕНИИ НЕКОМПЛАЕНТНОГО ПАЦИЕНТА

**Шнюкова Т.В., Шавкута Г.В., Яковлева Н.В., Пахомова В.М., Гаврилюков В.А.,  
Евтушенко Б.Е., Евтушенко О.Е.**

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

*ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Введение.** Опухоли кожи в ряде случаев могут быть диагностированы при визуальном осмотре. Крайне высока роль терапевта в диагностике опухолей кожи, а также в повышении комплаентности пациентов.

**Описание случая.** Под нашим наблюдением с 2023 г. находится пациент О., 1955 г.р. Диагноз: Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, неконтролируемое течение, риск 4. Осл.: ХСН 0. ДДЛЖ 1 типа. Одиночная, парная и групповая наджелудочковая экстрасистолия. Одиночная полиморфная желудочковая экстрасистолия. Фон: метаболический синдром. Избыточная масса тела 2 ст. Жировой гепатоз. Сладж желчного пузыря. Дислипидемия 2А. Атеросклероз брахиоцефальных артерий с обеих сторон с формированием стенозов до 20–40%. Гипергликемия натощак. Соп.: Рак кожи левой щеки, T1N0M0, ст. 1, состояние после хирургического лечения (2023). Рак кожи лба, T1N0M0, ст. 1, состояние после хирургического лечения (2025). Рак кожи выявлен терапевтом при осмотре. Пациент продолжает курить, лечение отменил самостоятельно. Наследственный анамнез отягощен: один брат умер от ОИМ, другой – от ОНМК, оба в возрасте до 60 лет.

**Заключение.** *С пациентом и его родственниками проводятся беседы для повышения комплаентности, выдается иллюстративный и текстовый материал по ведению здорового образа жизни, физическим и когнитивным тренировкам, необходимости регулярного приема лекарств. Назначается комплексное лечение, включающее антигипертензивную, антиаритмическую, гиполипидемическую терапию. На настоящий момент пациент не имеет значимых сердечно-сосудистых событий, ведет активный образ жизни. Выводы. Осмотр кожи пациента является важным компонентом физикального обследования и в ряде случаев позволяет своевременно выявить опухоли кожи. Низкая приверженность лечению остается значимой проблемой, требующей комплексного подхода. Данный клинический случай демонстрирует успешную работу терапевта с коморбидным некоплаентным пациентом.*

## СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА С ГЕПАТИТОМ В И КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Шнюкова Т.В., Шавкута Г.В., Яковлева Н.В., Пахомова В.М., Гаврилюков В.А.,  
Евтушенко Б.Е., Евтушенко О.Е.**

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

*ГБУ РО «КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Введение.** Сочетание хронического лимфолейкоза с хроническим вирусным гепатитом нередко встречается в клинической практике. Наличие у таких пациентов сердечно-сосудистой коморбидности осложняет лечебные мероприятия.

**Описание случая.** Под нашим наблюдением с 2017 г. находится пациентка Н., 1949 г.р. Диагноз «изолированная систолическая артериальная гипертензия», II стадия, II степень, контролируемая, риск 4. Осл.: ХСН 0. Фон: избыточная масса тела 2 ст. Соп.: хронический лимфолейкоз, стадия В, в процессе химиотерапии. Хронический вирусный гепатит В. В начале наблюдения пациентка имела нестабильное АД с высокой вариабельностью. При обследовании были одновременно выявлены хронический лимфолейкоз и хронический вирусный гепатит В, начата пероральная химиотерапия и антигипертензивная терапия. За 8 лет наблюдения пациентка перенесла новую коронавирусную инфекцию с потерей 15 кг массы тела, затем бактериальную пневмонию. На настоящий момент жалоб не предъявляет, занимается адаптивной физкультурой и когнитивными тренировками.

**Заключение.** Данный клинический случай демонстрирует возможность пролонгации жизни и нормализации качества жизни у коморбидной пациентки старческого возраста благодаря сочетанию немедикаментозных и медикаментозных мер.

## ИНДЕКС КОМОРБИДНОСТИ ЧАРЛСОНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ

Шомин А.В., Обрезан А.Г., Сережина Е.К.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Исследование индекса коморбидности Чарлсона (ИКЧ) у пациентов с гипертриглицеридемией (ГТГ) представляет интерес с позиции перспективы улучшения качества оказания медицинской помощи, повышения эффективности профилактики и снижения заболеваемости среди данной когорты пациентов, учитывая высокую распространенность нарушений липидного спектра в популяции и их прямую связь с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Цель.** Изучение ИКЧ у пациентов с ГТГ.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное когортное исследование, в выборку вошел 241 пациент с ГТГ и установленными атеросклероз-ассоциированными сердечно-сосудистыми патологиями (АСАССП), медиана возраста –  $61,5 \pm 12$  лет, мужчины – 68,1%. Было выполнено два визита с интервалом –  $7,73 \pm 2,4$  года. Формировались следующие подгруппы: 1) субъекты с центральным атеросклерозом (ЦАС) – только с ишемической болезнью сердца (ИБС) ( $n=50$ ); 2) с периферическим атеросклерозом (ПАС).

**Результаты.** На первом визите средний ИКЧ составил –  $4,85 \pm 2,9$  балла, а на втором визите –  $6,1 \pm 3,2$  балла, разница между ними оказалась статистически значимой ( $p < 0,001$ ).

Прогнозируемая десятилетняя выживаемость до наблюдения оказалась равной –  $41,7 \pm 39,8\%$ , а после –  $29,9 \pm 37,2\%$  ( $p < 0,001$ ). Балл ИКЧ среди лиц с ГАС был достоверно больше ( $5,8 \pm 3$ ), чем у пациентов из группы ПАС ( $4,2 \pm 2,8$ ) и ЦАС ( $4,4 \pm 2,9$ ) ( $p = 0,0001$ ). Прогнозируемая десятилетняя выживаемость до наблюдения оказалась равной в группе ПАС –  $48,6 \pm 39,9\%$ , в группе ГАС –  $29,2 \pm 37,8\%$ , в группе ЦАС –  $49,3 \pm 38,4\%$ , а после была достоверно ниже –  $35,1 \pm 38,3$ ,  $21,2 \pm 33,4$  и  $34,7 \pm 39,4\%$  соответственно ( $p < 0,001$ ). Сахарный диабет 2-го типа встречался сре.

**Выводы.** Было показано значительное увеличение показателя ИКЧ и снижение прогнозируемой десятилетней выживаемости после начала медицинского наблюдения.

Наибольшее ухудшение прогноза наблюдалось в группе пациентов с ГАС. Уровень ТГ оказался важным фактором, влияющим на состояние здоровья и прогноз выживаемости.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Шпакова В.Е., Воронина Е.В., Давиденко И.Ю., Волкова Н.И.**

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Введение.** Синдром резистентности к тиреоидным гормонам (РТГ-β) – это наследственное заболевание, которое характеризуется снижением чувствительности тканей-мишеней к гормонам щитовидной железы. Данный синдром в большинстве случаев требует лишь динамического наблюдения, однако гормональный статус может ошибочно интерпретироваться как тиреотоксикоз с необоснованным назначением тиреостатиков.

**Описание случая.** На фоне терапии ТТГ повысился до 81,2 мкМЕ/мл, что потребовало отмены препарата. В 2024 г. вновь выявлены высокие св. Т4 и Т3 при нормальном ТТГ и отсутствии антител к рецептору ТТГ. Возобновлен прием тиамазола 30 мг/сут., что привело к повторному повышению ТТГ. Магнитно-резонансная томография гипофиза позволила исключить тиреотропиному. Учитывая наличие у брата аналогичного гормонального профиля и отсутствия клинической картины тиреотоксикоза, заподозрен РТГ-β. После отмены тиамазола: ТТГ 1,33 мкМЕ/мл (0,4–4,0), св. Т4 24,0 пмоль/л (10,3–24,5). Диагноз подтвержден молекулярно-генетическим исследованием: выявлена гетерозиготная мутация p.R453T в гене THRB.

**Заключение.** *Клинический случай демонстрирует классическую «диагностическую ловушку» при интерпретации синдрома неадекватной секреции ТТГ. Ключевым выводом является необходимость включения синдрома РТГ-β в круг дифференциальной диагностики в случаях повышения св. Т4 и Т3 при нормальном или повышенном ТТГ. Назначение тиреостатиков пациентам с РТГ-β не только неэффективно, но и опасно, так как может привести к развитию тяжелого ятрогенного гипотиреоза. При отсутствии клинических проявлений тиреотоксикоза или гипотиреоза у пациентов с РТГ-β оптимальным является динамическое наблюдение, что позволит избежать необоснованных вмешательств и сохранить качество жизни пациента.*

## **РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КОМОРБИДНОСТИ: СОЧЕТАНИЕ ПНЕВМОКОНИОЗА И САРКОИДОЗА**

**Шуматова Н.В.**

*ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия*

**Введение.** Синдром легочной диссеминации – один из сложнейших рентгенологических синдромов, в основе которого могут лежать патологические процессы различной природы (опухолевой, аутоиммунной, аллергической, инфекционной и др.). Группа гранулематозов в клинической практике представлена широко. Возможно сочетание двух гранулематозов; хрестоматийным примером такой коморбидности является кониотуберкулез, при котором кониотический процесс способствует формированию и прогрессированию специфического процесса. Сочетание саркоидоза и пневмокониоза фиксируется достаточно редко; при подобной коморбидности целесообразно проанализировать последовательность появления и выраженность каждого из патологических процессов, что позволит определить роль каждого из них в развитии патологии легких у конкретного пациента.

**Описание случая.** Пациент, 58 лет, литейщик (стаж 34 года), поступил в профцентр с диагнозом «диссеминированный процесс в легких неясного генеза. Аденопатия средостения». Жалобы на одышку при нагрузке (подъем на 3-й этаж). Дыхание жесткое везикулярное, хрипов нет. ОАК в норме, в мокроте – лейкоциты до 30–40 в п/зр, МБТ(-). ФВД в норме. R° легких: сливающиеся мелкоочаговые тени с обеих сторон, деформация легочного рисунка. КТ легких: значительное уплотнение интерстиция, множественные мелкие и средние интенсивные очаги неправильной округлой формы, лимфаденопатия ВГЛУ. ФБС: атрофия. В биоптатах легкого и лимфоузлов – пневмосклероз, эмфизема с разрывами межальвеолярных перегородок, макрофаги с бурыми частицами в цитоплазме; в лимфоузле – обилие эпителиоидно-клеточных гранулем. Диагноз «силикоз, II стадия, узелковая форма, медленно прогрессирующее течение. Саркоидоз ВГЛУ и легких, II ст. Хр. бронхит. ДН I».

**Заключение.** *В представленном случае коморбидности обращали на себя внимание такие его особенности как тенденция к слиянию патологических очагов, появление на определенном этапе развития патологии полиморфных очаговых теней (причем с нетипичным для пневмокониоза превалированием в средних и верхних отделах), развитие кальциноза внутригрудных лимфоузлов, что потребовало неоднократного исключения легочного туберкулеза на разных этапах наблюдения. Кроме того, параллельно развивался бронхообструктивный синдром, клинически напоминающий бронхиальную астму, с необходимостью исключения последней. В данном случае многолетнего наблюдения, несмотря на морфологическую верификацию диагноза на начальных этапах, диагностический поиск практически не прерывался, прежде всего из-за высокого риска развития туберкулеза.*

## ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

**Якина Д.М., Исмагилова Э.Ф., Ахматянова К.Р., Набиева А.А.**

*ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, Россия*

**Актуальность.** Задержка роста плода (ЗРП) – ведущая причина перинатальной заболеваемости. Ключевой механизм – фетоплацентарная недостаточность (ФПН). Доказана роль белкового дефицита матери. Влияние сочетания гипопропротеинемии (<60 г/л) и анемии на риск ФПН изучено недостаточно.

**Цель.** Оценить влияние гипопропротеинемии (общий белок <60 г/л) у беременных III триместра с анемией (гемоглобин <110 г/л) на риск развития плацентарной недостаточности.

**Материал и методы.** Обследовано 50 беременных (28–40 нед.). Основная группа (n=30) – гипопропротеинемия + анемия. Группа сравнения (n=20) – нормальный белок + анемия.

Проведены лабораторные исследования (общий белок, гемоглобин), УЗИ (состояние плода и плаценты, кровотока), антропометрия. Плацентарная недостаточность диагностирована при наличии задержки роста плода, нарушений кровотока, маловодия или преждевременного созревания плаценты.

**Результаты.** Группы были сопоставимы по ИМТ ( $24,3 \pm 1,8$  кг/м<sup>2</sup>) и АД (САД  $118,4 \pm 6,2$ ; ДАД  $74,6 \pm 4,8$  мм рт. ст.). В основной группе плацентарная недостаточность выявлена у 30 из 30 (100%). В группе сравнения плацентарная недостаточность отсутствовала (0 из 20), однако у всех 20 женщин отмечались незначительные ультразвуковые изменения без критериев патологии. Различия статистически значимы ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** У беременных с анемией наличие гипопропротеинемии ассоциировано с развитием плацентарной недостаточности в 100% случаев. При изолированной анемии плацентарная недостаточность не развивается. Выявление гипопропротеинемии требует коррекции нутритивного статуса для снижения риска плацентарных нарушений.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ: РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ Х

**Яцына И.В., Шеенкова М.В.**

*ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) лидируют в структуре профессиональной патологии, являясь серьезной медико-социальной проблемой. Поражая лиц трудоспособного возраста, они приводят к утрате профессиональной пригодности, что диктует необходимость совершенствования респираторной реабилитации. Ключевым методом оценки результативности выступает тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ).

**Цель.** Оценка эффективности реабилитации при интерстициальных заболеваниях легких по результатам теста с 6-минутной ходьбой.

**Материал и методы.** В исследование включены 35 мужчин с диагнозом «пневмокониоз» от воздействия высокофиброгенной пыли. Средний возраст –  $49,71 \pm 6,88$  года, стаж работы в контакте с аэрозолями преимущественно фиброгенного действия –  $18,23 \pm 4,76$  года. Проведен анализ показателей ТШХ до и после курса реабилитации: пройденная дистанция, сатурация ( $SpO_2$ ), одышка по шкале Борга. Для статистического анализа использовалась программа StatTech v. 4.12.4, применен критерий Уилкоксона.

**Результаты.** После реабилитации зафиксировано значимое увеличение дистанции в тесте с 6-минутной ходьбой ( $p < 0,001$ ). Медиана пройденного расстояния выросла с 444,8 м до 470,0 м, а средний прирост составил  $26,6 \pm 15,7$  м, что свидетельствует о повышении функциональных возможностей пациентов. Выявлено статистически значимое снижение выраженности одышки по шкале Борга с 3,0 (умеренная одышка) до 2,0 (незначительная одышка) балла, что указывает на улучшение переносимости физической нагрузки с субъективной точки зрения ( $p < 0,001$ ). Не обнаружено изменений  $SpO_2$  в покое ( $p = 0,841$ ), что, вероятно, связано с исходно высокими показателями (медиана 97% на обоих этапах) и компенсаторными возможностями пациентов.

**Выводы.** Программа реабилитации у пациентов с ИЗЛ продемонстрировала высокую эффективность, проявляющуюся в достоверном увеличении толерантности к физической нагрузке и уменьшении выраженности одышки.