



ПРИЛОЖЕНИЕ
К ЖУРНАЛУ

ТЕРАПИЯ THERAPY

WWW.RNMOT.RU

WWW.THERAPY-JOURNAL.RU

VIII ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ
ФОРУМ ТЕРАПЕВТОВ ПФО

**22-23 МАЯ 2025 Г.,
НИЖНИЙ НОВГОРОД**

ОРГАНИЗАТОР

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ
ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ РОССИИ
МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА
ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (ISIM)
ЕВРОПЕЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (EFIM)
ФГБОУ ВО ПИМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**ПРИЛОЖЕНИЕ
К ЖУРНАЛУ «ТЕРАПИЯ №2»**

**ТОЛЬКО
ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ**

2025

**VIII ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ
«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»
Всероссийская конференция молодых терапевтов
Форум терапевтов ПФО
(сборник тезисов)**

22-23 МАЯ 2025 г., НИЖНИЙ НОВГОРОД

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Белоусова Е.Н., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань

Кобзева Н.Д., д.м.н., председатель секции «Молодые терапевты» Российского научного медицинского общества терапевтов, Ростов-на-Дону

Кокорин В.А., д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсами эндокринологии, гематологии и клинической лабораторной диагностики ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», профессор кафедры госпитальной терапии им. академика П.Е. Лукомского ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва

Ларина В.Н., д.м.н., проф., зав. кафедрой поликлинической терапии ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва

Микава К.Р., ассистент кафедры поликлинической терапии ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва

Суворова Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии им. академика П.Е. Лукомского ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), секретарь секции «Молодые терапевты» Российского научного медицинского общества терапевтов, Москва

Федорова Е.В., к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва

Цыганова Ю.В., к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары

Для цитирования:

VIII ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»
Всероссийская конференция молодых терапевтов
Форум терапевтов ПФО
(сборник тезисов)

Терапия. 2025; 11(2S): 1-217

Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2025.2suppl.1-217>

СОДЕРЖАНИЕ

АБУЛДИНОВА О.А., ДЁМЕНКО Ю.М., БУДНИК В.В.

Наблюдение больной с гемоперикардом после имплантации электрокардиостимулятора, осложнившимся тромбоэмболией легочной артерии.....17

АБУЛДИНОВА О.А., ДЁМЕНКО Ю.М., БУДНИК В.В.

Диагностические трудности системной красной волчанки с тяжелым поражением центральной нервной системы.....18

АБУЛДИНОВА О.А., ПРИХОДЬКО О.Б., АБУЛДИНОВ А.С.

Изменение показателей системы органов дыхания у пациентов с различными формами COVID-19 в ходе динамического наблюдения.....19

АБУЛДИНОВА О.А., БУДНИК В.В., ДЁМЕНКО Ю.М.

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура у беременной: диагностические и терапевтические аспекты.....20

АБУЛХАНОВА К.А.

Противоэпилептические препараты: нарушение когнитивных функций.....21

АБЫЗОВ М.С., ПЕТРОВА В.Э., АБЫЗОВ А.С., КИЧИГИН В.А., МАКСИМОВ Р.С.

Гомоцистеин как предиктор летального исхода у пациентов с ишемическим инсультом.....22

АВETИСЯН Г.Р., АНИЧКОВ Д.А., КЛИМЕНКО А.А.

Автономная дисфункция у больных системной склеродермией (по данным опросника COMPASS-31).....23

АГАПОВА Т.Е., НАДЕЕВА Н.А., АБЫЗОВ А.С.

Семейный наследственный эритроцитоз в Чувашской республике.....24

АГАФОНОВ С.Е., МИХАЙЛОВА Е.В., АНИСИМОВ Е.Е.

Изучение гепатопротекторных свойств фитосредства из листьев *Hippophae rhamnoides* при комбинированной фармакотерапии на модели экспериментального гепатита.....25

АГИШЕВА М.О., ВОЛКОВА Н.И., ДАВИДЕНКО И.Ю., КУДИНОВА Е.В.

Вариант развития сахарного диабета на фоне иммунотерапии. Клинический случай.....26

АКЧУРИНА О.Э., МУХАМЕТОВА Д.Д., БОДРЯГИНА Е.С., ОДИНЦОВА А.Х., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

Оценка саркопенического ожирения у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.....27

АЛЯМКИН С.Ю., КУНЯЕВА Т.А., ЯМАШКИНА Е.И., БОРОВКОВА Н.Ю.

Анализ распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у населения Республики Мордовии в рамках профилактических медицинских осмотров и эпидемиологического исследования.....28

АНДРЕЕВА Д.В., ЧЕРНИЦОВА Е.А., ДРЕПЕЛЕВА А.Р.

Особенности течения острого инфаркта миокарда у женщин молодого возраста.....29

АНДРЕЕВА Д.В., СТУЛОВА В.Е., ЧЕЛЫШЕВА С.И.

Перикардит при эндокринной патологии.....30

АНДРИАНОВ А.И., БОРОВКОВА Н.Ю., МАВРЫЧЕВА Н.В., ТОКАРЕВА А.С., ВАСИЛЬКОВА А.С., КОНТОРЩИКОВ М.М. Взаимосвязь ожирения и других факторов кардиоваскулярного риска на примере Нижегородского региона.....	31
АНДРИАНОВ М.А., НЕХАЙЧИК Т.А., ДРАГУН Ю.В. Сочетанные врожденные аномалии коронарного русла (миокардиальный мостик и сеть сосудов Вьессена–Тебезия) как причина безболевого ишемии миокарда.....	32
АХИЯРОВА К.Э., ТЮРИН А.В. Особенности композиционного состава тела у лиц с патологией соединительной ткани.....	33
АЮБОВ Р.К., ПАНТЮХИНА А.С., НАГОВИЦЫНА Е.А. Влияние электронных сигарет на вегетативную регуляцию желудочно-кишечного тракта.....	34
БАДЫКОВА К.М. Разработка модели прогноза необходимости профилактики остеопороза у пациентов с лимфомой Ходжкина после патогенетической терапии.....	35
БАРАНОВА М.М., МУРАВЬЕВА Н.В., БЕЛОВ Б.С. Вопросы эффективности, иммуногенности и безопасности применения 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины у больных воспалительными заболеваниями суставов.....	36
БАРАНОВА С.А., ГУБЕРНАТОРОВА Е.Е. NGS в сравнении с секвенированием по Сэнгеру в диагностике MODY-диабета: необходимость валидации и оптимальные подходы.....	37
БАРАНОВА С.А. Влияние эктопической жировой ткани на формирование кардиометаболических рисков: комплексный анализ и современные представления.....	38
БЕХТЕНОВ Д.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ГОРБУНОВА А.М., ЗАЙЦЕВ Д.Ю. Клинический случай проведения медицинской реабилитации пациенту с орфанным заболеванием.....	39
БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П. Некоторые показатели клеточного иммунитета у больных с внебольничной пневмонией, сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	40
БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П., ЧАЙКА Н.В., ВАГИНА Ю.И. Характеристика клинического течения внебольничной пневмонии у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	41
БЛАГИНИНА И.И. Использование адъювантов в лечении болевого синдрома у пациентов с псориатическим артритом.....	42
БЛУДОВА Н.Г. Особенности течения артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа.....	43

БЛУДОВА Н.Г. Возможности комбинированной терапии резистентных форм артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом с использованием телмисартана.....	44
БОНДАРОВСКАЯ К.А., ОСИПЯНЦ Р.А., КОТОВА Е.О., ТРОИЦКАЯ Е.А., ВЕЛЬМАКИН С.В. Трудности дифференциальной диагностики инфекционного эндокардита на фоне впервые выявленного антифосфолипидного синдрома.....	45
БОЧКАРЕВА С.С., МИХАЙЛОВА О.Д., ШУЛЯТЬЕВА Н.С., СУДАКОВА А.В. Сложность диагностики IgG4-ассоциированных заболеваний.....	46
ВОЛОБУЕВА А.Ф., ТЮРИН А.В. Влияние показателей состава тела на развитие и исходы заболевания при остеоартрите крупных суставов.....	47
ГАВРИЛОВА А.А., ЛАРИНА В.Н. Тромбоэмболия легочной артерии: типичная клиническая картина и неверный диагноз.....	48
ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С. Тревога и депрессия – их взаимосвязь с факторами риска кардиометаболических заболеваний в молодежной популяции.....	49
ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С. Факторы кардиометаболического риска и их взаимосвязь с тревожно-депрессивной симптоматикой среди обучающихся.....	50
ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С. Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивная симптоматика среди студентов разного уровня образования.....	51
ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С. Профиль факторов кардиометаболического риска в популяции лиц молодого возраста.....	52
ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С. Оценка кардиометаболического риска среди студенческой молодежи.....	53
ГАВРЮШЕНКО М.А., ЦЫМБАЛ А.А. Патофизиологические особенности и степень выраженности коморбидности у пациентов травматологии и ортопедии.....	54
ГАВРЮШЕНКО М.А. Патофизиологические особенности поражения коленных суставов при СД 2 типа.....	55
ГАДИЕВА В.А. Определение окисленных и восстановленных аминотиолов в плазме крови у больных с разными стадиями хронической болезни почек.....	56
ГАЛИНА И.И., ТЮРИН А.В. Оценка клинико-функциональных характеристик у пациенток с остеоартритом суставов кистей.....	57

ГНОЕВЫХ В.В., ЧЕРНОВА Н.Г., ЩОРОХОВА Ю.А. Кислородная десатурация гемоглобина при произвольном апноэ у больных бронхиальной астмой с кислородной десатурацией гемоглобина при физической нагрузке.....	58
ГРОХОЛЬСКАЯ В.Д. Многоликий пневмоторакс.....	59
ГУЛОВА Ш.Г., КУРНИКОВА И.А., ДАНИЛИНА Н.О., МОХАММЕД Х.Х. Вариабельность сердечного ритма в оценке риска развития безболезненной ишемии миокарда у пациентов с метаболическим синдромом.....	60
ДАДОВА М.С., КОСТЕНКО В.А., СКОРОДУМОВА Е.А., СИВЕРИНА А.В., СКОРОДУМОВА Е.Г. Полиморфизм Leu28Pro гена АРОЕ в популяции пациентов с нестабильной стенокардией: влияние на клиническую картину и прогноз.....	61
ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., СТАЦЕНКО М.Е. Вклад инсулинорезистентности в ремоделирование миокарда у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с ожирением и сахарным диабетом 2 типа.....	62
ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., МАКАРОВ Л.А. Заблуждения и мифы в вопросах профилактики и лечения дислипидемий.....	63
ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., СТАЦЕНКО М.Е. Влияние инсулинорезистентности на структурно-функциональные параметры почек у пациентов с артериальной гипертензией, ожирением и сахарным диабетом 2 типа.....	64
ДЖАУАРИ М.С., ЖИЛЯЕВ Е.В., КЛИМЕНКО А.А. Ревматоидный артрит и предикторы низкоэнергетических переломов с учетом базисной терапии заболевания.....	65
ДИЛЬ С.В., КЕРЧЕВА М.А., РЯБОВ В.В. Стадия а кардиогенного шока в классификации SCAI: ограничения и перспективы совершенствования диагностики.....	66
ДОРОШЕНКО Т.В. Опыт применения акотиамида и декслансопразола в комплексном лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого возраста.....	67
ДРОЗДОВА М.Н. Рецидивирующий перикардит: эволюция представлений об этиологии, новые подходы к терапии.....	68
ЕВЛОЕВА М.Х., ПАВЛОВА М.Г. Клинический случай гипопитуитаризма, развившегося после комплексного лечения герминативно-клеточной опухоли хиазмально-селлярной области.....	69
ЕГОРОВА М.Д., ВОЛОВАТОВА И.Н. Влияние подагры и бессимптомной гиперурикемии на развитие сердечно-сосудистых заболеваний.....	70
ЕРШОВ А.С., ВАРДАНИЯН А.Г. Катастрофический антифосфолипидный синдром у 38-летней пациентки с эндокардитом Либмана-Сакса, множественными тромбозами и полиорганной недостаточностью.....	71-72

ЕФРЕМОВА Е.В., ШУТОВ А.М., КУЗНЕЦОВА Т.С. Возможности оценки вклада патологии почек в расчетную скорость клубочковой фильтрации у пациентов пожилого и старческого возраста.....	73
ЖАРОВА М.Е., АБДУРАХМАНОВ Р.Р., ШЕПЕЛЬ Р.Н., ДРАПКИНА О.М. Методические рекомендации по скринингу колоректального рака: что должен знать врач первичного звена.....	74-75
ЖАРОВА М.Е., ПАНЕНКОВ А.Н., ЦЕКАТУНОВ Д.А. Амилоидоз желудка как редкая гастроэнтерологическая манифестация системного амилоидоза: клинический случай.....	76
ЖИМИРИКИНА А.А. Особенности денситометрической оценки костной ткани у женщин старшей возрастной группы 51–55 лет.....	77
ЖОЛОбОВА Н.А., СИДОРОВА В.О., КАМАРДИНА А.И., СЕПХАНИЯН М.С., НАУМОВА М.А., САЙКИН А.А., ГОРДЕЕВ И.Г. От отчаяния к надежде: веноартериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация как спасительный мост при остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком.....	78
ЖУКОВСКАЯ А.К., МИХАЙЛОВА О.Д., ЗАЙЦЕВА Е.В., ВАСИЛЬЕВА О.А. Синдромом Черджа-Стросса: динамическое наблюдение.....	79
ЖУЧКОВА С.М., БУСАЛАЕВА Е.И., ДУБОВА А.В. Цитостатическая терапия как причина возникновения инфаркта миокарда.....	80
ЗАКС О.С. Анализ экспрессии генов ACE2 и TLR7 у пожилых пациентов с COVID-19.....	81
ЗАРУБИНА Д.Г., ПОЧИНКА И.Г. Значение дифференцированного подхода к управлению гликемией у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на стационарном этапе лечения ишемического инсульта.....	82
ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н. Медицинская реабилитация пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа.....	83
ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н. Роль полиморфизма rs5065 гена NPPA в прогнозе пациентов с хронической сердечной недостаточности.....	84
ИВАНОВА Л.Н., ХОЛИНА Е.А. Оценка напряженности работы сердечно-сосудистой системы у больных с сочетанной кардиоэндокринной патологией в условиях специальной военной операции.....	85
ИРКАБАЕВА М.М., МАРТЫНОВ А.Ю. Особенности клинического течения инфаркта миокарда у молодых пациентов.....	86
ИСПАВСКАЯ К.С. Саркопения и сахарный диабет 2 типа.....	87

ЙАЙА ЛАТИФАТУ, МАРТЫНОВ А.Ю. Особенность течения тяжелой тропической малярии в Республике Бенин.....	88
ЙАЙА ЛАТИФАТУ, МАРТЫНОВ А.Ю. Особенность выбора противомалярийной терапии в прогнозе развития хронической болезни почек у пациентов с острым повреждением почек при тропической малярии.....	89
КАЛЯГИН А.Н., ПАВЛЮК И.А., ГАДЧЕНКО Л.И., ИВАШКО В.И., ЛЯНКА М.В. Объём поражения сердца при проведении современной лучевой терапии по поводу ранних стадий рака левой молочной железы.....	90
КАРПЕНКО Д.Г., ВРУБЛЕВСКИЙ А.Н. Клиническое наблюдение амбулаторного пациента мужского пола молодого возраста с нетипичным течением подострого тиреоидита.....	91
КИНДЯКОВА Н.А., СМЕРНОВА Е.А. Клинический случай системного AL-амилоидоза с поражением сердца и почек.....	92
КИСЕЛЁВА Н.В., ТАРЛОВСКАЯ Е.И., БОЛДИНА М.В. Предикторы среднетяжёлого и тяжёлого течения COVID-19 у пациентов с бронхиальной астмой.....	93
КОВЕШНИКОВ А.И., АНДРЕЕВА Е.В., АЛИМОВА С.Х., ПОДНИКОВА Д.Р. Пакреатогенный сахарный диабет со множественными осложнениями.....	94
КОЗЫРЕВ С.Е., ЛАРИНА В.Н. Фенотипический и мультидоменный подход в скрининге старческой преастиции на амбулаторном этапе, анализ качества жизни.....	95
КОНТОРЩИКОВ М.М. Гендерные и возрастные взаимосвязи влияния курения на липидный профиль и уровень высокочувствительного С-реактивного белка.....	96
КОРОЛЕВА Я.В., ТАРБЕЕВА Н.С., СМЕРНОВА Е.Н. Метаболические нарушения у женщин с ожирением, гипотиреозом и остеопорозом.....	97
КОРЧУКОВА В.В., СМЕРНОВА М.С., ФУКИНА Н.П., ЗАШИВАЛОВА М.С. Редкие заболевания легких - полисистемный гистиоцитоз Х легких из клеток Лангерганса. Клиническое наблюдение.....	98
КОТОВА И.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П. Оценка агрегационных свойств тромбоцитов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с сахарным диабетом 2 типа.....	99
КРИЖАНОВСКИЙ К.А. Терапия бессимптомной гиперурикемии – pro et contra.....	100
КУДИНОВА Е.В., ВОЛКОВА Н.И., ДАВИДЕНКО И.Ю. Разработка диагностической модели для оценки риска наличия различных подтипов гестационного сахарного диабета.....	101
КУДРЯВЦЕВА А.И., ГУЛЯЕВА А.П., КУЛИКОВА Д.И., БУСЫГИНА М.С., РУССКИХ М.С., КРОПАЧЕВА Н.С. Клинический случай синдрома Гийена-Барре.....	102

КУЗЬМЕНКО К.А., БАРАНОВА М.М., РЕШЕТНЯК Т.М. Криоглобулинемический васкулит у пациентки с системной красной волчанкой.....	103
КУЗЬМИНА А.Ю. Сердечно-сосудистая коморбидность у авиационных специалистов старшего возраста.....	104
КУЗЬМИНА Я.И., ЕЛИСЕЕВ М.С., ЧИКИНА М.Н., ЖЕЛЯБИНА О.В. Оценка эффективности фебуксостата у пациентов с умеренным снижением функции почек: результаты пилотного исследования.....	105
КУПРАВА Т.Ш., ВОРОНКОВА О.О., БУДАНОВА Д.А. Невидимый враг: Long COVID на фоне фолликулярной лимфомы.....	106
КУРАШИН В.К. Уровень мочевой кислоты и сердечно-сосудистый риск: все ли мы знаем?.....	107
КУТЬЯ А.Е., НИКУЛИН И.Ю., ПЫЛАЕВА Е.А., МИХАЙЛИЧЕНКО Е.С. Влияние сахароснижающей терапии на лабораторные показатели и метаболические индексы у лиц с панкреатогенным сахарным диабетом.....	108
КУЦАКИНА Д.А., БУДАНОВА Д.А., ИЛЬГИСОНИС И.С. Непредсказуемый сценарий: клинический случай развития инфаркта миокарда на фоне полихимиотерапии у пациентки с исходно низким кардиотоксическим риском.....	109
ЛАУАР МОХАМЕД ХУСЕМ ЭДДИН, РЕЗНИК Е.В. Характеристика структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с первичным гемохроматозом.....	110
ЛЕЙНЕМАН Я.А. Алгоритмы планирования и ведения беременности у пациенток с ревматическими заболеваниями.....	111
ЛУНЕВ В.И., ФЕДОРОВА Е.В., ШЕРЕГОВА Е.Н., КЛАДОВИКОВА О.В., ЛАРИНА В.Н. Кластеризация амбулаторных кардиологических пациентов с использованием шкалы приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии.....	112
МАРЕЕВА В.А., КЛИМЕНКО А.А. Клинико-прогностические особенности при легочной гипертензии в результате хронической сердечной недостаточности.....	113
МАХКАМОВА М.М., НУРИЛЛАЕВА Н.М. Влияние ингибиторов НГЛТ2 на уровень асимметричного диметиларгинина у пациентов с кардиометаболическим синдромом.....	114
МАЦКЕВИЧ С.А., БЕЛЬСКАЯ М.И. Взаимосвязь дисфункции почек и дисфункции эндотелия при хронической сердечной недостаточности.....	115
МЕЛЮК А.Г. Составление прогноза по утрате здоровья в связи с хроническими неинфекционными заболеваниями с помощью дистанционного анкетного скрининга.....	116
МИНАКОВА А.С., ТИХОНОВИЧ Ю.В., ФОКИНА А.С. Своевременное назначение гормона роста как эффективный метод коррекции метаболических нарушений у детей с синдромом Прадера-Вилли.....	117

МИНГАЛЕЕВА Н.Э., КУЛЬКОВА П.С. Диагностика болезни Бехчета в общетерапевтической практике.....	118
МИХАЙЛОВА О.Д., ВАСИЛЬЕВА О.А., ГРИГУС Я.И., КРОПАЧЕВА Н.С. Рак поджелудочной железы: сложный диагноз в геронтологической практике.....	119
МОДЕБАДЗЕ Е.В., ТАЮТИНА Т.В., КАЗАРЯН Т.М. Структура летальности больных хронической обструктивной болезнью легких в Ростовской области.....	120
МОДЕБАДЗЕ Е.В., ТАЮТИНА Т.В., КАЗАРЯН Т.М. Особенности патоморфологических изменений бронхолегочной системы и правого желудочка при неблагоприятном исходе хронической обструктивной болезни легких.....	121
МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М. Клинический случай тромбоцитопении на фоне приёма антиэстрогенного препарата.....	122
МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М. Диагностика гепарин-индуцированной тромбоцитопении II типа в современной клинической практике.....	123
МОХАММЕД ХЕЯМ ХАЗАЕА АЛИ, КУРНИКОВА И.А., ГУЛОВА Ш.Г., ДАНИЛИНА Н.О. Метаболически нездоровое ожирение и его влияние на автономную модуляцию и частоту сердечных сокращений у молодых пациентов.....	124
МУЗУРОВ А.А., РУЗОВ В.И. Тромбоцитарное звено гемостаза у пациентов с инфарктом миокарда, осложненным пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.....	125
МУЛЛИНА С.В., МАКАРОВА И.З., РАХМАТУЛЛИНА Э.А. В поисках причины одышки у молодого пациента.....	126
МУНЗЕР А., СЫЧ Ю.П., АМЕРГУЛОВ И.И., ФАДЕЕВ В.В. Результаты активного скрининга кальцитонина у пациентов с узловым зобом.....	127
МУХАМЕТОВА Д.Д., АКЧУРИНА О.Э., АБДУЛГАНИЕВА Д.И. Диагностическая ценность Международного индекса ультразвуковой сегментарной активности кишечного воспаления для определения активности болезни Крона.....	128
НИКОЛАЕВА Н.А., ДЁМИНА А.А., ВОРОНКОВА О.О., ЛИШУТА А.С., БЕЛЕНКОВ Ю.Н. Эффективность усиленной наружной контрпульсации у пациентов с различными типами вентиляционных нарушений.....	129
НИКОЛАЕВА Н.А., КАРТАШОВА Е.А., ВОРОНКОВА О.О., РОГОВА Е.Ф., ЛИШУТА А.С., БЕЛЕНКОВ Ю.Н. Влияние усиленной наружной контрпульсации на подвижность диафрагмы. Клинический случай.....	130
НИКОЛЕНКО Е.С., ЧУЛКОВ В.С., ЧУЛКОВ В.С. Кардиометаболический профиль у беременных с артериальной гипертензией «белого халата».....	131

НОВИКОВА М.С., МИНУШКИНА Л.О., ЗАТЕЙЩИКОВ Д.А., БОЕВА О.И., КОТЕНКО О.Н., АЛАЗОВА С.С., ШИЛОВ Е.М. Эффективность и безопасность ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа у реципиентов почечного трансплантата.....	132
ОЛЕЙНИКОВА В.Д., ЩЕРБИНА Е.С., ЛАРИНА В.Н. Клинический случай язвенного колита с тотальным поражением, осложненного железодефицитной анемией тяжелого течения и тромбозом легочной артерии у пациента в возрасте 20 лет.....	133
ОПАЛИНСКАЯ И.В., БУСАЛАЕВА Е.И., ВАСИЛЬЕВА Н.П., ПРОТАСОВ М.Е., АНДРЕЕВА Ю.О., МАМЕДОВ С. Интервенционное вмешательство, как способ продлить жизнь с тяжелой сердечной недостаточностью.....	134
ОПАЛИНСКАЯ И.В., БУСАЛАЕВА Е.И., КРЫЛОВА А.С., ИГНАТЬЕВ А.П., БАГЛУШКИН С.А. Прогностическая ценность и значимость уровня мочевой кислоты и некоторых других метаболических показателей для оценки риска развития повторного инфаркта миокарда...	135
ОРЗИЕВ Д.З., АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К., КУРМАЕВА Д.Н. Персонализированный подход к лечению и реабилитации больных ишемической болезнью сердца с метаболическим синдромом.....	136
ОРЛОВ Д.А., МИРОНОВА Т.Н., МАХОВА У.В., ЛАРИНА В.Н. Липидный профиль у амбулаторных пациентов до и после перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения.....	137
ПАЛИЕНКО А.В., КУЦАКИНА Д.А., БУДАНОВА Д.А., ИЛЬГИСОНИС И.С. AL-амилоидоз сердца: цена позднего распознавания.....	138
ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С. Факторы кардиометаболического риска и тревожно-депрессивная симптоматика при неалкогольной жировой болезни печени у молодых.....	139
ПЕТРУХНОВА М.Ф., ЛИШУТА А.С., КОЖЕВНИКОВА М.В., ЗЕКЦЕР В.Ю., БЕЛЕНКОВ Ю.Н., ДОВЖЕНКО К.И., МАКАРЫЧЕВА М.К. Значение немедикаментозных методов лечения в терапии коморбидных пациентов.....	140
ПОБЕДЕННАЯ Г.П., ВАГИНА Ю.И. Содержание некоторых эйкозаноидов в сыворотке крови больных пневмонией, ассоциированной с ожирением.....	141
ПОЗДНЯКОВА Н.В., ДЕНИСОВА А.Г. Электрическая нестабильность миокарда: клинко-функциональные показатели при дилатационной кардиомиопатии.....	142
ПОЛЕВАЯ О.А. Современный подход к ведению пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с аллергическим ринитом.....	143
ПОЛЕВАЯ О.А. Современный подход и роль витамина Д в профилактике респираторных вирусных инфекций и обострений бронхиальной астмы.....	144

ПОЛЕВАЯ О.А. Персонализированный подход к обучению пациентов с бронхиальной астмой и улучшению качества жизни.....	145
ПОЛЕВАЯ О.А. Роль психосоматических факторов в ухудшении течения заболевания и качества жизни пациентов с бронхиальной астмой.....	146
ПОЛЕВАЯ О.А. Взаимосвязь бронхиальной астмы и ожирения. междисциплинарный подход к ведению пациентов.....	147
ПОНОМАРЕВА О.В., СМЕРНОВА Е.А. Возможности прогнозирования ранней регоспитализации у пациентов кардиоренометаболического фенотипа хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса.....	148
ПОСЕЛЮГИНА О.Б., ЗЕНИН Т.Т., КУЗЬМИН И.С., САМИ А.Ю., ЦВЕТКОВ И.С., БЕЛИКОВ А.Н., КОРИЧКИНА Л.Н. Оценка когнитивной функции у больных гипертонической болезнью III стадии с перенесенным инфарктом сердца и мозга.....	149
ПРЕЛОВСКАЯ Д.И., СМЕРНОВА М.С. Оценка потребления никотинсодержащей продукции среди студентов-медиков.....	150
ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ПРИХОДЬКО К.С. Анализ показателей пикфлоуметрии у больных бронхиальной астмой в динамике беременности.....	151
ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ПРИХОДЬКО К.С. Особенности психоэмоционального статуса беременных с бронхиальной астмой.....	152
ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В. Взаимосвязь клинических особенностей бронхиальной астмы у беременных с длительностью заболевания.....	153
ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В. Особенности клинического течения и лечения бронхиальной астмы в гестационном и послеродовом периоде.....	154
ПРОХОРОВ Д.Ю. Субклинические проявления депрессии и тревоги у студентов третьего курса медицинского института.....	155
РАЗИН В.А., НЕСТЕРОВ А.С., КУРГАНОВА Ю.Н. Динамика поздних потенциалов желудочков у пациентов с артериальной гипертензией на фоне терапии сопутствующего обыкновенного псориаза тяжелого течения.....	156
РАКИТИНА К.А., КОВАЛЕНКОВА Е.И., БЫЧКОВА Л.В., ПОЛИТИДИС Р.Р., АЛЕКСАНДРОВА М.Р. Клинический случай брадикардии на фоне приема дексаметазона у пациентки с двусторонней пневмонией, ассоциированной COVID-19.....	157

РЕБРОВ Б.А., БЛАГОДАРЕНКО А.Б., БЛУДОВА Н.Г., КНЯЗЕВА А.К., Особенности изменений объёмных показателей щитовидной железы у больных ревматоидным артритом при наличии субклинического гипотиреоза.....	158
РЕБРОВА О.А., БЛАГОДАРЕНКО А.Б., БЛУДОВА Н.Г. Клинические особенности ревматоидного артрита у больных с субклинической гипотиреоидной дисфункцией.....	159
РЕБРОВСКАЯ М.М., ЕФРЕМОВА Е.В, ШУТОВ А.М. Распространенность почечной дисфункции среди пациентов старшей возрастной группы с цереброваскулярными заболеваниями.....	160
РУБЦОВА А.С., ВОВК Е.А., ВОЛОВАТОВА И.Н. Клинический пример пациента с системной склеродермией диффузной формы, хроническим течением активности 2, с множественными очагами поражения систем органов.....	161
РУБЦОВА Е.В. Влияние анемии на формирование кардиологического варианта постковидного синдрома...	162
РУДЕНКО И.Б., ТАИРОВА Д.М., БАЖАНОВА М.В. Влияние производственных факторов на здоровье работников в Удмуртской республике...	163
РУДЕНКО И.Б., ПАШКИНА Е.О., КАРИМОВА Г.А. Гиперурикемия в практике врача стационарного звена.....	164
РУДОЙ М.Д., МАКАРОВА Е.В Особенности биохимических маркеров кардиоваскулярного риска у мужчин, контактирующих с шумом.....	165
САМОРУКОВА Е.И., САМОЖЕНОВА П.С., ФОМИНА Е.И., АДАШЕВА Т.В. Расчет периоперационных рисков в практике врача-терапевта при несердечных операциях для разных групп пациентов.....	166
СИДОРЕНКО Ю.В., ДЕМИДОВ В.В., ВЕТЧИННИКОВА Т.А. Комплексные подходы к медицинской реабилитации гипертензивных больных в условиях коморбидности.....	167
СИДОРЕНКО Ю.В., БАЛАБАЕВА Н.В. Возможности коррекции морфологических сдвигов со стороны микроциркуляторного русла у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с сахарным диабетом 2 типа на фоне туберкулеза легких.....	168
СКИБА Т.А., ЯРЦЕВА С.В., ПОБЕДЕННАЯ Г.П. Некоторые показатели гуморального и клеточного иммунитета у больных бронхиальной астмой в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.....	169
СКИБА Т.А., ЯРЦЕВА С.В., ПОБЕДЕННАЯ Г.П. Патогенетические механизмы формирования осложнений бронхиальной астмы у больных с сахарным диабетом 2 типа.....	170

СЛЮСАРЬ А.А. Значение результатов количественной компьютерной томографии в определении тяжести заболевания и прогноза у пациентов с SARS-COV-2.....	171
СМИРНОВА В.В., РАУЖЕВА В.П., СУВОРОВА Н.А., ГОРДЕЕВ И.Г. Клинический случай синдрома такоцубо на фоне тиреотоксикоза.....	172
СМИРНОВА А.Ю., ГНОЕВЫХ В.В., ПАВЛОВА Е.С., ЗИГАНШИНА С.Р., ЧЕБАКОВА Е.С. Клиническое значение повышенной «жёсткости» сосудов у больных ХОБЛ.....	173
СПЕСИВЦЕВА А.А., СМЕРТИНА Л.П., АБДУЛАЕВА Ф.Б. Немоторные проявления болезни Паркинсона.....	174
СПИЦИНА С.С. Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита в практике ревматолога. Клинический случай.....	175
СПИЦИНА С.С. Болезнь Дента в практике терапевта. Клинический случай.....	176
СУЗДАЛЕВА И.А., ЧЕРНОВА А.А., КАРДАШОВА О.О. Лейкоцитарные индексы как маркеры перетренированности спортсмена.....	177
СУМОРОКОВА Е. Ю., КИТАЕВА Ю.С., ПРАСКУРНИЧИЙ Е.А., КУЗНЕЦОВА Е.В., КИЧИГИНА Д.В. Особенности гормонального профиля и прогнозирование риска снижения минеральной плотности костной ткани у пациентов с лимфомой Ходжкина.....	178
СУСЛОВА О.А., ЗУБЕЕВ П.С., ЗУБЕЕВА Г.Н., КОЖЕВНИКОВА А.В., ЛОНИНА С.В. Распространенность коморбидной патологии у больных терминальной почечной недостаточностью.....	179
СУХАНОВ С.С. Изменения лейкоцитарной формулы у больных сахарным диабетом 2 типа в постковидном периоде как возможные маркеры хронического воспалительного процесса.....	180
СУХОМЛИНОВА И.М. Искусственный интеллект в терапии: субъективизация отношения или объективная проблема персонифицированной медицины.....	181
СУХОМЛИНОВА И.М., ГРОМОВА Н.П., ЯКУШИНА И.Н., КАБАНОВ М.Ю. Прогнозирование старческой астении: способ объективизации методик с целью повышения качества жизни.....	182
ТОЛСТОВ П.В., КАЛЯГИН А.Н. Солнечные вспышки и вызовы скорой медицинской помощи при нестабильной стенокардии: возможные взаимосвязи.....	183
ТОПЧУБАЕВ Д.Э., ВАХЛАМОВ В.А., ЛЮБАВИНА Н.А., МАКАРОВА Е.В. Особенности питательного статуса у больных хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от длительности и интенсивности курения.....	184

ТРОФИМОВА М.Е., СИВЕРИНА А.В., СКОРОДУМОВА Е.А., КОСТЕНКО В.А., ИЛЬИНА В.А., РЫСЕВ А.В., СКОРОДУМОВА Е.Г., НОВИЦКАЯ Н.Ю. Клинический случай недифференцированной плеоморфной саркомы сердца.....	185
ТУРЧИК Е.В. Взаимосвязь начального атеросклероза у пациентов молодого возраста с различными формами псориаза.....	186
ТЮРИН А.В. Клиническая вариабельность наследственных заболеваний соединительной ткани.....	187
УЛАНОВА Н.Д., ПОЧИНКА И.Г. Клиническое значение венозных тромбозов у больных ишемическим инсультом.....	188
ФАЙРУШИНА И.Ф., КУЩЕВА А.В. Анализ факторов, определяющих число коморбидных состояний у пациентов молодого и среднего возраста с псориатическим артритом.....	189
ФАЙРУШИНА И.Ф., КУЩЕВА А.В. Взаимосвязи активного энтезита, выявленного с помощью технологии Superb Microvascular Imaging при ультразвуковом исследовании, при псориатическим артритом.....	190
ФАЙРУШИНА И.Ф. Ранняя диагностика ревматических заболеваний: что нужно знать терапевту?.....	191
ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В. Фенотипы ожирения у лиц молодого возраста при проспективном наблюдении.....	192
ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В. Роль приверженности модификации образа жизни в динамике факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в молодом возрасте.....	193
ФЕДЯИНОВА И.К., БАРАНОВ П.С. Препараты андрогенов и анаболические стероиды в спортивной среде: ситуация в России на сегодняшний день.....	194
ХОЛИНА Е.А., ИВАНОВА Л.Н. Верификация атеросклеротического поражения коронаров при сочетанном течении ишемической болезни сердца и гипотиреоза.....	195
ХОЛИНА Е.А., ИВАНОВА Л.Н. Маркеры внезапной сердечной смерти у больных стабильной ишемической болезнью сердца в сочетании с гипотиреозом и расстройством адаптации.....	196
ХОЛИНА Е.А., ИВАНОВА Л.Н. Предикторы неблагоприятного течения стабильной ишемической болезни сердца в сочетании с гипотиреозом и расстройством адаптации.....	197
ХОХЛОВ М.П. Сипинговое питание при обострении бронхиальной астмы с преобладанием аллергического компонента.....	198
ХУСНУТДИНОВА Р.Р., ЕГОРКИНА С.Б. Психоэмоциональный статус у пациентов с язвенным колитом разного возраста.....	199

ХУСНУТДИНОВА Р.Р, АФАНАСЬЕВА Т.С. К вопросу о некоторых клинических особенностях течения язвенного колита.....	200
ЦАРЕВА А.А, РАЗИН В.А. Дапаглифлозин как новый вектор коррекции электрической нестабильности миокарда при хронической сердечной недостаточности.....	201
ЦЫГАНОВА Ю.В, ТАРАСОВА Л.В. Метаболический статус больного язвенным колитом.....	202
ЧЕКУЛАЕВА Ю.А, ЛЮБИВАЯ А.В, ГУЛЯЕВА А.В, ЛЮБАВИНА Н.А. Изменение вариабельности сердечного ритма и показателей объемной сфигмографии у студентов с вредными привычками.....	203
ЧЕРНИЧКИНА А.Д, ВОРОНКОВА О.О, ТАЩЯН О.В. Иммунитет против: клинический случай сочетания болезни Крона и болезни Бехтерева.....	204
ЧУРСАНОВ С.А. Удовлетворённость сном и его зависимость от регулярности ритма кишечника.....	205
ШАПОШНИКОВА С.С, ХОРОЛЕЦ Е.В, ОТРУЦКИЙ С.С. Феохромоцитома в клинической практике.....	206
ШЕВЕЛЕВА Л.А, НИКОЛАЕВА Е.В. Хроническая обструктивная болезнь легких как фактор риска формирования гериатрических синдромов у пациентов старшего трудоспособного возраста.....	207
ШЕВЦОВА В.И. Возможности коррекции фенотипов состава тела у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	208
ШЕЕНКОВА М.В, ЯЦЫНА И.В. Предикторы микроальбуминурии при артериальной гипертензии у работников машиностроения.....	209
ШКЛЯЕВ А.Е, ГОРБУНОВ Ю.В, ПАНТЮХИНА А.С, ДУДАРЕВ В.М, ШАЙДУЛЛИН Д.Д, ПОНОМАРЕВ Я.Л. Функциональная активность желудочно-кишечного тракта у потребителей энергетиков.....	210
ШКЛЯЕВ А.Е, ДУДАРЕВ В.М, ГОРБУНОВ Ю.В. Питьевая бальнеотерапия как способ решения проблемы рефрактерной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.....	211
ШКЛЯЕВ А.Е, ГОРБУНОВ Ю.В, ПАНТЮХИНА А.С, ГАЛИХАНОВА Ю.И, ЛУНИНА Е.Е, ТИМОФЕЕВА А.Ю. Влияние электронных сигарет на моторику желудочно-кишечного тракта.....	212
ШКЛЯЕВ А.Е, ГРИГОРЬЕВА О.А, МАЛАХОВА И.Г, АНДРЕЕВА О.В. Эффективность питьевой бальнеотерапии при висцеральной гиперчувствительности гастродуоденальной зоны.....	213
ШКЛЯЕВ А.Е, ЛЕНЦОВА С.И, КУЗЬМИНА А.В, МАЛАХОВА И.Г. Атипичное течение геморрагической лихорадки с почечным синдромом на фоне иммуносупрессивной терапии.....	214

ШПАКОВА В.Е, ВОЛКОВА Н.И, ДАВИДЕНКО И.Ю, КУДИНОВА Е.В. Клинический случай пациентки с тяжелым остеопорозом при синдроме нечувствительности к андрогенам.....	215
ЩЕРБИНА Е.С, ЛАРИНА В.Н. Клинический случай несвоевременного выявления тромбоза легочной артерии у молодого пациента с тромбофилией и синдромом Мея-Тернера.....	216
ЮЖАКОВА Е.В. Коррекция инсулинорезистентности у коморбидного пациента. клинический случай.....	217

НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ГЕМОПЕРИКАРДОМ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Абулдинова О.А., Дёменко Ю.М., Будник В.В.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, РФ

Введение. Перфорация миокарда при имплантации электродов ЭКС встречается в 0,1–0,8% случаев. Клинический случай демонстрирует редкое сочетание гемоперикарда и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в послеоперационном периоде у пациентки с высоким тромботическим риском.

Описание случая. Пациентка Н., 73 лет, с ИБС, фибрилляцией предсердий (CHA₂DS₂-VASc 4 балла), гипертонической болезнью и ХСН, поступила для плановой имплантации ЭКС. В анамнезе: ОИМ (2021), ЧКВ, пароксизмы желудочковых аритмий. На фоне терапии апиксабаном и ацетилсалициловой кислотой выполнена операция.

Осложнения - Интраоперационно: резкая гипотензия (АД 50/30 мм рт.ст.), УЗИ-подтвержденный гемоперикард (600 мл). Проведена торакотомия, гемостаз.

На 2-е сутки - десатурация (SpO₂ 80%), повышение D-димера (1200 нг/мл).

КТ-ангиопульмонография выявила ТЭЛА. УЗИ вен нижних конечностей — флотирующий тромб.

Лечение - отмена антикоагулянтов на 48 часов (риск кровотечения). Гепаринотерапия (болюс 5000 ЕД, инфузия 1000 ЕД/ч), вазопрессоры, респираторная поддержка. Восстановление ФВ ЛЖ до 52% к 14-м суткам.

Заключение. *Случай иллюстрирует дилемму баланса между антикоагулянтной терапией и риском кровотечений.*

Ключевые особенности:

- Развитие ТЭЛА на фоне временной отмены антикоагулянтов.
- Успешное применение гепарина после хирургического гемостаза.
- Необходимость индивидуального подхода у пациентов с высоким тромботическим и геморрагическим риском.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Абулдинова О.А., Дёменко Ю.М., Будник В.В.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, РФ

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) с дебютом в форме тяжелого поражения центральной нервной системы (ЦНС) представляет значительные диагностические сложности, особенно у молодых пациентов. Ранняя верификация диагноза критически важна для предотвращения необратимых осложнений.

Описание случая. Пациентка К., 19 лет, госпитализирована в неврологическое отделение с жалобами на:

- Цефалгию высокой интенсивности;
- Эпизоды синкопе с тонико-клоническими судорогами;
- Фотопсии и снижение остроты зрения;
- Спутанность сознания;
- Субфебрильную лихорадку (38,5°C).

Анамнез: Заболевание манифестировало остро после переохлаждения с фебрильной лихорадки. На 3-и сутки присоединились неврологические симптомы. Первично диагностирован менингоэнцефалит, однако инфекционная этиология исключена.

Анамнез жизни: Фотосенсибилизация, артралгии, наследственная отягощенность по ревматоидному артриту.

Объективный статус:

- Температура 38,2°C, оглушение;
- Эритема в зоне «бабочки», афты слизистой рта;
- Панцитопения (Hb 98 г/л, лейкоциты $2,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты 85×10^9 /л);
- Иммунологические маркеры: АНФ 1:640, анти-dsDNA >200 МЕ/мл,

гипокомплементемия;

- МРТ: васкулит мелких сосудов, очаги в белом веществе.

Диагноз: СКВ (SLEDAI 24), волчаночный церебрит, антифосфолипидный синдром (АФС).

Лечение:

- Пульс-терапия метилпреднизолоном (1000 мг/сут $\times$ 5 дней);
- Циклофосфамид (1000 мг в/в);
- Гидроксихлорохин (400 мг/сут);
- Антикоагулянтная и противосудорожная терапия.

Динамика: через 14 дней — регресс неврологической симптоматики, нормализация лабораторных показателей, снижение титров антител.

Заключение. Случай демонстрирует: 1. Важность дифференциальной диагностики СКВ при острых неврологических нарушениях у молодых пациентов; 2. Необходимость раннего иммунологического скрининга; 3. Эффективность агрессивной иммуносупрессии в сочетании с антикоагулянтной терапией при коморбидном АФС. Интерес случая: редкий дебют СКВ с доминирующим поражением ЦНС; диагностические ошибки на этапе первичного обследования; быстрый ответ на терапию, подчеркивающий важность своевременного вмешательства.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ COVID-19 В ХОДЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Абулдинова О.А., Приходько О.Б., Абулдинов А.С.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, РФ

Актуальность. Изучение функциональных показателей бронхолегочной системы у пациентов после COVID-19 остается актуальным из-за высокой частоты постковидного синдрома, включая стойкие респираторные нарушения.

Цель. Оценить динамику функции внешнего дыхания (ФВД) и толерантности к физической нагрузке у пациентов с различными формами COVID-19 в течение 12 месяцев.

Материал и методы. В проспективное исследование включены 177 пациентов:

Группа I (n=67) — нетяжелая пневмония (КТ I);

Группа II (n=60) — поражение верхних дыхательных путей;

Контроль (n=50) — здоровые лица.

Проведены спирометрия («Spirovit SP-1») и шестиминутный шаговый тест (6-МШТ) в 4 контрольных точках: 72 часа, 2 недели, 3 и 12 месяцев.

Результаты. В первые 72 часа у группы I выявлено снижение ОФВ1 в 1,94 раза ($p < 0,001$) и индекса Тиффно в 1,37 раза ($p < 0,001$) относительно контроля. Через 2 недели у пациентов с постковидным синдромом (подгруппы IA и IIA) отмечено дальнейшее ухудшение ОФВ1 на 11% ($p < 0,001$). К 12 месяцу у 56,25% подгруппы IA и 53,57% подгруппы IIA сохранялся ФК1 по 6-МШТ, тогда как пациенты без синдрома достигли ФК0.

Заключение. Наиболее выраженные нарушения ФВД характерны для пациентов с пневмонией, особенно при развитии постковидного синдрома. Динамика 6-МШТ коррелирует с изменениями ФВД, что подтверждает необходимость мониторинга толерантности к нагрузке. Реабилитация требует дифференцированного подхода с учетом формы COVID-19 и наличия постковидного синдрома.

ТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА У БЕРЕМЕННОЙ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Абулдинова О.А., Будник В.В., Дёменко Ю.М.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, РФ

Введение. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) — редкая, жизнеугрожающая микроангиопатия, ассоциированная с дефицитом ADAMTS-13. Беременность является триггером вторичной ТТП, что требует дифференциальной диагностики с другими тромботическими микроангиопатиями (ТМА).

Описание случая. Пациентка 31 года, беременность 9 недель, поступила с жалобами на слабость, желтуху, геморрагический синдром. Лабораторно: тромбоцитопения ($26 \times 10^9/\text{л}$), анемия (Hb 76 г/л), ретикулоцитоз (36%), гипербилирубинемия (непрямой билирубин 78,8 мкмоль/л), ЛДГ 501 Ед/л. Шистоциты в мазке отсутствовали. Первоначально диагностирован синдром Фишера-Эванса. На фоне терапии глюкокортикоидами состояние ухудшилось: появилась неврологическая симптоматика (транзиторная гемиплегия), ЛДГ повысилась до 2293 Ед/л, выявлены шистоциты (2,2%). Активность ADAMTS-13 – 0%, обнаружен ингибитор. Проведены плазмообмены (2,5 л СЗП/сеанс) с быстрым ответом: тромбоциты повысились до $68 \times 10^9/\text{л}$ после первого сеанса. Дополнительно назначены ритуксимаб ($375 \text{ мг/м}^2 \times 4 \text{ нед.}$) и преднизолон (60 мг/сут.). Беременность прервана на 10-й неделе. Ремиссия достигнута: активность ADAMTS-13 нормализовалась (91%), рецидивов нет.

Заключение. Особенность случая — атипичное начало с низким уровнем шистоцитов и умеренным повышением ЛДГ, что затруднило раннюю диагностику. Ключевыми критериями стали неврологическая симптоматика и лабораторное подтверждение дефицита ADAMTS-13. Плазмообмен и иммуносупрессия оказались высокоэффективны.

ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ: НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Абулханова К.А.

БУ ВО "СурГУ", Сургут, РФ

Актуальность. Когнитивные изменения, связанные с эпилепсией, обусловлены множеством факторов, в том числе воздействием самих противоэпилептических препаратов (ПЭП). Применение ПЭП при лечении эпилепсии требует постоянного анализа соотношения риска и пользы, направленного на максимальное подавление припадков и минимизацию неблагоприятных когнитивных побочных эффектов.

Цель. Изучить когнитивные нарушения разных ПЭП. Исследовать когнитивные функции у пациентов с эпилепсией (фокальная форма), получающих препараты разных групп. Провести сопоставление с длительностью терапии, с низкой комплаентностью.

Материал и методы. Нейропсихологические: «НС-Психотест» (Нейрософт, Иваново) и нейрофизиологические тесты. Исследовали пациентов СОКБ г.Сургут с подтвержденным диагнозом эпилепсия (фокальная форма). Данные медицинской документации. В лечении у наших пациентов применялся только один препарат и длительность терапии превышала 2 года. 18 пациента принимали препарат Вальпроевой кислоты, 13 пациентов принимали Карбамазепин, 9 пациентов принимали Топирамат, 14 пациентов принимали Ламотриджин.

Результаты. По результату теста на кратковременную память между всеми группами препаратов: концентрации внимания только в случае использования карбамазепина составила 46%, с ламотриджином 95%, с вальпроатами 91% и топираматом 89%. Попарный анализ выявил различия в скорости простой зрительно-моторной реакции между группами вальпроатов и карбамазепина 41,5%, между группами вальпроатов и топирамата 16,1%, между группами ламотриджина и карбамазепина 60,9%. Один из выраженных отрицательных эффектов оказывает карбамазепин, действуя на внимание, кратковременную память, интеллект и скорость реакции и, главное, на речевые навыки. Препараты вальпроевой кислоты по результатам части исследований не вызывают когнитивных нарушений, не отмечается значимых отклонений памяти, скорости реакции, и мышления. Еще одним препаратом с хорошим когнитивным профилем - ламотриджин. При сравнительном исследовании ламотриджин показал хорошие результаты концентрации внимания и умственной активности у пациентов с эпилепсией. При исследовании эффектов топирамата при эпилепсии регистрировались замедление мышления, сонливость, утомляемость и снижение концентрации внимания.

Заключение. По полученным нами данным более выраженное когнитивное снижение продемонстрировали больные, которые получали в качестве терапии карбамазепин, лучшие показатели при исследовании когнитивных функций продемонстрировали больные, которые получали ламотриджин. Когнитивные побочные эффекты ПЭП являются распространенными и могут негативно влиять на переносимость, комплаентность и длительное продолжение лечения, что требует мультидисциплинарного подхода.

ГОМОЦИСТЕИН КАК ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Абызов М.С., Петрова В.Э., Абызов А.С., Кичигин В.А., Максимов Р.С.

ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова", Чебоксары, РФ

Актуальность. Сердечно-сосудистые катастрофы — одна из причин повышенной смертности, инвалидности, снижения работоспособности населения. В современных научных исследованиях ставится очень важная задача по поиску предикторов неблагоприятного исхода данных заболеваний.

Цель. Определить прогностическую роль гомоцистеина у больных с ишемическим инсультом.

Материал и методы. В ходе исследования проанализированы 106 историй болезни пациентов сосудистого отделения БУ «ГКБ №1» (г. Чебоксары) с диагнозом «ишемический инсульт».

Проведено сравнение прогностической значимости уровня гомоцистеина, С-реактивного белка и шкалы оценки когнитивных функций МоСа у исследуемых пациентов.

Результаты. Гипергомоцистеинемия обнаружена у 45,2% пациентов, в том числе у 53% женщин и 38,6% мужчин. Возраст пациентов с гипергомоцистеинемией составил 75 [68-83] лет против 67 [56-75] лет у пациентов с его нормальным уровнем, $p < 0,001$. Уровень гомоцистеина у выживших пациентов составил 9,1 [6-11,2] мкмоль/л против 21,4 [18,6-24,1] мкмоль/л у умерших, $p < 0,001$. Среди больных гипергомоцистеинемией чаще встречаются такие сопутствующие заболевания как гипертоническая болезнь (100%), хроническая болезнь почек (36,8%), ишемическая болезнь сердца (36,2%), сахарный диабет (27,7%). Уровень гомоцистеина обладает высокой предсказательной способностью, объясняет 96,2% всех исходов. Его уровень более $\geq 13,6$ мкмоль/л обладает чувствительностью 90,6%, специфичностью 96,2%. Уровень С-реактивного белка так же обладает высокой предсказательной способностью и объясняет 81,5% всех летальных исходов. Уровень $\geq 4,3$ мг/л обладает чувствительностью 73,6% и специфичностью 82,7%. Сумма баллов по шкале МоСа объясняет 82,4% всех летальных исходов. Его уровень менее 16 баллов обладает чувствительностью 73,6%, специфичностью 81,1%.

Заключение. При оценке прогноза больных ишемическим инсультом необходим комплексный подход к учету факторов неблагоприятного исхода. Из сравнительного анализа видно, что уровень гомоцистеина $\geq 13,6$ мкмоль/л обладает большей предсказательной способностью, чем уровень С-реактивного белка, сумме баллов по шкале оценки когнитивных функций МоСа.

АВТОНОМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ (ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА COMPASS-31)

Аветисян Г.Р., Аничков Д.А., Клименко А.А.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Актуальность. Системная склеродермия (ССД) – заболевание соединительной ткани, требующее мультидисциплинарного подхода. При ССД может развиваться автономная дисфункция – нарушение вегетативного контроля желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), органа зрения, сердечно-сосудистой системы, мочевого пузыря.

Цель. Выявить автономную дисфункцию у пациентов с ССД с применением опросника Composite Autonomic Symptom Score – 31 (COMPASS-31) и сопоставить полученные данные с клинической характеристикой заболевания.

Материал и методы. В одномоментное исследование включали пациентов женского пола в возрасте 18–65 лет с установленным диагнозом ССД (по критериям ACR/EULAR 2013), подписавших информированное согласие. Критериями невключения служили: документированная ИБС, ХСН III-IV ФК, периферический атеросклероз (с клиническими проявлениями), фибрилляция предсердий и другие гемодинамически значимые аритмии, нарушение мозгового кровообращения, полинейропатия, сахарный диабет 1 или 2 типа, заболевание щитовидной железы с нарушением ее функции, прием бета-адреноблокаторов. Проводилось стандартное физикальное обследование, сбор жалоб и анамнеза, оценка автономной дисфункции с помощью опросника COMPASS-31.

Результаты. В исследовании приняли участие 54 пациента (возраст (Me [25%; 75%]) 55 [48,0; 59,0] лет. Диффузная форма ССД наблюдалась у 10 (22,2%) пациентов, лимитированная – у 44 (77,8%); продолжительность заболевания составила 5 [2; 8] лет, синдрома Рейно – 8,5 [3,5; 19,5] лет. По данным анкетирования с помощью COMPASS-31 у всех пациентов суммарный балл выраженности вегетативных нарушений составил был 0 баллов, среднее значение – 26,1 [14,5; 40,6] баллов: ортостатические нарушения отмечены у 38 (70,4%) пациентов, вазомоторные – у 42 (77,8%), секреторные – 41 (75,9%), дисфункция ЖКТ – 51 (94,4%), дисфункция мочевого пузыря – 24 (44,4%), нарушения зрачковой реакции — 50 (92,6%). Статистически значимые различия между пациентами с лимитированной и диффузной формами заболевания не выявлены. Обнаружена слабая положительная корреляция между продолжительностью заболевания и суммарным баллом выраженности вегетативных нарушений по COMPASS-31 (коэффициент Спирмена $R=0,4$; $p < 0,01$).

Заключение. Обнаружены ассоциации между суммарной оценкой вегетативных нарушений, определенными формами автономной дисфункции и продолжительностью заболевания. Необходимы дальнейшие наблюдательные исследования для уточнения сроков возникновения вегетативных нарушений у больных ССД.

СЕМЕЙНЫЙ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ЭРИТРОЦИТОЗ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Агапова Т.Е., Надеева Н.А., Абызов А.С.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, РФ

Введение. Чувашский эритроцитоз (ЧЭ) - аутосомно-рецессивное заболевание, относящееся к семейному эритроцитозу 2 типа, развивающееся в результате мутации в экзоне 3 гена VHL. Характеризуется эритроцитозом, нормальным количеством лейкоцитов, тромбоцитов, увеличенной продукцией эритропоэтина. Чаще встречается у чувашей (1:4450), проявляется плеторическим синдромом, нарушениями микроциркуляции.

Описание случая. Пациент, 40 лет, с детства состоит на диспансерном учете по ЧЭ.

До 18 лет проходил периодическое стационарное лечение, в последующем к врачам не обращался. В 35 лет появилось кровохарканье, лихорадка 38,5 °С, госпитализирован с внебольничной правосторонней полисегментарной пневмонией, зарегистрирована фибрилляция предсердий, легочная гипертензия, тромбоз артерий нижних конечностей, правой почечной артерии, инфаркт правой почки. ОАК: лейкоциты $9,7 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $185 \cdot 10^9/\text{л}$; эритроциты $7,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 228 г/л. ЭХО КГ: в полости ЛП образование 2-3 см средней эхогенности, без флотирующих элементов (вероятно, эритроцитарный тромб), конечный систолический размер ЛП 4 см., ФВ 68%, конечный диастолический размер ЛЖ 5 см. Перед коронарографией проведены 3 сеанса эритроцитозфереза. Проводилась антикоагулянтная (варфарин), дезагрегантная (аспирин) терапия. На фоне лечения положительная динамика: лизис тромба по ЭХО КГ. После выписки рекомендованную двойную терапию принимал нерегулярно. В марте 2021 года МНО 7,5 на фоне варфарина 1,25 мг, переведен на эноксапарин натрия 0,4 п/к. В динамике: лейкоциты $10,8 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $163 \cdot 10^9/\text{л}$; эритроциты $7,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 219 г/л. С жалобами на слабость, болезненность в суставах стоп, тофусы I плюснефаланговых суставов обеих стоп, госпитализирован в гематологическое отделение в сентябре 2022 года. Установлен диагноз вторичного подагрического артрита. Проведены 2 сеанса эритроцитозфереза объемом 800 мл. При наблюдении по декабрь 2024 года: эритроциты $7,85\text{--}8,03 \cdot 10^{12}/\text{л}$; тромбоциты $195\text{--}205 \cdot 10^9/\text{л}$; гемоглобин 203-211 г/л. От госпитализаций отказывался, ежедневно принимал только дезагреганты (АСК 100 мг/сут.). Декабрь, 2024 года: эритроциты $8,43 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $211 \cdot 10^9/\text{л}$; гемоглобин 220 г/л. Коагулограмма, декабрь 2024 года: АЧТВ 51,4 сек., ПТИ 64,9%. Февраль, 2025 года: госпитализирован в гематологическое отделение с жалобами на слабость, несистемное головокружение, приступы тахикардии. Лабораторные показатели: гемоглобин 240 г/л, эритроциты $8,45 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $211 \cdot 10^9/\text{л}$, АЧТВ 52,4 сек., ПТИ 65,1%, эритропоэтин 18,8 МЕ/л. Осмотр: гиперемия кожных покровов, слизистых, тофусы в области I плюснефаланговых суставов обеих стоп. Решено применить курс эритроцитозфереза, подбор антикоагулянтной, дезагрегантной терапии, рассмотрение вопроса подключения препарата Руксолитиниб.

Заключение. Клинический случай иллюстрирует разнообразие проявлений ЧЭ, включая тромботические осложнения, вторичный подагрический артрит. Высокая распространенность заболевания среди чувашей подчеркивает необходимость повышения осведомленности врачей для раннего выявления и улучшения исходов.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ФИТОСРЕДСТВА ИЗ ЛИСТЬЕВ *PIRRORHAE RHAMNOIDES* ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГЕПАТИТА

Агафонов С.Е., Михайлова Е.В., Анисимов Е.Е.

ГБУЗ НО «ГКБ №12», Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Прогрессирующие заболевания печени, занимают шестое место по частоте летальных исходов в России. Так, например, в 2021 году цирроз печени стал причиной более 1,3 млн. смертей в мире (440 тыс. женщин и 883 тыс. мужчин). В данной статье будут рассмотрено лекарственное средство на основе облепихи крушиновидной, т.к. оно хорошо себя зарекомендовало в традиционной медицине при лечении прогрессирующих заболеваний печени.

Цель. Определение эффективности сочетанного применения сухого экстракта листьев облепихи и адеметионина на основе изменения биохимических маркеров печеночной функции в условиях экспериментального моделирования алкогольного гепатита.

Материал и методы. Исследование проводилось на 40 белых крысах линии Wistar.

Лабораторные животные содержались в соответствии с ГОСТом 33044–2014. Животные были разделены на 4 группы. Животные I группы (интактный контроль) получали дистиллированную воду в аналогичном режиме 14 дней эксперимента. Лабораторные животные II группы (негативный контроль) получали 1 раз в сутки 7–10 мл/кг 40% раствора этанола внутривентрально 7 дней, далее дистиллированную воду в течение 7 дней.

Это вызвало у животных типичную картину гепатита, с изменением биохимических показателей крови. Для коррекции гепатита животным опытных групп вводили перорально за 1 час до кормления водные растворы. Группе III комплексный препарат сравнения экстракт плодов расторопши пятнистой (в дозе 100 мг/кг массы тела животного) + адеметионин (200 мг/сут). IV группа животных получала испытуемое комплексное фитосредство, экстракт листьев облепихи крушиновидной + адеметионин (100 мг/кг) в течение 14 суток.

Лабораторные животные выводились из эксперимента методом декапитации под эфирным наркозом. В сыворотке крови определяли: аспартатаминотрансферазу (АСТ); билирубин общий; аланинаминотрансферазу (АЛТ); щелочную фосфатазу (ЩФ); гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП). Различия данных считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Результаты показали, что в I группе (интактный контроль): АСТ - $49,6 \pm 1,62$; АЛТ - $172,16 \pm 4,35$; ЩФ - $461,4 \pm 35,07$; ГГТП - $9,4 \pm 1,29$; общий билирубин - $2,15 \pm 0,08$. Во II группе (негативный контроль): АСТ - $83,9 \pm 5,94$; АЛТ - $225,45 \pm 0,07$; ЩФ - $777,3 \pm 26,87$; ГГТП - $31,3 \pm 1,67$; общий билирубин - $2,815 \pm 0,26$. В третьей группе (препарат сравнения): АСТ - $51,4 \pm 2,12$; АЛТ - $179,15 \pm 13,08$; ЩФ - $587,15 \pm 7,28$; ГГТП - $23,78 \pm 1,32$; общий билирубин - $2,01 \pm 0,34$. В IV группе (испытуемое фитосредство): АСТ - $53,8 \pm 4,24$; АЛТ - $178,45 \pm 27,37$; ЩФ - $556,9 \pm 20,79$; ГГТП - $21,23 \pm 1,45$; общий билирубин - $2,005 \pm 0,27$. В группе негативного контроля статистически значимо возросли показатели АСТ на 69,2%; АЛТ на 30,9%; общего билирубина на 30,9%; ЩФ на 68,5%; ГГТП на 233% в сравнении с интактной группой, что отражает формирование прогрессирующего заболевания печени. В группах III и IV статистически значимо снизились показатели: АСТ, АЛТ, общего билирубина, ЩФ и ГГТП. Причем показатели в группе IV, по сравнению с III группой были ниже: АСТ ниже на 4,7%; АЛТ на 0,39%; ЩФ на 5,43%; ГГТП на 12%.

Заключение. Сравнение эффективности применения экстракта листьев облепихи крушиновидной в сочетании с адеметионином по суммарному влиянию на биохимические показатели крови определяет данный комплекс как перспективную схему терапии прогрессирующих заболеваний печени.

ВАРИАНТ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ФОНЕ ИММУНОТЕРАПИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Агишева М.О., Волкова Н.И., Давиденко И.Ю., Кудинова Е.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, РФ

Введение. Моноклональные антитела применяются в лечении онкологической патологии. Одним из нежелательных эффектов является увеличение активности аутоиммунной агрессии. В частности, развитие сахарного диабета с осложнениями.

Описание случая. Пациент В., 73 года поступил с жалобами на слабость, жажду, сухость во рту, тошноту, головокружение при попытке принять сидячее положение, невозможность самостоятельно передвигаться, появление запоров. В сентябре 2022 г. установлен диагноз Пигментная меланома кожи правой стопы TхN0M01а стадия IV, назначена химиотерапия препаратом группы моноклональных антител Пролголимабом. В марте 2023 г. выявлен сахарный диабет, назначена пероральная сахароснижающая терапия, которую пациент получал в течение года, эффекта не имела. В марте 2024 г. госпитализирован в отделение реанимации с кетоацидозом. Была инициирована инсулинотерапия, состояние улучшилось, вновь переведен на таблетированные сахаропонижающие препараты, однако в течение 2-х недель развились явления кетоацидоза, в связи с чем госпитализирован в отделение эндокринологии в тяжелом состоянии. Объективно: состояние тяжёлое, отеки нижних конечностей, не может обходиться без посторонней помощи, отвечает с задержкой. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 116 в минуту. Лабораторное обследование: кетонурия (16 ммоль/л), гипокалиемия (2,46 ммоль/л), рН 7,21, гипергликемия (20 ммоль/л), гипоальбуминемия (25,3 г/л). Учитывая тяжесть состояния, пациенту проводилось симптоматическое лечение: проведена инфузионная терапия калия хлоридом, натрия хлоридом, альбумином, дробная инсулинотерапия. На фоне проведенной терапии состояние улучшилось, однако, сохранялись отеки нижних конечностей, невозможность самостоятельно подниматься, в связи с чем была выполнена КТ органов грудной клетки. Выявлены признаки нижнедолевой сегментарной пневмонии, двустороннего гидроторакса. Верифицирован диагноз пневмонит, назначены глюкокортикостероиды, на фоне которых исчезли симптомы гидроторакса. Для уточнения этиологии гипергликемии были определены GAD-AT, которые оказались значительно повышены и сниженный С-пептид, что позволило выставить окончательный диагноз: Сахарный диабет, опосредованный применением лекарственных средств (моноклональные антитела), целевой уровень HbA1c <8,0%. Пигментная меланома кожи правой стопы pT4bN1M0 стадия III. Двусторонний гидроторакс. Пневмонит. На фоне проведенного лечения состояние пациента улучшилось, исчезли жалобы: нормализовался аппетит, улучшилась двигательная активность, пациент самостоятельно принимает сидячее положение. Глюкоза остается в целевом диапазоне на фоне инсулинотерапии, выписывается с рекомендациями.

Заключение. Препараты из группы ингибиторов контрольных точек имеют хорошую эффективность в отношении лечения меланомы, однако их применение может привести к развитию инсулинита антителами к глутаматдекарбоксилазе. Неадекватная сахаропонижающая терапия привела к развитию кетоацидоза, потребовавшего неотложных реанимационных мероприятий. Данный случай подчеркивает важность своевременной диагностики и выявления последствий противоопухолевой терапии, необходимость коллегиального подхода к данной теме.

ОЦЕНКА САРКОПЕНИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Акчурина О.Э., Мухаметова Д.Д., Бодрягина Е.С., Одинцова А.Х., Абдулганиева Д.И.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Актуальность. Пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) могут иметь повышенный риск развития саркопении и саркопенического ожирения. Известно, что саркопения ассоциируется с более тяжелым течением ВЗК и увеличивает вероятность послеоперационных осложнений. Пациенты с ВЗК подвержены риску саркопении из-за длительного воспаления в кишечнике, принимающего со временем системный характер. Более возникающей вследствие накопления жира в мышцах. Зачастую для выявления саркопенического ожирения недостаточно знать ИМТ пациента, поэтому необходимо быть настороженным в отношении данного состояния.

Цель. Оценить состав тела у пациентов с ВЗК для выявления саркопенического ожирения.

Материал и методы. Было включено 109 пациентов с ВЗК, из них с язвенным колитом 51 (46,8%), с болезнью Крона 58 (53,2%). Среди пациентов было 54 (49,5%) женщин. Медиана возраста пациентов с ВЗК составила 39 [28;50] лет. Оценивались индекс массы тела (ИМТ), оценка нутритивного статуса с помощью опросника SaskIBD-NR Tool для пациентов с ВЗК; оценка состава тела проводилась на биоимпедансном анализаторе ABC-02 «MEDASS» по половозрастной норме.

Результаты. У 58 (53%) пациентов наблюдалась нормальная масса тела, дефицит – у 14 (13%); избыточная масса тела у 27 (25%), ожирение – у 10 (9%). По результатам опросника SaskIBD-NR Tool 20% пациентов имели средний риск мальнутриции, 20% – высокий риск. Индекс скелетно-мышечной массы (иСММ) по БИА был снижен у 34 (32%) пациентов, повышен – у 3 (3%), в норме – у 70 (65%). Индекс жировой массы (иЖМ) по биоимпедансометрии (БИА) был снижен у 19 (18%) пациентов, повышен – у 43 (40%), в норме – у 45 (42%). Среди пациентов с избыточной массой тела и ожирением по ИМТ, иСММ был снижен у 6 (17%) пациентов, а среди пациентов с нормальной массой тела по ИМТ 17 (29%) пациентов имели низкий иСММ. Среди пациентов с иЖМ выше нормы 9 (20%) имели дефицит мышечной массы. При оценке связи нутритивного статуса по результатам опросника saskIBD-NR tool и ИМТ не было установлено статистически значимой связи, а с иЖМ была установлена статистически значимая умеренной тесноты обратная связь.

Заключение. Среди пациентов с ВЗК 40% имели средний и высокий риски мальнутриции, у 32% пациентов отмечено снижение мышечной массы по биоимпедансометрии, а высокое содержание жировой ткани у 42% пациентов. При этом среди пациентов с нормальным и высоким ИМТ 25% пациентов имели низкую мышечную массу по биоимпедансометрии, что может свидетельствовать о наличии саркопенического ожирения. При этом ИМТ не коррелировал с результатами опросника для оценки риска мальнутриции.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИИ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Алямкин С.Ю., Куняева Т.А., Ямашкина Е.И., Боровкова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, РФ

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется развитию профилактической медицинской помощи населению России. Особое место отведено проведению профилактических медицинских осмотров (ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Качество ПМО является важнейшим компонентом в выявлении заболеваний на ранних стадиях. С учетом распространенности и значимости сердечно-сосудистых заболеваний, представляет интерес диагностика их факторов риска. Хорошим индикатором для сравнения показателей может служить крупное популяционное исследование ЭССЕ-РФ 3 (эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации).

Цель. Провести анализ и сравнить данные о распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у населения Республики Мордовии в рамках ПМО и Российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 3.

Материал и методы. В работе использованы данные осмотра при диспансеризации (форма 131у) и Российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 3 на территории Республики Мордовии (РМ). Анализировались когорты населения 35–74 лет. Возрастной и гендерный состав как мужчин, так и женщин был сопоставим. Исследование проводилось в период 2021 года. Анализ проводили в количественном и процентном соотношении.

Результаты. Результаты анализа продемонстрировали различия в выявлении основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний при ПМО и при проведении эпидемиологического исследования. Так артериальная гипертензия регистрировалась при ПМО у 18% обследуемых, а у респондентов ЭССЕ-РФ 3 в 37,9% случаев. Лица с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² были отмечены в 10,6% при осмотре в рамках ПМО, тогда как эпидемиологическое исследование выявило до 36,1%. Показатели общего холестерина $\geq 5,2$ ммоль/л зарегистрированы у 18,6% на ПМО. А в популяции населения республики этот показатель оказался значительно выше – 53,4%. По данным осмотра при ПМО курили 6,8%. По данным ЭССЕ-РФ 3 курильщиков оказалось в 2 раза больше (13,5%).

Заключение. Анализ продемонстрировал низкую выявляемость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в рамках ПМО. Это необходимо учитывать при организации их проведения. Представляется важным ответственным отношение медицинских работников к процессу обследования населения и при ПМО. Обращает внимание высокая чистота гиперхолестеринемии и избыточной массы тела среди населения Республики Мордовии. Все это требует усиления профилактических мер.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Андреева Д.В., Черницова Е.А., Дрепелева А.Р.

ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, Иваново, РФ

Введение. Несмотря на то, что молодые женщины имеют определённую гормональную защиту, обусловленную эстрогенами, её влияние ослабевает под воздействием негативных факторов. Кроме того, клиническое течение острого инфаркта миокарда (ОИМ) у этой категории пациентов может отличаться от классических проявлений, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. Изучение этой проблемы важно для разработки эффективных стратегий профилактики, раннего выявления и оптимальной терапии. В связи с вышесказанным представленный клинический случай имеет определённый интерес.

Описание случая. Из анамнеза в конце мая 2024 года у пациентки П. 37 лет на фоне сильного стресса появилась давящая интенсивная боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, не купирующаяся нитроглицерином. Обратилась за СМП и с подозрением на острый инфаркт миокарда была госпитализирована в сосудистый центр, где была выполнена экстренная коронарография и проведено стентирование правой коронарной артерии. После проведенного оперативного лечения болевой синдром не рецидивировал и была назначена терапия: Тикагрелор 90 мг 2 раза в день, Бисопролол 2,5 мг 1 раз в день, Периндоприл 2 мг 1 раз в день, Аторвастатин 80 мг 1 раз в день. Однако у пациентки сохранялись нарушения репродуктивной функции, появившиеся на фоне стресса. Обратилась к гинекологу и при обследовании выявлена опухоль правого яичника. В связи с этим пациентка через 4 месяца после перенесенного ОИМ была госпитализирована в хирургическое отделение гинекологической клиники, для оперативного лечения. При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожный покров бледно-розовый. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. ИМТ 29,2 кг/м². Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 16 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС 60 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 120/75 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. С целью уточнения диагноза больной были проведены дополнительные лабораторно-инструментальные обследования. Клинический анализ крови и мочи, а также биохимический анализ крови и коагулограмма были в пределах референтных значений. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 60 в мин., электрическая ось отклонена влево, фиброзные изменения в отведениях III и AVF. Больной проведено оперативное лечение, удалена гранулезоклеточная опухоль яичника, подтвержденная при гистологическом исследовании.

Заключение. В описанном клиническом случае выявлены основные факторы риска развития инфаркта миокарда у молодой женщины: это абдоминальное ожирение, сильный эмоциональный стресс, нарушение репродуктивной функции. Такие факторы, как ожирение и метаболические нарушения являются потенциально управляемыми факторами риска у молодых женщин, и их профилактика, а также восстановление репродуктивной функции способствует снижению заболеваемости ССЗ у женщин молодого возраста

ПЕРИКАРДИТ ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Андреева Д.В., Стулова В.Е., Челышева С.И.

ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, Иваново, РФ

Введение. Гидроперикард может развиваться при различных эндокринных заболеваниях. Наиболее частой причиной развития гидроперикарда среди эндокринных заболеваний является гипотиреоз. Выраженность гидроперикарда зависит от степени тиреоидной недостаточности и продолжительности заболевания. Описаны случаи развития гидроперикарда у пациентов пожилого и старческого возраста с субклиническим гипотиреозом. Недооценка симптомов гипотиреоза у пациентов с гидроперикардом затрудняет установление причины и приводит к позднему началу эффективного лечения. В связи с вышесказанным представленный клинический случай имеет определённый интерес.

Описание случая. Больная М., 62 года, была госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, отеки на нижних конечностях, слабость. Из анамнеза страдает гипотиреозом в течение нескольких лет, постоянно гормонотерапию не получала. Из анамнеза жизни страдает пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа (более 20 лет). При осмотре состояние средней тяжести, заторможена, говорит медленно. Сознание: ясное. Легкое снижение когнитивных функций. Положение в постели: ортопноэ. Избыточное питание. Кожный покров сухой, бледный. Плотные отеки всего тела. Пульс 87 в мин., АД 160/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево (2 см кнаружи от среднеключичной линии по 6 ребру). Тоны сердца глухие. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное ослабленное. Печень пальпируется по краю реберной дуге. С целью уточнения диагноза были проведены дополнительные лабораторно-инструментальные обследования. В клиническом анализе крови отмечено снижение Нб до 114 г/л. В биохимическом анализе крови выявлено повышение показателей липидного спектра: уровень холестерина 6,79 ммоль/л, триглицеридов 2,91 ммоль/л, ЛПНП 3,54 ммоль/л, ЛПВП 1,14 ммоль/л, а также повышение активности АЛТ 80,2 Ед/л, АСТ 69,2 Ед/л, остальные показатели были в пределах нормы. Клинический анализ мочи в норме. Уровень гликозилированного гемоглобина 8,82%, ТТГ >100 мкМЕ/мл, Т4 (свободный) – 0,04 нг/дл. На ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 93 ударов в минуту. Резкое отклонение ЭОС влево. Блокада передней верхней ветви левой ножки пучка Гиса в сочетании с полной блокадой правой ножки пучка Гиса. Признаки дилатации ЛП. Признаки ГЛЖ с систолической перегрузкой. На рентгенограмме грудной клетки выявлено усиление легочного рисунка и расширение тени сердца влево. На эхокардиограмме выявлено: дилатация ЛП, ПП, ПЖ. Снижение глобальной сократительной функции миокарда. ФВ 40% по Симпсону. Миокард ЛЖ утолщен. ИММЛЖ 231 г/м². Дегенеративные изменения МК с НМК 2 степени; АО, АК с НАК 1 степени. НТК 2 степени. Легочная гипертензия 2 степени. Пульмональная регургитация 1 степени. Выраженный гидроперикард. На фоне проводимой терапии (Периндоприл 10 мг, Торасемид 10 мг, Спиринолактон 100 мг, Бисопролол 5 мг, Амлодипин 10 мг, инсулинотерапия по схеме и L-тироксин 150 мг). На фоне данного лечения сохранялись признаки сердечной недостаточности и жидкость в перикарде. Только при увеличении дозы L-тироксина до 200 мг в сутки и 12 мг дексаметазона /сутки у больной через 4 дня наблюдалась положительная динамика (уменьшились одышка, отеки нижних конечностей). На эхокардиограмме (ЭХОКГ) также была отмечена положительная динамика - уменьшение жидкости в перикарде.

Заключение. В описанном клиническом случае адекватная заместительная терапия способствовала нормализации уровня тиреоидных гормонов и уменьшения признаков гидроперикарда, что было подтверждено при ЭХОКГ исследовании. Таким образом, пациентам с гипотиреозом, кроме оценки уровня тиреоидных гормонов необходимо проведения ЭХОКГ для выявления гидроперикарда.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА НА ПРИМЕРЕ НИЖЕГОРОДСКОГО РЕГИОНА

Андрианов А.И., Боровкова Н.Ю., Маврычева Н.В., Токарева А.С., Василькова А.С., Конторщиков М.М.

*Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Владимир, РФ
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ*

Актуальность. Ожирение является одной из ведущих проблем современной медицины, поскольку имеет прямую взаимосвязь с развитием многих заболеваний, увеличением сердечно-сосудистого риска и риска смерти от всех причин.

Цель. Изучить распространенность ожирения в Нижегородском регионе и выявить взаимосвязь с другими факторами кардиоваскулярного риска.

Материал и методы. Было обследовано 2501 человек, проживающих в Нижегородском регионе в рамках исследования ЭССЕ-РФ 3. Всем респондентам проводилось измерение роста и массы тела с расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле. Значения ИМТ от 25 до 29,9 кг/м² относили к избыточной массе тела (ИзМТ), а более 30 кг/м² - ожирению. Для выявления абдоминального ожирения (АО) проводилось измерение окружности талии. Критерием включения для лиц мужского пола – окружность талии более 104 см и для лиц женского пола – окружность талии более 88 см. Всем исследуемым проводилось измерение общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), мочевой кислоты (МК), оценка факта наличия сахарного диабета, артериальной гипертензии.

Результаты. Из 2501 обследуемого ожирение по ИМТ было выявлено у 896 респондентов (36%). В структуре ожирения 67% составляют лица с 1 степенью, 24% - со 2 степенью и 9% - с 3 степенью ожирения. Доля лиц с ожирением в России в целом, по данным ЭССЕ-РФ3, составляет 34,7%. Выявлены гендерные различия. Среди обследованных мужчин (n=1235) ожирением совокупно страдает 33%, а среди женщин (n=1266) - 39%. АО диагностировалось у 1239 респондентов (49,5%), из них женщин – 61%, мужчин - 39%. Важно, что лишь у 32,5% респондентов ожирение регистрировалось и по ИМТ, и по окружности талии. Были выявлены статистически значимые ассоциации ожирения со следующими факторами кардиоваскулярного риска: артериальной гипертензией (ОШ 2,477 [2,040; 3,007], 95% ДИ), сахарным диабетом (ОШ 2,373 [1,803; 3,125], 95% ДИ), гиперурикемией (ОШ 2,454 [1,997; 3,016], 95% ДИ), гипертриглицеридемией (ТГ>1,7 ммоль/л, ОШ 1,563 [1,299; 1,880], 95% ДИ), дислипидемией (ЛПВП < 1 и < 1,2 ммоль/л) (ОШ 1,562 [1,205; 2,024], 95% ДИ).

Заключение. Распространенность ожирения в Нижегородском регионе несколько выше, чем в среднем по стране (36% против 34,7%). Среди женщин ожирение встречается чаще, чем среди мужчин (39% против 33%). АО встречается чаще, чем по ИМТ, что подчеркивает важность измерения объема талии каждому пациенту. Ожирение связано с такими факторами кардиоваскулярного риска как артериальная гипертензия, гиперурикемия, гипертриглицеридемия, дислипидемия.

СОЧЕТАННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ КОРОНАРНОГО РУСЛА (МИОКАРДИАЛЬНЫЙ МОСТИК И СЕТЬ СОСУДОВ ВЬЕССЕНА–ТЕБЕЗИЯ) КАК ПРИЧИНА БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Андрианов М.А., Нехайчик Т.А., Драгун Ю.В.

Белорусский Государственный Медицинский Университет, ГВКМЦ ВСРБ, Минск, Республика Беларусь

Введение. Безболевого ишемия миокарда (ББИМ) часто выявляется у лиц молодого возраста в качестве «случайной находки». Около 4% случаев приходится на врожденные аномалии коронарных артерий (КА), чаще – аномалии отхождения. При этом аномалии венозного русла обычно не учитываются.

Описание случая. Пациент Ш., 34 лет, с признаками ишемии миокарда на ЭКГ покоя без стенокардии. Наследственность не отягощена, ОХ 7,0 ммоль/л, ЛПНП 4,67 ммоль/л, курение электронных сигарет на протяжении 5 лет. ИМТ в норме, гемодинамические параметры стабильные. Коагулопатии, тромбоцитопатии исключены. Предтестовая вероятность ИБС составила <5%, но с учетом ББИМ, последовательно выполнены ряд инструментальных исследований. При ХМЭКГ выявлен пароксизм неустойчивой ЖТ с ЧСС 120 в минуту, 66 эпизодов депрессии ST. ЭхоКГ – МЖП 11–12 мм, в остальном – без патологии. Спекл - ЭхоКГ – нарушений не выявлено. Тредмил-тест: толерантность к физической нагрузке очень высокая, в постнагрузочном периоде – замедленное восстановления ЧСС, устойчивая нарастающая горизонтальная депрессия ST в отведениях II, III, aVF, V3-6, без ангинозного приступа, сохраняющаяся более 4 минут восстановительного периода. Коронароангиография (КАГ): признаков атеросклеротического поражения не выявлено, на серии ангиограмм визуализирована плексиформная сосудистая сеть низкошунтируемых фистул, дренирующихся в ЛЖ; в среднем сегменте передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) ЛКА – ММ с сужением просвета в систолу до 50%. Компьютерная КАГ – подтвержден глубокий ММ в ДВ 2, однако данных в пользу сосудистой мальформации не получено. МРТ сердца в покое и с фармакологической нагрузкой аденозином, сцинтиграфия миокарда с нагрузочной пробой – дефектов перфузии миокарда ЛЖ не обнаружено. На высоте нагрузки на фоне фармакологической пробы на ЭКГ зафиксировано смещение ST в тех же отведениях, что и при выполнении тредмил-теста. Пациент был представлен на консилиум, где при повторном анализе данных ангиограмм была констатирована ББИМ вследствие врожденных аномалий коронарного русла – разветвленная сеть сосудов Вьессена-Тебезия со сбросом крови из системы ПМЖВ в полость ЛЖ и глубокий ММ этой же артерии.

Заключение. Представленный случай интересен комбинацией врожденных аномалий проксимального и дистального русла крупной коронарной артерии с индукцией безболевого ишемии, хотя данные о влиянии ММ и сосудов Вьессена-Тебезия на коронарный кровоток неоднозначны и требуют дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ахиярова К.Э., Тюрин А.В.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, РФ

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – совокупность генетически детерминированных гетерогенных состояний, обусловленных дефектами в формировании и метаболизме соединительной ткани с прогредиентным течением, приводящее к нарушению формообразования органов и систем, определяющее особенности ассоциированной патологии, в частности дисбаланс мышечной и жировой тканей и, как результат, формирование саркопии и повышение риска кардиометаболических осложнений.

Цель. Анализ композиционного состава тела у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 59 практически здоровых молодых мужчин и женщин (средний возраст $21,86 \pm 0,22$ лет). Фенотипические проявления ДСТ оценивались балльно-количественным методом по модифицированной таблице Кадуриной Т.И. Наличие гипермобильности суставов (ГМС) и степень ее выраженности определялась по шкале Beighton (1998). Исследование композиционного состава тела осуществлялось методом денситометрии с применением двухэнергетической абсорбциометрии на аппарате Lunar Prodigy Advance (GE Healthcare, USA). Укладка пациента проводилась по стандартному протоколу с применением алгоритма обработки Total Body («Все тело»), который позволял определить композитный состав тела в абсолютных и относительных (%) значениях.

Межгрупповое сравнение полученных данных было проведено с учетом объема выборки и распределения данных с применением параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических критериев (U-критерий Манна-Уитни).

Результаты. На основании критериев Кадуриной Т.И. и Beighton были сформированы группы ДСТ, ГМС и соответствующих групп контроля, проведен анализ тощей и жировой масс и ИМТ. При разделении обследуемых на группы относительно ИМТ ($18,5 \text{ кг/м}^2$) обращает на себя внимание снижение процентного отношения жировой массы с $34,12 \pm 0,72\%$ до $27,47 \pm 1,54\%$ и соответствующий ему прирост процентного отношения тощей массы с $65,87 \pm 0,72\%$ до $72,53 \pm 1,54\%$ у лиц с ИМТ $< 18,5 \text{ кг/м}^2$, различия достигли статистически значимого различия ($p=0,0015$). Снижение ИМТ происходит не только за счет изменения количества жировой и тощей масс, но и за счет их перераспределения, т.е. изменения композиционного состава тела. Снижение массы жировой ткани в абсолютных значениях главным образом происходит за счет нижних конечностей и туловища, различия достигли уровня статистической значимости ($p=0,0004$ и $p=0,00009$, соответственно).

Заключение. Композиционный состав тела в группах ГМС и ДСТ статистически значимо не отличался относительно групп контроля.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Аюбов Р.К., Пантюхина А.С., Наговицына Е.А.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. В настоящее время более 60 миллионов человек во всем мире регулярно или эпизодически используют электронные сигареты (ЭС). Хотя курение табака, как известно, увеличивает воздействие кислоты на пищевод за счет увеличения количества случаев рефлюкса, точное влияние вейпинга на желудочно-кишечный тракт до сих пор не выяснено.

Цель. Изучить влияние ЭС на вегетативную регуляцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и, в частности, пищевода.

Материал и методы. Исследование проведено на базе БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР». Объектом исследования выступили 50 студентов, 25 из них использующих ЭС были включены в основную группу, а остальные 25 вошли в контрольную группу. Изначально были отобраны студенты, имеющие жалобы по поводу функционирования системы ЖКТ, им было предложено пройти анкетирование по опросникам (GSRS, GERED-Q), лицам с риском наличия патологии ЖКТ была выполнена ФГС. Оценка вегетативной регуляции ЖКТ осуществлялась по методу вариабельности ритма сердца (ВРС) с использованием аппарата ВНС-Микро («Нейрософт»). У контрольной группы осуществлялась запись фоновой и ортостатической пробы, у основной группы дополнительно проводилась повторная регистрация ВРС после употребления ЭС. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech (v. 4.8.0).

Результаты. Средний возраст исследуемых составил $(21,97 \pm 1,32)$ года. Ввиду наибольшей встречаемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), дальнейший ход исследования был направлен именно на респондентов с данной патологией. При сравнении показателей ВРС у курящей группы в зависимости от наличия признаков ГЭРБ до и после использования ЭС в динамике (используя парный t-критерий Стьюдента и критерий Уилкоксона) получено: что у лиц с наличием признаков ГЭРБ в ответ на вдыхание никотина происходит увеличение уровня %LF с $24,82 \pm 9,49$ до $39,38 \pm 15,79$ ($p < 0,002$), снижение %HF с $34,00 [17,45-49,20]$ до $21,50 [13,95-29,15]$ ($p < 0,034$), увеличение SI с $88,84 [85,18-102,82]$ до $130,66 [67,89-209,49]$ ($p < 0,028$), напротив у студентов с отсутствием признаков ГЭРБ после курения ЭС достоверных изменений вегетативной регуляции не наблюдалось.

Заключение. Обнаружена закономерность в возникновении ГЭРБ у курящих ЭС студентов, у респондентов, которых после использования ЭС наблюдалось увеличение тонуса симпатического отдела ВНС и уменьшение парасимпатических влияний имеются признаки ГЭРБ, это объясняется тем, что данная острая реакция организма на вейпинг может привести к дисрегуляции ЖКТ, особенно при использовании ЭС во время приема пищи, что в последующем может вызвать развитие заболеваний органов ЖКТ, таких как ГЭРБ. Полученные результаты свидетельствует о том, что ЭС могут оказывать разное влияние на ЖКТ в зависимости от особенностей вегетативной регуляции.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПРОГНОЗА НЕОБХОДИМОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА ПОСЛЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бадыкова К.М.

ФГБУ ГНЦ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, РФ

Актуальность. Благодаря современным принципам полихимиотерапии (ПХТ) лимфома Ходжкина (ЛХ) на сегодняшний день является потенциально излечимой злокачественной опухолью. ЛХ чаще развивается у лиц до 35 лет, и имеет ряд отдаленных осложнений, таких как снижение минеральной плотности костной ткани (МПК). Потеря МПК, обусловленная проведением ПХТ, а также рядом неспецифических предикторов, чревата развитием остеопороза и патологических переломов. Вопрос своевременной диагностики и профилактики снижения МПК у молодых пациентов с ЛХ является весьма актуальным, однако существующие алгоритмы диагностики и профилактики не применимы у этой категории лиц. Большой потенциал в данном направлении имеет использование методов математического моделирования.

Цель. Разработать модель прогноза необходимости проведения профилактики остеопороза у пациентов с лимфомой Ходжкина, получивших патогенетическую терапию.

Материал и методы. В исследование было включено 93 участника, из которых 63 имели диагноз ЛХ и получили патогенетическое лечение, а 30 здоровых человек составили группу контроля. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Всем участникам проведено интервью «Карта изучения факторов риска переломов», а также DXA-сканирование костей с оценкой МПК и Z-критерия в области бедра и поясничного отдела позвоночника. На основании полученных результатов была построена модель прогноза необходимости профилактики остеопороза у пациентов с ЛХ после патогенетической терапии, использующая данные анамнеза о наличии факторов риска снижения МПК.

Результаты. Посредством методов математического моделирования и машинного обучения на основании полученных данных была построена модель прогноза необходимости профилактики у пациентов с ЛХ. Модель имеет вид уравнения $ВПР = 1 / (1 + e^{-x})$, где ВПР – это вероятность необходимости профилактики остеопороза, а $x = +6.981 \times (\text{Низкая активность}) + 2.537 \times (\text{Физическая активность}) + 2.501 \times (\text{Переломы шейки бедра}) + 1.961 \times (\text{Средняя активность}) + 1.476 \times (\text{Другие переломы}) + 0.898 \times (\text{Курение}) + 0.409 \times (\text{Индекс массы тела}) + 0.274 \times (\text{Высокая активность}) + 0.18 \times (\text{Заместительная гормональная терапия}) - 0.066 \times (\text{Возраст}) - 0.126 \times (\text{Количество переломов предплечья}) - 0.214 \times (\text{Масса тела}) - 0.332 \times (\text{Низкое потребление кальция}) - 0.483 \times (\text{Переломы предплечья}) - 1.016 \times (\text{Переломы у родителей}) - 1.759 \times (\text{Пол}) - 14.865 \times (\text{Удаление яичников})$. Модель хорошего качества, может использоваться без каких-либо ограничений у пациентов молодого возраста, обладает хорошими параметрами точности, чувствительности, а также удовлетворительной специфичностью.

Заключение. Разработанная математическая модель является эффективным скрининговым методом, оптимизирующим процесс принятия решения о начале профилактики остеопороза у лиц молодого возраста с ЛХ после патогенетической терапии.

ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ИММУНОГЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

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

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва, РФ

Актуальность. Инфекции нижних дыхательных путей (НДП) и ЛОР-органов у больных воспалительными заболеваниями суставов (ВЗС) – актуальная проблема ревматологии, реальным решением которой может быть вакцинопрофилактика. Однако данных, касающихся клинической эффективности, иммуногенности и безопасности пневмококковых вакцин у больных ревматологического профиля, по-прежнему недостаточно.

Цель. Оценить клиническую эффективность, иммуногенность и безопасность 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (ППВ-23) у больных ВЗС, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

Материал и методы. В открытое проспективное исследование было включено 176 больных ВЗС: 97 пациентов с РА, 52 – АС, 27 – ПсА, из них женщин – 99, мужчин – 77, в возрасте от 20 до 79 лет. ППВ-23 вводили в количестве одной дозы (0,5 мл) внутримышечно на фоне продолжающейся противоревматической терапии. Клиническую эффективность вакцинации в течение 12-месячного периода наблюдения оценивали по частоте зарегистрированных случаев инфекций НДП и ЛОР-органов. Уровень поствакцинальных антител (АТ) определяли методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческого набора EIA RCP IgG (Test Line Clinical Diagnostics, Чехия) исходно, через 1, 3 и 12 месяцев после вакцинации. Безопасность вакцинации определяли по частоте и тяжести поствакцинальных реакций (ПВР) и влиянию на активность и течение ВЗС.

Результаты. Клиническая эффективность ППВ-23 в течение 12-месячного наблюдения подтверждена у 98,3% больных ВЗС. Через 1,3 и 12 месяцев после вакцинации выявлено статистически значимое повышение уровня АТ. «Ответчиками» на ППВ-23, т.е. пациентами, имевшими повышение уровня АТ в ≥ 2 раза по сравнению с таковым до вакцинации, были 87,5% больных РА, 61,5% - АС, 72,7% - ПсА. Частота ПВР у больных ВЗС составила 33,5%. Большинство ПВР у больных ВЗС были местными (80,9%), носили легкий или умеренный характер (91,2%) и купировались самостоятельно. Негативного влияния вакцинации на активность ВЗС, а также возникновения новых аутоиммунных феноменов не отмечено.

Заключение. *Полученные данные свидетельствуют о достаточной клинической эффективности, иммуногенности и безопасности ППВ-23 у больных ВЗС.*

NGS В СРАВНЕНИИ С СЕКВЕНИРОВАНИЕМ ПО СЭНГЕРУ В ДИАГНОСТИКЕ MODY-ДИАБЕТА: НЕОБХОДИМОСТЬ ВАЛИДАЦИИ И ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ

Баранова С.А., Губернаторова Е.Е.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. MODY-диабет — моногенное заболевание, диагностика которого основана на применении молекулярно-генетического тестирования. NGS обладает высокой чувствительностью, однако необходимость подтверждения методом Сэнгера остается предметом дискуссий. Сравнение этих подходов позволит оптимизировать диагностический алгоритм, повысить достоверность результатов и обоснованно корректировать тактику ведения пациентов на основе результатов молекулярно-генетического тестирования.

Цель: Анализ и сравнение методов NGS и секвенирования по Сэнгеру в контексте их применения для генетической диагностики MODY-диабета, оценка целесообразности использования секвенирования по Сэнгеру для подтверждения результатов, полученных с помощью NGS.

Материал и методы. Проведена аналитика публикаций по теме генетической диагностики MODY-диабета. Основными источниками информации стали рецензируемые исследования, опубликованные в: PubMed, eLibrary, CyberLeninka и Cochrane Library.

Результаты. Секвенирование по Сэнгеру остается популярным методом диагностики, однако способность выявлять только одноцепочечные мутации, обрабатывать короткие последовательности ДНК, определили необходимость в создании подходов с более широким спектром возможностей обработки данных. NGS – секвенирование второго поколения, осуществляющее одновременную оценку нескольких генов. Применение NGS позволило выявить малоизученные варианты нарушения, дигенные и олигогенные случаи наследования, проводить скрининг у детей, страдающих сахарным диабетом, а также у людей от 25 до 40 лет с впервые установленным MODY-диабетом. Рутинная валидация результатов NGS путем применения секвенирования по Сэнгеру является обязательным этапом диагностики MODY-диабета. Получение ложных данных при использовании NGS является результатом низкого качества материала, наличия псевдогенов, повторяющихся участков, делеции. Повышение качества исходных данных, разработка биоинформационных моделей и их улучшение путем применения фильтров, существенно повышает число обнаруженных новых вариаций копий, что увеличивает качество ожидаемых результатов. В последних исследованиях уровень валидации данных NGS равнялся 99,965%, что свидетельствует о том, что регулярное применение секвенирования по Сэнгеру не является обязательным этапом при наличии показателей высокого качества, полученных путем применения NGS. Сообщается о том, что при проведении секвенирования по Сэнгеру были выявлены расхождения, что перевело к необходимости повторной проверки, что свидетельствует о том, что данный метод не всегда является оптимальным подходом для валидации результатов, полученных путем применения NGS. Существует ряд ситуаций, для которых подтверждение данных является необходимостью: результаты низкого качества, а также случаи дородового генетического тестирования.

Заключение. *Оптимальная стратегия генетической диагностики MODY-диабета базируется на приоритете NGS с избирательным применением секвенирования по Сэнгеру в случаях, требующих дополнительной верификации. Такой подход позволяет обеспечить максимальную точность диагностики и повысить клиническую значимость полученных данных.*

ВЛИЯНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ РИСКОВ: КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Баранова С.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Ожирение — глобальная проблема здравоохранения, связанная с ростом сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний. Эктопическая жировая ткань (ЭЖТ), накапливающаяся в периваскулярных, паранефральных и эпикардальных депо, активно участвует в развитии инсулинорезистентности, системного воспаления и атеросклероза. Изучение роли ЭЖТ в формировании кардиометаболических рисков актуально для разработки новых диагностических и лечебных стратегий, направленных на улучшение прогноза пациентов с ожирением и сопутствующими патологиями.

Цель. Систематизация современных данных о частоте и клинических характеристиках ожирения, связанного с избыточным накоплением ectopической жировой ткани.

Материал и методы. Поиск был проведен в электронной научной базе данных PubMed и базе данных российской научной электронной библиотеки eLibrary, по ключевым словам, и словосочетаниям: ectopическая жировая ткань, периваскулярная жировая ткань, паранефральная жировая ткань, эпикардальная жировая ткань, сердечно-сосудистый риск.

Результаты. Проведен комплексный анализ современных научных данных о механизмах формирования и патофизиологической роли ectopических жировых депо в развитии сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний. Особое внимание уделено различным локализациям ectopического жира (эпикардальный, периваскулярный, висцеральный), их эндокринной активности и влиянию на метаболические процессы. Рассмотрены механизмы, посредством которых ectopическая жировая ткань способствует развитию инсулинорезистентности, системного воспаления, атеросклероза и других патологических состояний.

Заключение. Избыточные отложения ЭЖТ являются модифицируемым фактором риска, который должен рассматриваться как терапевтическая мишень для разработки и применений новых таргетных стратегий в диагностике и лечении пациентов, страдающих ожирением.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТУ С ОРФАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Бехтенов Д.А., Герасименко О.Н., Толмачева А.А., Горбунова А.М., Зайцев Д.Ю.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, РФ

ГБУЗ НСО НОКГВВ №3, Новосибирск, РФ

Введение. Несовершенный остеогенез является значимой проблемой современной медицины, требующей пристального внимания специалистов. Это генетическое заболевание встречается относительно редко - примерно у 6-7 новорожденных на 100 000, однако его влияние на качество жизни пациентов сложно переоценить. Патология проявляется в виде повышенной хрупкости костей, что приводит к частым патологическим переломам даже при минимальной травме. Кроме того, заболевание вызывает серьезные деформации конечностей, существенно ограничивая двигательную активность пациентов и влияя на их физическое развитие, что обуславливает необходимость мультидисциплинарного подхода и совместной работе врачей разных специальностей.

Описание случая. Представлен клинический случай пациента с несовершенным остеогенезом и множественными переломами различной локализации за период 2000–2025 гг. Пациентка 1995 г.р. наблюдается у генетика с 2002 г., когда установлен диагноз – несовершенный остеогенез. В анамнезе: в 2000, 2002 и 2006 гг. - множественные переломы левого бедра; 2009 г. - перелом шейки бедра справа; 2012 г. - сложная деформация правой бедренной кости с нагноением (коррекция в аппарате Илизарова); 2015 г. - перелом левой локтевой кости; 2017 г. - перелом правой лопатки; 2019 г. - комплексный перелом костей таза; 2023 г. - перелом правой голени и корригирующая остеотомия правой бедренной кости; 2024 г. - повторный перелом правого бедра в месте оперативного лечения. В марте 2025 г. поступила на второй этап реабилитации в НОКГВВ №3, с диагнозом: Состояние после металлоостеосинтеза диафиза правой бедренной кости по поводу многооскольчатого перелома. Консолидирующийся перелом верхней и средней трети диафиза, консолидированный перелом нижней трети диафиза правой бедренной кости, множественные переломы трубчатых костей в анамнезе. Несовершенный остеогенез. Левосторонний поясничный сколиоз 3 ст. с грудным противоискривлением, левосторонний грудной сколиоз 4 ст. Левосторонний коксартроз 3 ст, левосторонний кубартроз, укорочение правой нижней конечности. Комбинированные контрактуры конечностей, плоско-вальгусная деформация стоп. Системный остеопороз. Тактика ведения включала многоэтапное хирургическое лечение, применение современных методов остеосинтеза, комплексную антибактериальную терапию и реабилитационные мероприятия. После осмотра пациента специалистами мультидисциплинарной команды подобрана индивидуальная программа реабилитации пациента (ИПР). ИПР включала: лечебную физкультуру (групповые занятия, индивидуальные занятия на тренажерах с инструктором ЛФК, психологическую коррекцию (психологическая терапия с медицинским психологом), диетотерапию, физиотерапевтические процедуры.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует необходимость междисциплинарного подхода к лечению пациентов с несовершенным остеосинтезом и разработки новых подходов к реабилитации таких пациентов. Успешное лечение возможно только при условии комплексного междисциплинарного подхода, включающего современные методы диагностики, этапного хирургического лечения и реабилитации.

Данный случай вносит существенный вклад в развитие травматологии и ортопедии, демонстрируя возможности современной медицины в лечении даже самых сложных клинических ситуаций.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бисов А.С., Победенная Г.П.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) является не только эпидемиологической, но и важной медико-социальной проблемой из-за значительной распространенности, экономического бремени и частых неблагоприятных исходов у лиц с коморбидным состояниями. Одной из причин, осложняющей течение ВП из-за длительного сохранения респираторных симптомов, является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Наряду с коморбидностью, длительность заболевания и исходы ВП, определяет состояние иммунной системы.

Цель. Исследовать состояние клеточного звена иммунной системы у больных ВП, сочетанной с ГЭРБ, на фоне лечения.

Материал и методы. Наблюдали 30 больных с ВП, сочетанной с ГЭРБ (I группа) и 39 пациентов с ВП без признаков ГЭРБ (II группа) в среднем возрасте - $42,1 \pm 2,7$ лет, в т.ч. – 37 женщин, 42 мужчин. У всех пациентов ВП была диагностирована на 2-3-й день заболевания. Контрольную группу составили 36 здоровых доноров такого же пола и возраста. У всех пациентов исследовали в крови количество CD3+, CD4+, CD8+, CD 20+, соотношение CD4/CD8. Лечение пациентов с ВП и ГЭРБ проводили в соответствии с существующими клиническими рекомендациями.

Результаты. У больных I группы исходные показатели CD3+-лимфоцитов выявились в 1,2 раза ($p < 0,05$) ниже аналогичного показателя у здоровых при снижении значений клона CD4+-клеток и увеличении количества CD8+-клеток, что привело к снижению иммунорегуляторного индекса (ИРИ) в 1,5 раза ($p < 0,01$) по сравнению с контрольными значениями. Во II группе начальные значения клеток с фенотипом CD3+ и CD4+ также выявились сниженными, однако, менее интенсивно, чем в I группе, соответственно, на 11% и 12% при увеличении пула CD8+-лимфоцитов. Индекс CD4/CD8 у пациентов II группы также оказался ниже нормы в 1,4 раза, однако, был на 8,0% выше, чем в I группе. Показатель CD20+-клеток был несколько повышенным во всех группах пациентов с ВП. После проведенного лечения к выписке во II группе большинство показателей клеточного иммунитета нормализовались. У пациентов I группы все показатели улучшились, однако, остались ниже референтной нормы. При этом ИРИ у больных I группы остался ниже условной нормы в 1,3 раза.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, на фоне проведенного лечения отмечено снижение пула иммунокомпетентных клеток с фенотипами CD3+, CD4+, повышение количества CD8+ и снижение ИРИ, что характеризует вторичное иммунодефицитное состояние, неполное клинико-лабораторное выздоровление пациентов, может быть предпосылкой потенциальных осложнений и свидетельствовать о необходимости иммунокоррекции на амбулаторном этапе.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бисов А.С., Победенная Г.П., Чайка Н.В., Вагина Ю.И.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. ВП нередко рассматривают одним из непищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Цель. Изучить течение ВП у больных с ГЭРБ.

Материал и методы. Наблюдали 30 больных с ВП и неэрозивной ГЭРБ (I группа), и 60 пациентов с ВП (II группа). Диагностику и лечение ВП и ГЭРБ у пациентов осуществляли в соответствии с клиническими рекомендациями. Для выработки контрольных показателей исследовали 36 здоровых доноров.

Результаты. У всех пациентов с ВП, поступивших на лечение, наблюдались общеинтоксикационный и респираторный синдромы. Типичная пищеводная симптоматика ГЭРБ наблюдалась в среднем, у 90% пациентов I группы. У 18% пациентов наблюдались кардиальные жалобы в виде сердцебиений, «перебоев» в работе сердца, на ЭКГ были выявлены тахикардия, правожелудочковые экстрасистолы. Астенический синдром диагностировался у 69,6% больных I группы и у 54,5% - II группы. При спирометрии у всех больных был сниженным показатель ЖЕЛ, у пациентов I группы был достоверно сниженным ОФВ1 на 12,9%, ФЖЕЛ - на 7,2%, что привело к снижению соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ на 6,2%, обратимость ОФВ1 в тесте с бронхолитиком составила 9,9%.

При выписке при сходных результатах полноты разрешения пневмонического инфильтрата в обеих группах, у 67% больных I группы продолжился дневной кашель со скудной слизистой мокротой или сухой, першение в горле и ночной кашель - у 32,4%, типичные пищеводные симптомы продолжились, в среднем, у 32,4%. Кардиальные жалобы в виде периодических сердцебиений и «перебоев» в работе сердца остались у 20% обследованных I группы. Астенический синдром сохранился у 44% больных I группы и у 25% - во II группе.

Спирометрия при выписке показала нормализацию всех показателей у больных II группы. В I группе ОФВ1 остался сниженным на 11,4%, соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ – на 6,9 %, в тесте с бронхолитиком ОФВ1 увеличился на 12,9%. При сходном результате дистанции в тесте с шестиминутной ходьбой (ШМХ) ОФВ1 после него в I группе снизился на 10,5%, во II группе - на 6,3%.

Заключение. У больных ГЭРБ течение ВП, наряду с респираторным, интоксикационным, астеническим и типичным пищеводным синдромами, сопровождалось внепищеводными проявлениями: кардиальным синдромом, снижением уровней ОФВ1, ЖЕЛ и соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ. При выписке отмечено длительное сохранение респираторных и пищеводных симптомов, кардиальных жалоб, снижением ОФВ1 при спирометрии, появлении обратимости в тесте с бронхолитиком и снижением ОФВ1 в тесте с ШМХ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДЬЮВАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Благинина И.И.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. В связи с высокой частотой расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) у пациентов с ревматологической патологией, в частности, с псориатическим артритом (ПсА), для которых характерно наличие хронического болевого синдрома (БС), актуальным вопросом является купирование боли и улучшение качества жизни этой категории больных. БС и РТДС имеют общие патогенетические механизмы, объясняющие их частое сочетание. В связи с этим одной из задач лечения ПсА является применение адъювантов (в частности, антидепрессантов), обладающих собственным анальгезирующим эффектом, что позволяет уменьшить выраженность БС и проявления РТДС.

Цель. Изучить эффективность адъювантных препаратов из группы антидепрессантов в лечении БС у больных ПсА.

Материал и методы. В исследовании участвовали 47 больных (13 мужчин и 34 женщины) ПсА (средний возраст - $44,5 \pm 1,2$ года, средняя продолжительность ПсА - $9,2 \pm 0,9$ года).

Выраженность боли, скованности, показатель состояния здоровья пациента (СЗП) оценивались по визуальной аналоговой шкале пациентами, врачом - подсчет числа болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС). Тревожность оценивали по шкале Спилбергера, депрессию - шкале Гамильтона (ШДГ). Пациенты составили 2 группы: I – 33 пациента, к стандартной терапии добавлен амитриптилин в средней дозе;

II - 34 пациента, был добавлен гидроксизин. Результаты оценивали после 8 недель терапии.

Результаты. В I группе несмотря на то, что под влиянием лечения по показателям ЧБС и ЧПС наблюдалась достоверная положительная динамика (оба $W = 2,5$, $p = 0,012$), больные не отмечали возможного улучшения самочувствия. А во II группе наблюдалась достоверная положительная динамика не только по вышеуказанным показателям, но и по выраженности боли в суставах, позвоночнике, утренней скованности и СЗП (все $p < 0,001$). Также больные II группы отмечали регресс кожных проявлений болезни. По показателям реактивной и личностной тревожности выявлена высокодостоверная (все $p < 0,001$) динамика в обеих группах. А по ШДГ, во II группе значимее, чем в I ($p = 0,01$, $p = 0,042$ соответственно).

Заключение. *Гидроксизин не только редуцирует выраженность РТДС, но и обладает дополнительным противовоспалительным и анальгезирующим эффектом. Следовательно, применение адъювантной терапии из группы антидепрессантов, в частности, гидроксизина, в лечении ПсА способствует улучшению психоэмоционального состояния больных и уменьшению выраженности БС.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Блудова Н.Г.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) 2 типа патогенетически связаны, что объясняется наличием и влиянием общих наследственных и приобретенных факторов. Частая ассоциация АГ и СД сопряжена с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, что диктует необходимость изучения общих механизмов развития и определения тактики ведения данной категории больных.

Цель. Изучить особенности течения артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа

Материал и методы. Обследованы 43 пациента СД 2 типа с АГ. Среди них женщин 29 (67%), мужчин – 14 (33%), средний возраст больных - 55,3 года, длительность заболевания СД у женщин - $9,7 \pm 3,5$, у мужчин- $6,6 \pm 3,1$ года; длительность АГ – $7,7 \pm 2,9$ года. Контроль гликемии оценивали по показателям уровня сахара натощак, а также HbA1c. В исследование включались больные с АГ 2-3 степени, не имеющие в анамнезе ИМ или инсульта, тяжелой дислипидемии, ожирения выше 1 степени, тяжелой почечной и печеночной недостаточности. Эффективность гипотензивной терапии оценивали по динамике показателей САД и ДАД и достижению ($<130/80$ мм рт.ст.), показателей гликемического контроля - по достижению целевых значений HbA1c $<7-8\%$ с учетом возраста пациента и высокого сердечно-сосудистого риска. Период наблюдения составил 6-8 мес.

Результаты. Средние показатели САД в группе исследования составили 146 ± 24 мм рт.ст., ДАД - 84 ± 8 мм рт.ст, при этом только у 30 (70%) больных достигнуты целевые значения АД). Также в группе, где целевые показатели HbA1c не были достигнуты, чаще наблюдалось резистентное течение АГ (27% и 16% соответственно).

Заключение. Частая ассоциация АГ и метаболических нарушений, указывающая на возможные общие механизмы их развития и взаимного влияния, подтверждает необходимость жесткого контроля показателей гликемии и значений артериального давления для предупреждения сердечно-сосудистых осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛМИСАРТАНА

Блудова Н.Г.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

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 типа.

Материал и методы. В исследование включены 36 пациентов. Резистентное течение АГ устанавливали в соответствии с критериями РКО (клинические рекомендации по лечению АГ у взрослых, 2024). Комбинированная терапия включала прием телмисартана, а также β -блокаторов и/или антагонистов кальция, и/или препаратов центрального действия и диуретиков, в том числе верошпирона в максимально переносимых дозах в течение 2 недель. Период наблюдения составил 12 недель. Эффективность терапии оценивали по динамике САД и ДАД и достижению целевого АД в исследуемой группе (АД <130/80 мм рт.ст.).

Результаты. Через 2 недели наблюдения САД снизилось с 172 ± 11 мм рт.ст. до 159 ± 12 мм рт.ст., ДАД – с 94 ± 6 мм рт.ст. до 88 ± 4 мм рт.ст., динамика значений периферического АД - $8,3/6,1$ мм рт.ст., целевое АД в исследуемой группе не достигнуто. После повышения дозы телмисартана до 80 мг/сутки в течение 2 последующих недель показатели САД составили 143 ± 15 мм рт.ст., ДАД - 79 ± 7 мм рт.ст., динамика значений АД - $8,4/4,2$ мм рт.ст. Целевое АД достигнуто у 10 (28%) больных. Через 4 недели средние показатели САД - 140 ± 14 мм рт.ст., ДАД - 76 ± 8 мм рт.ст., динамика значений АД - $6,1/3,8$ мм рт.ст., целевое АД выявлено у 21 (58%), к 12 неделе – у 27 (75%) больных. В течение всего исследуемого периода в группе пациентов, получавших разные схемы гипотензивной терапии с использованием телмисартана в дозе 40 и 80 мг в сутки, не отмечалось клинически значимых нежелательных явлений и побочных реакций, требующих прекращения приема препаратов.

Заключение. 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 типа, что может рассматриваться в качестве терапии выбора у данной категории больных.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Бондаровская К.А., Осипянц Р.А., Котова Е.О., Троицкая Е.А., Вельмакин С.В.
РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, РФ

Введение. Клинический случай пациентки с небактериальным тромбэндокардитом (НБТЭ, Либмана-Сакса) под маской инфекционного эндокардита (ИЭ), на фоне впервые выявленного антифосфолипидного синдрома (АФС).

Описание случая. Женщина М., 40 лет., с жалобами на одышку при минимальной физической активности, слабость, выпадение волос. Акушерский анамнез отягощен-преждевременные роды на фоне преэклампсии в 30 лет. В мае 2024 г. по ЭХО-КГ: объемное образование на некоронарной створке аортального клапана 11*5 мм, аортальная недостаточность 1 степени. Июль 2024 г. - госпитализирована в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева. 12.07.2024 г. операция Озаки; санация створок митрального клапана. Интраоперационно обнаружены вегетации на аортальном и митральном клапанах, подозрение на ИЭ (гистологически неуточнен). 14.11.2024 г. госпитализирована в ГКБ им. В.В. Виноградова с подозрением на рецидив ИЭ. При поступлении-объективно без особенностей. В ОАК: тромбоцитопения ($139 \cdot 10^9/\text{л}$), анемия. По ЭхоКГ: недостаточность митрального клапана 3 ст., трикуспидального клапана 2 ст. Вегетации не выявлены. По ЧП-ЭхоКГ: операция Озаки на аортальном клапане. Тяжелая митральная регургитация. Данных за вегетации не получено. Учитывая отягощенный акушерский анамнез, склонность к выпадению волос, нетипичное для ИЭ поражение клапанов, гематологические нарушения обследована на системные заболевания соединительной ткани. По результатам иммунологического обследования от 21.11.2024 г: АНФ - 1/160-положительный, Ат к кардиолипину IgG (анти-КЛ) - 39,8 Ед/мл, Ат к бета-2-гликопротеину(анти-И2-ГП) 1-32,6 Ед/мл, волчаночный антикоагулянт (ВА) -1,57. В динамике - 16.12.2025 г. Анти-КЛ(IgA/IgM/IgG) 36,5 Ед/л, АНФ Нер-2-клетках 640, С3 - 1,24 г/л, С4 - 0,19 г/л в пределах референсных значений. Ат к 2-х спиральной ДНК 18,35. АНА не обнаружены. Выписана 21.11.2024 г. Диагноз: Антифосфолипидный синдром, вероятный: акушерская патология, поражение клапанов сердца, иммунологические нарушения: повышение анти-КЛ, анти-В2-ГП (суммарных), ВА. Рекомендован повторный контроль анти-В2-ГП IgG, IgM, анти-КЛ IgG, IgM, ВА через 12 недель, прием антикоагулянтов.

Заключение. *НБТЭ и АФС - часто недостаточно распознаваемые клинические сущности. Представленный обзор клинического случая подчеркивает критическую необходимость повышенной осведомленности об этих заболеваниях среди клиницистов.*

СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ IgG4-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бочкарева С.С., Михайлова О.Д., Шулятьева Н.С., Судакова А.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

БУЗ УР «ГКБ № 8 МЗ УР», Ижевск, РФ

Введение. IgG4-ассоциированные заболевания (IAЗ) — группа патологий, характеризующиеся формированием опухолеподобных склерозирующих очагов с преобладанием в поражённых тканях IgG4-позитивных лимфоцитов и формированием тканевого фиброза (Stone J.H. et al., 2012).

Описание случая. Пациентка 51 год, госпитализирована 9.10.2024 г. с жалобами на одышку при ускоренной ходьбе, боли в суставах (коленных, голеностопных), сухость во рту; боли в подчелюстной и подмышечной областях слева, отечность лица, заложенность носа и насморк с зеленоватыми выделениями. Болеет 9 лет, при болях в суставах ежедневно принимает нестероидные противовоспалительные препараты. 8 лет беспокоит одышка, был выставлен диагноз бронхиальная астма, пользуется фенотеролом и ипратропия бромидом. В течение последних 3 месяцев жалуется на заложенность носа, боли в подчелюстной и подмышечных областях. В августе 2024 г. осмотрена онкологом, удалены подчелюстные слюнная железа (СЖ) и лимфоузлы (ЛУ) слева, на биопсии – реактивная лимфаденопатия (ЛАП). 30.09.2024 г. консультирована ревматологом, исключена болезнь Шегрена, поставлен диагноз хронический сиалоденит (СА). 01.10.2024 г. осмотрена гематологом, данных за онкогематологическое заболевание нет.

Объективно – состояние удовлетворительное, пастозность лица, пальпация подчелюстной области болезненна с обеих сторон, пальпируются болезненные подмышечные ЛУ диаметром 3-4 мм слева, эластичны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 78 ударов в минуту. Живот слегка вздут, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. В анализе крови – снижение Hb до 118 г/л, СОЭ – 22 мм/час. В биохимических анализах без патологии, повышение уровня IgG4 до 3,04 г/л. Рентген придаточных пазух носа 14.10.2024 г.: хронический гипертрофический пансинусит. На компьютерной томографии органов грудной клетки выявлена медиастинальная ЛАП, диффузный пневмофиброз. Учитывая данные анамнеза, поражение ЛУ, повышение уровня IgG4, нормальную концентрацию С-реактивного белка и умеренное ускорение СОЭ, было необходимо исключить IgG4-ассоциированное заболевание, саркоидоз. Проведена повторная консультация ревматолога, выставлен диагноз IgG4-связанное заболевание, хроническое течение, высокая активность, с вовлечением СЖ (преимущественно подчелюстных СЖ в виде склерозирующего подчелюстного СА). Проведено лечение: ритуксимаб, метилпреднизолон (П), отмечено улучшение состояния: уменьшение одышки, болей в суставах, болезненности при пальпации ЛУ. Выписана на поддерживающей терапии П с дальнейшим уменьшением его дозировки.

Заключение. В приведенном случае диагноз IAZ был затруднен из-за наличия сопутствующей патологии и отсутствия специфической симптоматики.

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА НА РАЗВИТИЕ И ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Волобуева А.Ф., Тюрин А.В.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, РФ

Актуальность. Вопросы коморбидности остеопороза и остеоартрита являются объектом научного исследования в течение длительного времени, и тем не менее до сих пор высоко актуальны, как и влияние состава тела на развитие и исходы терапии указанных заболеваний.

Цель. Целью исследования являлась оценка уровней индекса массы тела и минеральной плотности костной ткани у лиц с остеоартритом крупных суставов и переломами.

Материал и методы. Мы оценили показатели минеральной плотности костной ткани (МПКТ) поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости, коморбидность остеоартрита и остеопороза, ассоциации МПКТ и индекса массы тела (ИМТ) с различными переломами у женщин в постменопаузе ($n=144$, возраст $58\pm 4,6$ лет).

Результаты. У женщин сниженный индекс массы тела был ассоциирован с переломами в целом, а также с переломами периферических костей скелета и сочетанных локализаций. Снижение Т-критерия шейки бедра статистически значимо ассоциировано с переломами в целом, переломами позвоночника и переломами периферических костей скелета. Обращает на себя внимание тенденции к большему ИМТ в контрольной группе ($p=0,059$) и меньшей длительности менопаузы у женщин с остеопорозом ($p=0,065$) при несколько более высоком уровне среднего возраста. ОА коленных суставов чаще встречался в группе контроля, хотя различия носили характер тенденции ($p=0,062$). Женщины с сочетанием остеопороза и остеоартрита были статистически значимо старше, чем женщины с изолированным остеопорозом ($67,03\pm 1,09$ и $63,9\pm 0,84$, $p=0,021$). ИМТ у женщин с ОА коленного сустава был наибольшим, различия достигли уровня статистической значимости по сравнению с контрольной группой ($28,60\pm 0,89$ и $25,43\pm 0,35$ $p=0,0003$). МПКТ поясничного отдела позвоночника была значительно выше в группе с ОА коленного сустава ($0,86\pm 0,07$ и $0,76\pm 0,14$; $p=0,00005$).

Заключение. *Повышенная МПКТ поясничного отдела позвоночника вместе с повышенным ИМТ характерны для женщин с остеоартритом коленных суставов.*

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ТИПИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И НЕВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ

Гаврилова А.А., Ларина В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Введение. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - ургентное, требующее неотложных мероприятий, состояние, в 20% случаев приводящее к летальному исходу, при этом более половины из них развиваются в первые два часа после ее возникновения. Поэтому крайне важно своевременно диагностировать данную патологию, особенно на уровне первичного звена здравоохранения.

Описание случая. Пациент А, 46 лет. Ведет здоровый и активный образ жизни. Хронические заболевания отрицает. Имеет аллергический анамнез, но пробу на аллергены не сдавал. Знает, что аллергическая реакция возникает на пенициллины, ацетилсалициловую кислоту и шерсть кошек.

18.02.2025 г. появились жалобы на одышку при физической нагрузке, которая раньше переносилась удовлетворительно. Возникла боль и отечность в области левого коленного сустава. Боль ноющего характера, до 5б по ВАШ, связывает с интенсивными тренировками в спортивном зале. С вышеуказанными жалобами обратился к травматологу-ортопеду. Состояние было расценено как травматическое повреждение коленного сустава. Назначен препарат из группы НПВС.

22.02.2025 г., на фоне терапии отметил резкое усиление одышки. Одышка стала беспокоить при минимальной физической нагрузке (ходьба до 100 метров).

24.02.2025 г. обратился к терапевту с жалобами на одышку, боль и отек в области левого коленного сустава. Состояние было расценено как аллергическая реакция, рекомендовано отменить принимаемые препараты.

26.02.2025 г. пациент отметил незначительное улучшение самочувствия, одышка возникала при ходьбе на расстояние до 300 метров.

28.02.2025 г. возникла резкая боль в эпигастральной области, пациент вызвал СМП и был госпитализирован с направительным диагнозом: «нестабильная стенокардия». При лабораторной диагностике на себя обращал внимание уровень D-димера, который составил 2058 мг/мл. При ЭхоКГ выявлены дилатация правых камер сердца, снижение общей систолической функции правого желудочка, дилатация нижней полой вены и отсутствие ее коллабироваия на вдохе, признаки легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии 70 мм рт. ст.), зон нарушения локальной сократимости не выявлено. При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки с контрастом выявлена КТ-картина массивной ТЭЛА, зона инфильтративных изменений в прикорневой зоне правого легкого (вероятно, инфаркт-пневмония). Диагностирована тромбоэмболия легочной артерии.

Заключение. На фоне типичной клинической картины ТЭЛА у молодого мужчины без сопутствующего специфического анамнеза своевременно верный диагноз поставлен не был врачом травматологом-ортопедом и терапевтом, несмотря на внезапное появление одышки и односторонний отек левого коленного сустава, что повлекло за собой крайне высокий риск фатального исхода.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ - ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, РФ

Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Актуальность. Тревожно-депрессивная симптоматика может рассматриваться как независимый фактор риска кардиометаболических заболеваний и играет важную роль в оценке и прогнозировании рисков у лиц молодого возраста

Цель. Провести анализ взаимосвязи тревоги и депрессии и факторов риска кардиометаболических заболеваний среди студенческой молодежи.

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 3297 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст – 21,0 (19,0-22,0) год. Оценка основных факторов кардиометаболического риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики – с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия).

Результаты. Среди участников исследования распространенность синдрома тревоги составила 48,3% (субклинического уровня – 21,3%, клинического уровня – 27,0%), синдрома депрессии – 32,6% (субклинического уровня – 21,8%, клинического уровня – 10,9%); в женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше частота встречаемости синдрома тревоги (52,4% и 34,6% соотв., $p < 0,001$). Синдром тревоги ассоциирован с отягощенной наследственностью по онкопатологии (ОШ=1,43 [95% ДИ: 1,24; 1,64], $p < 0,001$), сердечно-сосудистым заболеваниям (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,31; 1,72], $p < 0,001$) и сахарному диабету (ОШ=1,38 [95% ДИ: 1,21; 1,59], $p < 0,001$); пассивным курением (ОШ=1,6 [95% ДИ: 1,39; 1,83], $p < 0,001$), активным курением в прошлом (ОШ=1,4 [95% ДИ: 1,22; 1,61], $p < 0,001$) и настоящем (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], $p < 0,001$). Синдром тревоги ассоциирован с абдоминальным ожирением (ОШ=1,65 [95% ДИ: 1,31; 2,07], $p < 0,001$), отягощенной наследственностью по сахарному диабету (ОШ=1,16 [95% ДИ: 1,0; 1,34], $p = 0,035$), пассивным курением (ОШ=1,26 [95% ДИ: 1,09; 1,46], $p = 0,002$), активным курением в прошлом (ОШ=1,21 [95% ДИ: 1,04; 1,4], $p = 0,014$), гиподинамией (ОШ=1,52 [95% ДИ: 1,3; 1,78], $p < 0,001$), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26; 1,8], $p < 0,001$).

Заключение. В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики, как субклинического, так и клинического уровня; установлены ассоциативные связи между синдромом тревоги и курением, потреблением алкоголя, гиподинамией, нерациональным питанием; между синдромом депрессии и наличием абдоминального ожирения, курением, гиподинамией, нерациональным питанием.

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, РФ

Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

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

Цель. Провести оценку распространенности основных факторов риска кардиометаболических заболеваний среди обучающихся медицинского колледжа ЮУГМУ.

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

Результаты. Среди учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ частота встречаемости отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям составила 45,7%, распространенность активного курения составила 18,5%, пассивного курения – 56,9%. Алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев употребляли 70,9% опрошенных, при этом распространенность употребления алкоголя в малых дозах составила 26,4%, избыточного употребления алкоголя – 4,3%. Выявлена высокая распространенность низкой физической активности (55,1%) и нерационального питания (83,6%). Установлено, что распространенность избыточного употребления соли составила 62,3%, недостаточного употребления овощей и фруктов – 62,9%, избыточного употребления сахара – 32,0%. 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 низкой физической активности (58,3% и 36,6% соотв., $p < 0,05$) и ниже частота встречаемости курения (15,7% и 34,1% соотв., $p < 0,05$).

По результатам множественной логистической регрессии установлено, что риск тревоги увеличивается при наличии АГ – в 5,3 раза, избыточного употребления соли – в 2,0 раза, протективным эффектом обладает употребление алкоголя в малых дозах, снижающее риск развития тревоги в 2,0 раза; риск депрессии увеличивается при наличии ИМТ $\geq 25,0$ кг/м² – в 3,8 раза, абдоминального ожирения – в 2,6 раза, нерационального питания – в 3,00 раза, недостаточного употребления овощей и фруктов – в 2,5 раза, низкой физической активности – в 2,2 раза, среднего балла успеваемости $\leq 3,9$ – в 2,5 раза, и уменьшается при наличии среднего балла успеваемости $\geq 4,0$ – в 2,5 раза.

Заключение. 1. В популяции учащихся медицинского колледжа выявлена высокая распространенность пассивного курения (56,9%), употребления алкоголя (70,9%), низкой физической активности (55,1%), нерационального питания (83,6%), тревоги (37,7%).

2. Риск тревоги увеличивается при наличии АГ и избыточного употребления соли, и уменьшается – при употреблении алкоголя в малых дозах. Риск депрессии увеличивает ИМТ $\geq 25,0$ кг/м², абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, низкий средний балл успеваемости ($\leq 3,9$), уменьшает – высокий средний балл успеваемости ($\geq 4,5$).

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ РАЗНОГО УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, РФ

Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Актуальность. Основные факторы риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и тревожно-депрессивная симптоматика реализуют свое действие среди лиц молодого возраста, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи.

Цель. Провести сравнительную оценку ФР ХНИЗ, тревоги и депрессии среди учащихся начальных и старших курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ) и медицинского колледжа ЮУГМУ.

Материал и методы. Обследовано 281 студент 1 курса (средний возраст $18,1 \pm 1,4$ лет) и 6 курса 169 студентов (средний возраст $22,9 \pm 0,8$ лет), а также 166 учащихся младших курсов (средний возраст $19,0 \pm 1,0$ лет) и 178 учащихся старших курсов (средний возраст $20,0 \pm 1,0$ лет) колледжа. Оценка поведенческих ФР ХНИЗ проводилась по опроснику CINDI, уровня тревоги и депрессии - по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0.

Результаты. Среди студентов 1 курса в сравнении с учащимися начальных курсов колледжа достоверно ниже распространенность нерационального питания (75,0% и 82,9% соотв., $p < 0,05$), тревоги субклинического уровня (21,0% и 27,0% соотв., $p < 0,05$), достоверно выше распространенность низкой физической активности (55,6% и 21,0% соотв., $p < 0,05$), избыточного употребления соли (64,6% и 34,5% соотв., $p < 0,05$), тревоги клинического уровня (21,4% и 10,7% соотв., $p < 0,05$), больше среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (6,5 (5,0-12,0) и 5,0 (3,0-8,0) шт. соотв., $p < 0,05$), среднее количество этанола, употребляемого в сутки (5,5 (3,5-11,4) и 3,5 (0,0-9,6) мл соотв., $p < 0,05$). Установлено, что у студентов 1 курса риск депрессии увеличивается при наличии абдоминального ожирения – в 3,6 раза, тревоги – в 4,2 раза, и уменьшается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$ – в 2,5 раз. Среди студентов 6 курса в сравнении с учащимися старших курсов колледжа достоверно ниже среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (5,0 (4,0-10,0) и 10,0 (6,0-11,8) соотв., $p < 0,05$), ниже распространенность нерационального питания (86,4% и 99,1% соотв., $p < 0,05$), избыточного употребления соли (30,2% и 60,2% соотв., $p < 0,05$), тревоги клинического уровня (19,4% и 20,1% соотв., $p < 0,05$) и выше частота встречаемости тревоги субклинического уровня (18,4% и 14,2% соотв., $p < 0,05$). Установлено, что риск депрессии у студентов 6 курса увеличивается при наличии избыточного употребления соли – в 2,9 раза, и уменьшается при избыточном употреблении сахара – в 3,6 раз. Риск тревоги уменьшается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$ – в 2,1 раза, избыточного употребления соли – в 2,3 раза, и уменьшается при избыточном употреблении сахара – в 2,6 раз.

Заключение. 1. Среди студентов 1 курса университета в сравнении с учащимися начальных курсов колледжа достоверно выше распространенность низкой физической активности, избыточного употребления соли, больше среднее количество выкуриваемых в сутки сигарет, среднее количество этанола, употребляемого в сутки, и ниже частота встречаемости нерационального питания, тревоги субклинического уровня. 2. Среди студентов 6 курса университета в сравнении со студентами старших курсов колледжа достоверно ниже распространенность курения, нерационального питания, тревоги клинического уровня, меньше количество сигарет, выкуриваемых в сутки и выше частота встречаемости тревоги субклинического уровня. 3. У первокурсников университета риск депрессии увеличивается при наличии абдоминального ожирения, риск тревоги и депрессии снижается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$. У шестикурсников университета риск тревоги и депрессии увеличивается при избыточном употреблении соли, уменьшается – при избыточном употреблении сахара; риск тревоги уменьшается при среднем балле успеваемости $\geq 4,5$.

ПРОФИЛЬ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, РФ

Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Актуальность. Факторы кардиометаболического риска вносят существенный вклад в прогнозирование вероятности формирования и прогрессирования патологий, и являются наименее изученными в популяции лиц молодого возраста

Цель. Провести оценку распространенности факторов кардиометаболического риска среди студенческой молодежи.

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 3297 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст – 21,0 (19,0–22,0) год. Оценка основных факторов кардиометаболического риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики – с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. 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. Среди участников исследования распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям составила 51,8%, по сахарному диабету – 42,2%, по онкопатологии – 39,1%. Частота встречаемости пассивного курения – 49,2% (среди мужчин достоверно чаще, чем среди женщин – 56,9% и 47,0% соотв., $p < 0,001$), активного курения – 13,9% (в мужской популяции достоверно выше в сравнении с женской – 23,1% и 11,2% соотв., $p < 0,001$); 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% соотв., $p < 0,001$), нерационального питания – 75,6%. Частота встречаемости синдрома тревоги составила 48,3% (субклинического уровня – 21,3%, клинического уровня – 27,0%), синдрома депрессии – 32,6% (субклинического уровня – 21,8%, клинического уровня – 10,9%); в женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше частота встречаемости синдрома тревоги (52,4% и 34,6% соотв., $p < 0,001$).

Заключение. В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкопатологии, высокая частота встречаемости пассивного курения, гиподинамии, нерационального питания, тревожно-депрессивной симптоматики, как субклинического, так и клинического уровня.

ОЦЕНКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, РФ

Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Актуальность. В комплексной оценке здоровья студенческой молодежи важную роль играет анализ распространенности основных факторов риска (ФР) кардиометаболических заболеваний как предикторов формирования патологии в будущем.

Цель. Провести сравнительный анализ распространенности основных ФР кардиометаболических заболеваний среди студентов 1 и 6 курса Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).

Материал и методы. Проведено обследование 142 студентов 1 курса и 161 студента 6 курса ЮУГМУ. Поведенческие ФР оценивались по опроснику CINDI. Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$). Измерение артериального давления (АД) и диагностика артериальной гипертензии (АГ) проводилась согласно российским рекомендациям (2020). Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 и U-критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Среди студентов 6 курса ЮУГМУ в сравнении первокурсниками достоверно выше распространенность пассивного курения (70,2% и 47,5% соотв., $p < 0,05$), употребления алкоголя за последние 12 месяцев (85,7% и 61,3% соотв., $p < 0,05$), в том числе в малых дозах (75,8% и 35,2% соотв., $p < 0,05$); ниже частота встречаемости избыточного употребления алкоголя (1,2% и 3,5% соотв., $p < 0,05$), сахара (13,7% и 32,4% соотв., $p < 0,05$). В мужской популяции среди шестикурсников достоверно выше распространенность предожирения (41,5% и 14,7% соотв., $p < 0,05$), абдоминального ожирения (7,3% и 2,9% соотв., $p < 0,05$) и высокого нормального АД (19,5% и 2,9% соотв., $p < 0,05$); ниже частота встречаемости дефицита массы тела (2,4% и 8,8% соотв., $p < 0,05$). В женской популяции среди шестикурсников достоверно выше распространенность дефицита массы тела (16,7% и 14,8% соотв., $p < 0,05$), избыточной массы тела (10% и 6,5% соотв., $p < 0,05$), абдоминального ожирения (5,8% и 4,7% соотв., $p < 0,05$), высокого нормального АД (4,2% и 1,9% соотв., $p < 0,05$).

Заключение. 1. Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении первокурсниками преобладает пассивное курение, употребление алкоголя за последние 12 месяцев, и ниже распространенность избыточного употребления алкоголя и сахара. 2. В мужской популяции среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении со студентами первого курса преобладает избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, достоверно ниже распространенность дефицита массы тела, АГ. 3. В женской популяции среди шестикурсников в сравнении с первокурсниками выше распространенность дефицита массы тела, избыточной массы тела, абдоминального ожирения.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Гаврюшенко М.А., Цымбал А.А.

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

Актуальность. Коморбидность представляет серьезную проблему для здравоохранения, так как наличие сопутствующих патологий повышает риск смертности. В травматолого-ортопедической практике это один из важных аспектов с точки зрения оказания первой помощи, который также влияет не только на выбор тактики дальнейшего лечения, ведение больного в пред- и послеоперационный период, но и на возможный исход и реабилитацию.

Цель. Целью данной работы является оценка частоты встречаемости коморбидных заболеваний у больных.

Материал и методы. Проведен анализ 151 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в травматолого-ортопедическом отделении ГБУЗ ГП 6 ДЗМ в течение 1 месяца 2023 года. Возраст пациентов варьировал от 21 до 96 лет. В 46 случаях были выявлены коморбидные пациенты. Из них 44% составляли мужчины и 56% - женщины. Анализ был проведен с помощью индекса коморбидности Charlson.

Результаты. Анализ историй болезни показал наличие коморбидных терапевтических заболеваний в 42% случаях. Возраст коморбидных пациентов варьируется от 30 до 86 лет средний возраст составил 55,5 лет. При этом в возрасте от 40 лет и старше наблюдается 2 и более коморбидных заболеваний. 10% имеют 3 и более коморбидных патологии. У 68 % пациентов с коморбидной патологией встречаются заболевания ССС: АГ – 28%, ИБС – 3%, ХСН - 4%, дисциркуляторная энцефалопатия - 1%, варикозное расширение вен нижних конечностей - 15%. Заболевания ЖКТ встречались в 7% случаях. Среди них чаще всего эрозивный гастрит – 5%, 1% – жировой гепатоз. Эндокринные заболевания выявлены в 12% случаях. На долю больных с СД 2 типа приходится 7%, с ожирением-3%. Заболевания мочеполовой системы наблюдались у 1% пациентов в данном исследовании, это ХБП в исходе нефросклероза. Заболевания дыхательной системы представлены БА и составили 1%. В 5% случаев выявлена ЖДА средней степени.

Заключение. Таким образом, терапевтическая коморбидная патология наблюдалась у 42% пациентов, находившихся на лечении в марте 2023 года в травматолого-ортопедическом отделении. При этом наиболее часто встречались заболевания коморбидной патологии, в 68% выявлены заболевания ССС, из них в 15% - варикозное расширения вен нижних конечностей, 7% составили пациенты с СД 2 типа. Необходимо учитывать, что эта группа пациентов является наиболее неблагоприятной в плане развития различных до- и послеоперационных осложнений, таких, как венозных тромбозов. Распространенное сочетание артроза и родственных ему заболеваний было характерно для пациентов отделения, у которых часто проявлялась патология ССС, требовало более специализированного подхода в лечении. Исследование показало, что пациенты с патологией костно-мышечной системы относятся к группе высокого риска по развитию венозных тромбозомболических осложнений. Эти заболевания обусловлены как общими патогенетическими механизмами возникновения воспалительного процесса в перихондральных тканях и в эндотелиальной оболочке сосудов, так и ограничением физической активности, усугубляющим течение заболеваний данной группы. Ведущими факторами риска развития венозных тромбозов являются коморбидные состояния. Наличие коморбидной патологии влияет на тактику ведения больного в травматолого-ортопедическом отделении, особое внимание коморбидности необходимо уделять в процессе диагностики, оказания первой помощи, в определении показаний к оперативному вмешательству, тактики ведения пациента в пред- и послеоперационный периоды, лечении и реабилитации с целью снижения риска развития осложнений.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ СД 2 ТИПА

Гаврюшенко М.А.

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

Актуальность. Важным звеном патологического процесса, объединяющем эти недуги, является накопление с возрастом гликированных белков в стимуляции катаболических процессов в суставном хряще и изменение биомеханических свойств коллагена. Содержание глюкозы в хондроцитах значительно ниже, чем в синовиальной жидкости и плазме. Основным способом доставки глюкозы в хондроциты являются белки-транспортёры: ГЛЮТ-1 и ГЛЮТ-3, которые работают без участия инсулина, и из-ходя из этого можно предположить, что хроническая и стойкая гипергликемия, характерная для СД 2, приводит к повышению уровня глюкозы в синовиальной жидкости, суставной капсуле и связочном аппарате.

Цель. Оценка клинических и структурно-функциональных особенностей поражения коленных суставов при СД 2 и выяснении патофизиологических гликемического контроля.

Материал и методы. Производился анализ 79 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в травматолого-ортопедическом отделении в июне 2024 г. в ГБУЗ ГП 6 ДЗМ в течение 1 месяца, из которых 32 пациента имели диагнозы артроз коленного сустава и СД 2. Диапазон возрастов пациентов составлял от 33 до 89 лет, из них 24% являлись мужчинами и 76% - женщинами. В процессе осмотра пациентов с гонартрозом оценивалась степень тяжести заболевания по индексу Лекена, определялось наличие болезненности при пальпации, измерена амплитуда активного безболезненного движения в коленных суставах, а также интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Кроме того, каждому пациенту проводилась артросонография. Использовалась методика серой шкалы в режиме реального времени, визуализировалось наличие выпота в передних отделах сустава, толщина и характер изменений синовиальной оболочки. Измерение ее толщины (в мм) осуществляли в передней супрапателлярной поперечной проекции. Для определения формы костей, образующих сустав, и определения толщины суставного хряща в миллиметрах использовались поперечные срезы задней поверхности. Чтобы оценить степень развития краевых остеофитов (костных наростов на краях суставных поверхностей), применялись продольные срезы, которые оценивались по балльной шкале. Кроме того, у пациентов на задней поверхности были обнаружены и измерены кисты Бейкера как в продольных, так и в поперечных проекциях. Также в плановом порядке были определены следующие показатели: уровень глюкозы в крови натощак и после еды (глюкозо-толерантный тест); уровень гликированного гемоглобина (HbA1c); концентрация С-реактивного белка (СРБ); общий уровень холестерина.

Результаты. Анализ историй болезни показал наличие данной патологии в 25% случаях. Возраст пациентов варьируется от 35 до 87 лет; средний возраст составил 66 лет. При этом в возрасте от 40 лет и старше наблюдаются более выраженные и частые симптомы. Таким образом, среди пациентов, проходивших лечение в июне 2024 г. в травматолого-ортопедическом отделении, у 25% была диагностирована патология коленных суставов, связанная с СД 2.

Заключение. У пациентов с СД 2 прогрессирование артроза, остеоартроза и гонартроза значительно усиливает дегенеративные изменения как в суставном хряще, так и в подхрящевой кости. Вместе с тем, из-за уменьшенного объёма экссудации в суставной полости проявления болевого синдрома могут быть менее выраженными, что создаёт трудности в оценке тяжести и течения артроза. Пол пациента имеет немаловажную роль, так как данное исследование показало, что данной патологией чаще всего страдают лица женского пола, которое прогрессирует еще и с возрастом. Крайне важно своевременно и точно диагностировать эту патологию, чтобы выбрать оптимальную стратегию лечения, диагностики, хирургических вмешательств, и реабилитации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОКИСЛЕННЫХ И ВОССТАНОВЛЕННЫХ АМИНОТИОЛОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Гадиева В.А.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, РФ

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой прогрессирующее нарушение функции почек, приводящее к накоплению токсичных веществ в организме. Оксидативный стресс является общепризнанным фактором, усугубляющим прогрессирование ХБП и способствующим развитию сердечно-сосудистых осложнений, являющихся основной причиной смертности у этих пациентов. Нарушение баланса между окисленными и восстановленными формами аминотиолов может отражать степень оксидативного стресса при ХБП.

Цель. Определение окисленных и восстановленных аминотипов в плазме крови у больных с разными стадиями ХБП.

Материал и методы. В исследование было включено 105 пациентов с ХБП различных стадий (I-V), диагностированных согласно классификации KDIGO. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту. Определение концентраций восстановленных и общих тиолов осуществляли методом капиллярного электрофореза и с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии. Также измерялись концентрации креатинина, мочевины и С-реактивного белка. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле CKD-EPI. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения Microsoft Excel. Для сравнения групп использовался t-критерий Стьюдента. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$.

Результаты. Концентрации восстановленного цистеина и глутатиона в плазме крови значительно снижались с прогрессированием ХБП ($p < 0,05$). В то же время, концентрации окисленных форм цистеина и глутатиона возрастали по мере снижения СКФ ($p < 0,05$). Соотношение восстановленных и окисленных форм цистеина и глутатиона значительно снижалось у пациентов с терминальной стадией ХБП (V стадия) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Концентрации общего и восстановленного гомоцистеина были значительно повышены у пациентов с ХБП по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Была выявлена отрицательная корреляция между уровнем восстановленного цистеина и СРБ ($r = -0,78$, $p < 0,05$) и положительная корреляция между уровнем окисленного глутатиона и уровнем креатинина ($r = 0,75$, $p < 0,01$).

Заключение. У больных с хронической болезнью почек наблюдаются значительные изменения в метаболизме аминотиолов, характеризующиеся снижением уровня восстановленных форм цистеина и глутатиона, повышением уровня окисленных форм и повышением уровня гомоцистеина. Дальнейшие исследования необходимы для определения клинической значимости этих изменений и разработки стратегий для коррекции метаболических нарушений и снижения оксидативного стресса у пациентов с ХБП.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОК С ОСТЕОАРТРИТОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Галина И.И., Тюрин А.В.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, РФ

Актуальность. Остеоартрит суставов кистей (ОАСК) — распространённая форма заболевания, особенно среди женщин в постменопаузе. Заболевание проявляется болью, нарушением функции кисти и снижением качества жизни, однако количественные оценки активности болезни применяются в рутинной практике редко.

Цель. Оценить корреляции между клиническими (боль, функциональные шкалы) и инструментальными (динамометрия, денситометрия) показателями у женщин с ОАСК.

Материал и методы. Обследовано 80 женщин с рентгенологически подтвержденным ОАСК. Медиана возраста сформированной когорты составила 62 [56–66] лет, средний индекс массы тела (ИМТ) - $27 \pm 6,11$ кг/м². Использованы двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA), кистевая динамометрия, визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ), опросники AUSCAN (оценка повседневной деятельности) и FHOA (оценка функциональной активности). Проведен корреляционный анализ между клиническими и инструментальными параметрами с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты. Медиана выраженности боли по ВАШ составила 5 [4–7] баллов. Среднее значение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника — $1,01 \pm 1,8$, медиана МПКТ бедренной кости — $-0,4$ [–1,75; –0,4] по Т-критерию. Боль по ВАШ статистически значимо коррелировала с индексами FHOA ($r=0,28$, $p < 0,05$) и AUSCAN ($r=0,25$, $p < 0,05$), отражая связь между выраженностью болевого синдрома и нарушением функции кистей. Плотность костной ткани поясничного отдела позвоночника и бедра положительно коррелировала с ИМТ ($r=0,37$ и $r=0,45$ соответственно, $p < 0,05$). Отрицательная связь между ИМТ и индексом AUSCAN ($r=-0,26$, $p < 0,05$) может указывать на снижение двигательной активности у пациенток с избыточной массой тела.

Заключение. Болевой синдром негативно влияет на повседневную активность пациентов и соотносится с активностью заболевания. ИМТ значимо положительно коррелирует с уровнями МПКТ, при этом негативно влияя на уровень повседневной активности.

КИСЛОРОДНАЯ ДЕСАТУРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ПРОИЗВОЛЬНОМ АПНОЭ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С КИСЛОРОДНОЙ ДЕСАТУРАЦИЕЙ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Гноевых В.В., Чернова Н.Г., Щорохова Ю.А.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, РФ

ООО «Многопрофильная клиника Н. Березиной», Ульяновск, РФ

Актуальность. Одним из нагрузочных тестов для выявления дисфункции пульмокардиальной системы является модифицированная проба Штанге с произвольным апноэ на вдохе и одновременным мониторингом оксигенации крови.

Цель. Оценить кислородную десатурацию гемоглобина (КДГ) при произвольном апноэ на вдохе у больных бронхиальной астмой (БА) с КДГ при 6-минутном шаговом тесте (6-МШТ).

Материал и методы. Обследовали 47 больных БА в фазе ремиссии заболевания. По результатам 6-МШТ пациентов разделили на «десатураторов» (основная группа – ОГ; 38,3%) и «недесатураторов» (контрольная группа – КГ; 61,7%). К «десатураторам» относили пациентов со снижением SpO₂ во время 6-МШТ на $\geq 4\%$ до уровня $< 90\%$. Проводили спирометрию, оценку контроля БА и расчёт респираторно-газового индекса (РГИ) по результатам модифицированной пробы Штанге. Во время произвольного апноэ на вдохе и в течение первой минуты после его завершения мониторовали оксигенацию крови с поправкой на HbCO. Для статистической обработки применили программу ООО «Статтех».

Результаты. В обеих группах лёгочная вентиляция была нарушена по обструктивному типу с более выраженными изменениями в ОГ ($p < 0,020$). При этом в ОГ распространённость тяжёлой БА составила 66,7% против 39,2% в КГ ($p = 0,004$). Уровень HbCO был выше у «десатураторов» ($p = 0,007$). Исходное, минимальное и среднее значения SpO₂ при мониторинге оксигенации крови во время произвольного апноэ и в периоде восстановления в ОГ были ниже, чем в КГ ($p < 0,004$). У «десатураторов» (по результатам 6-МШТ) наблюдалось более длительное снижение оксигенации крови во время апноэ – как ниже 95% уровня SpO₂ (54,05 [5,56; 93,02]% в ОГ против 1,10 [0,00; 12,47]% в КГ), так и ниже клинически значимого 92% уровня (0,00 [0,00; 30,00]% в ОГ против 0,00 [0,00; 0,00]% в КГ, $p = 0,007$). Время задержки дыхания в обеих группах не различалось. У «десатураторов» мы выявили более низкий уровень РГИ – 0,43 (0,14) против 0,52 (0,12) у «недесатураторов» ($p = 0,123$) при минимально допустимом значении РГИ = 0,672. При этом в КГ полностью контролируемая БА (GINA) была выявлена у 16,5% пациентов и отсутствовала у «десатураторов» ($p = 0,004$).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных БА снижение контроля и более тяжёлое течение заболевания ассоциировано с КДГ не только при физической нагрузке, но и во время других воздействий, например, при произвольном апноэ на вдохе из-за возникшей дисфункции пульмокардиальной системы.

МНОГОЛИКИЙ ПНЕВМОТОРАКС

Грохольская В.Д.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Введение. Спонтанный пневмоторакс – синдром, характеризующийся скоплением воздуха в плевральной полости, не связанный с травмой легкого и врачебными манипуляциями.

Описание случая. Пациент №1 (19 лет). Анамнез - бронхиальная астма, буллезная болезнь легких. Наследственность - дисплазия соединительной ткани (отец). Аллергоанамнез - сенсibilизация к пищевым, пыльцевым аллергенам и шерсти животных. Вредные привычки отрицает. 01.2022 г. впервые предъявил жалобы на: одышку, боль в грудной клетке справа; госпитализирован - «Спонтанный пневмоторакс справа». Выполнено дренирование плевральной полости, атипичная резекция верхней доли правого легкого. Анализ на $\alpha 1$ -антитрипсин = 1.19 г/л (норма). КТ ОГК от 04.2024 г. – в верхней доле правого легкого определяется булла. 07.2024 г. госпитализирован с диагнозом: «Рецидив спонтанного пневмоторакса справа». Выполнено дренирование плевральной полости, резекция верхней доли правого легкого, механический плевродез. КТ ОГК в динамике: признаков патологических изменений не выявлено. Пациент №2 (21 год). Хронические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез - сенсibilизация к пищевым, пыльцевым аллергенам. Вредные привычки отрицает. Начал заниматься воркаутом. 09.2023 г. впервые возникла боль в грудной клетке слева, КТ ОГК – ограниченный пневмоторакс в области верхушки левого легкого, рекомендовано динамическое наблюдение. 10.2023 г. рецидив болей, КТ ОГК – отрицательная динамика. Анализ на $\alpha 1$ -антитрипсин = 1.24 г/л (норма). Проведен физикальный осмотр, выполнены лабораторные и инструментальные методы исследования, установлен диагноз: «Дисплазия соединительной ткани». Рекомендован отказ от занятий воркаутом. Рецидивов пневмотораксов не наблюдалось. Пациент №3 (28 лет). Хронические заболевания отрицает. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курение (ИК=4). В декабре 2018 г. впервые ощутил: боль в грудной клетке слева, одышку, госпитализирован: «Спонтанный пневмоторакс слева от 22.12.2018 г. Дренирование левой плевральной полости от 22.12.2018 г.» - I эпизод. Повторные госпитализации в январе (II эпизод слева) и апреле (I эпизод справа) 2019 г., в марте (III эпизод слева) и июле (IV эпизод слева) 2020 г. В 2019 г. биопсия левого легкого: пролиферативный макрофагальный плеврит (S5), пролиферативный гигантоклеточный плеврит (S1). Анализ на $\alpha 1$ -антитрипсин = 1.67 г/л (норма). По данным спирометрии отмечается отрицательная динамика. КТ ОГК от июня и декабря 2019 г.: выраженная буллезная эмфизема легких. КТ ОГК от 07.2020 г.: множественные буллы обоих легких; апикальный пневмоторакс слева, пневмоторакс справа. В 2020 г. повторная биопсия ткани легкого: лангергансоподобный гистиоцитоз; плеврит. Рекомендована трансплантация легких.

Заключение. Данные клинические случаи демонстрируют необходимость тщательного анализа возможных причин спонтанного пневмоторакса и определения тактики ведения в каждом конкретном случае.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гулова Ш.Г., Курникова И.А., Данилина Н.О., Мохаммед Х.Х.

РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, РФ

Актуальность. Вопрос о независимой связи ишемической болезни сердца (ИБС) с ожирением остается предметом дискуссий в научной среде. Ранняя диагностика сопутствующих поражений сердечно-сосудистой системы у пациентов с метаболическим синдромом (МС) позволяет не только улучшить прогноз для пациентов, но и значительно повысить качество их жизни, что подчеркивает важность данной проблемы в современном здравоохранении.

Цель. Цель исследования изучить и проанализировать взаимосвязь вариабельности сердечного ритма с развитием безболезненной ишемии миокарда у пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 97 пациентов со средним возрастом $52,1 \pm 5,9$ года, страдающих метаболическим синдромом (МС), которые были разделены на две группы. Первая группа ($n=57$) состояла из пациентов с МС, имеющих ишемическую болезнь сердца (ИБС), и включала 27 мужчин и 20 женщин. Вторая группа ($n=40$) состояла из пациентов с МС, среди которых было 20 мужчин и 20 женщин. Для всех участников исследования был собран анамнез, а также проведен физикальный осмотр, который включал оценку индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и соотношения ОТ/ОБ. Проведены лабораторные исследования (ХС, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, ИА) и проведена оценка вариабельности сердечного ритма (BCP) с помощью холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМЭКГ) с использованием аппарата Валента-8 (Санкт-Петербург, РФ). Оценивались показатели SDNN, ULF%, VLF%, LF%, HF%, LF\HF. Выполнена проба с велоэргометрическим комплексом компании Валента.

Результаты. Все пациенты наблюдались в течение 12 месяцев. При повторном визите среди пациентов с диагностированной ИБС 43,8% (25 пациентов) отметили увеличение жалоб кардиологического характера, что может указывать на возможное ухудшение течения заболевания. В результате выполнения ВЭМ у 22 (38,6%) пациентов было подтверждено снижение толерантности к физической нагрузке. В то же время у 3 (5,2%) пациентов проба оказалась отрицательной, что имеет важное значение для дальнейшей оценки рисков сердечно-сосудистых осложнений. Интересно, что 22 (38,6%) пациентов не сообщали о субъективных жалобах, однако у 4 (7,0%) из них были выявлены признаки ишемии миокарда в ходе ВЭМ. Анализ результатов ХМЭКГ показал наличие перенапряжения автономной нервной системы, выражающегося в гиперсимпатикотонии, подтвержденной снижением показателя SDNN в группе 1 ($87,9 \pm 3,2$ против $102 \pm 2,1$ в группе 2, $p < 0,05$). Для оценки связи с ИБС был определен ряд показателей, среди которых особое внимание уделялось стандартному отклонению нормализованных интервалов RR (SDNN), которое составило $r=0,41$, $p < 0,05$. В результате компьютерного моделирования с построением 3D-графика была разработана формула для расчета риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) на основе показателя SDNN (сек) $= 0,1582 - 0,0688 * 1,6 + 0,0017 * 27 = 0,093 \text{ сек} = 93 \text{ мс}$. Была проведена оценка чувствительности и специфичности показателей SDNN как прогностического фактора прогрессирования ИБС. Анализ проводился на массиве 97 пациентов на этапе динамического наблюдения. Чувствительность по оценке прогностического риска по показателю SDNN составила 0,85, а специфичность 0,81.

Заклячение. Таким образом, в рамках нашего исследования среди пациентов с метаболическим синдромом (МС) была подтверждена взаимосвязь между уровнем показателя SDNN и риском развития ишемической болезни сердца (ИБС). В данной конкретной группе было установлено, что снижение показателя SDNN до уровня 93 мс указывает на более высокий риск развития ИБС.

ПОЛИМОРФИЗМ Leu28Pro ГЕНА АРОЕ В ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И ПРОГНОЗ

Дадова М.С., Костенко В.А., Скородумова Е.А., Сиверина А.В., Скородумова Е.Г.
ГБУ НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, РФ

Актуальность. Ген АРОЕ кодирует аполиipoprotein E, который является ключевым компонентом липопротеинов низкой плотности. Полиморфизм Leu28Pro в гене АРОЕ изменяет структуру аполиipoproteина E, негативно влияя на липидный обмен.

Цель. Исследовать распределение полиморфизма Leu28Pro гена АРОЕ и его влияние на липидный профиль пациентов и клиническое течение нестабильной стенокардии (НС) в стационаре и через год наблюдения.

Материал и методы. Обследовано 352 пациента с НС, лечившихся в ГБУ НИИ СП им И.И. Джанелидзе с 2018 по 2023 года. Изучено клиническое течение, липидный профиль и отдаленный прогноз у 100 пациентов через 12 месяцев после выписки из стационара. Всем пациентам выполнено генетическое тестирование. Мужчин - 52%, женщин - 48%. Средний возраст мужчин $64,1 \pm 7,5$, женщин $70 \pm 7,0$. Выделено 2 группы: первая (I) - 74 пациента с гомозиготой (ТТ) гена АРОЕ, вторая (II) – 26 человек с гетерозиготой (ТС). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Генотип (СС) гена АРОЕ не был обнаружен.

Результаты. Уровень общего холестерина (ОХ) и липопротеины низкой плотности (ЛПНП) в крови у пациентов с гетерозиготным генотипом (ТС) были статистически выше по сравнению с I (ТТ) группой: (II - ОХ $5,1 \pm 1,1$ ммоль/л и ЛПНП $3,2 \pm 0,9$ ммоль/л; I - ОХ $4,5 \pm 1,4$ ммоль/л, ЛПНП $2,9 \pm 1,2$ ммоль/л), $p < 0,05$. Атеросклероз брахиоцефальных артерий (БЦА) и/или сосудов нижних конечностей (ОАСНК) достоверно чаще встречался во II группе 42,3% (n=10), чем в I выборке 37,8% (n=14), $p < 0,05$. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в анамнезе была диагностирована: в I группе 27% (n=10), во II - 61,5% (n=8), $p < 0,05$. Коронароангиография (КАГ) выполнена всем больным (100%). Многососудистое поражение коронарных артерий статистически чаще выявлялось во II группе 69,2% (n=9), против 29,7% (n=11), $p < 0,05$. Полная реваскуляризация по данным КАГ в целом составляла 29,7%. Через 12 месяцев после выписки из стационара повторный острый коронарный синдром (ОКС) в 1,8 раз чаще развивался у пациентов II группы - 69,2% (n=9), по сравнению с I - 37,8% (n=14), $p < 0,05$.

Заключение. 1. В популяции пациентов с НС варианты гена АРОЕ распределены следующим образом: ТС=26%, ТТ=74%, СС не выявлено.

2. У пациентов с НС и гетерозиготой ТС выявлены повышенные уровни ОХ и ЛПНП, признаки мультифокального атеросклероза (БЦА и ОАСНК), многососудистое поражение коронарных артерий.

3. В отдаленном периоде у лиц с генотипом ТС гена АРОЕ статистически чаще наблюдались повторные госпитализации по поводу ОКС.

ВКЛАД ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, РФ

Актуальность. В условиях роста распространенности метаболических нарушений изучение роли инсулинорезистентности (ИР) в развитии кардиоваскулярных осложнений приобретает особую значимость.

Цель. Изучить патогенетический вклад инсулинорезистентности в формирование ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением, сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Включено 320 пациентов с АГ II-III стадий и хронической болезнью почек С1-С3б А1-А3 стадий в возрасте 45-70 лет: 1 группа - 102 пациента с АГ без ожирения и СД 2 типа, 2 – 90 пациента с АГ и ожирением, 3 – 96 пациента с АГ в сочетании с ожирением и СД 2 типа, 4 – 32 пациента с АГ и СД 2 типа без ожирения. Группы сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Проводили клиническое обследование, определяли структурные параметры сердца, концентрацию инсулина, рассчитывали индексы, характеризующие инсулинорезистентность. Использовали непараметрические методы статистического анализа, множественный регрессионный, пошаговый линейный дискриминантный и канонический анализы. Данные представлены в виде $Me [Q25; Q75]$, где Me - медиана, $Q25$ и $Q75$ – 25 и 75 процентиля соответственно. Протокол одобрения Регионального Этического комитета № 192–2014 от 11.03.2014 г.

Результаты. Величина индекса массы миокарда левого желудочка статистически значимо выше в группе больных АГ, ожирением и СД 2 типа по сравнению с группой лиц «изолированной» АГ ($107,5 [92,5; 125,6]$ vs $96,0 [85,1; 106,1]$ г/м² соответственно). Процент лиц с гипертрофией ЛЖ достоверно выше во 2, 3 и 4 группах по сравнению с 1 группой, а также в 3 группе в сравнении со 2 и 4.

Пошаговый дискриминантный анализ выявил, что рост индекса массы тела у больных с АГ ± СД 2 типа сопровождался увеличением метаболического индекса, соотношения триглицеридов к холестерину липопротеидов высокой плотности. Канонический анализ показал, что повышение медианных значений функции «Инсулинорезистентность» во всех группах лиц сопряжено с ухудшением медианных значений функции «Кардио».

Заключение. *Полученные данные демонстрируют особенности геометрии ЛЖ при присоединении к АГ ожирения и/или СД 2 типа, а также патогенетическую роль инсулинорезистентности в формировании ремоделирования миокарда ЛЖ у больных АГ в сочетании с ожирением, СД 2 типа.*

ЗАБЛУЖДЕНИЯ И МИФЫ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ

Деревянченко М.В., Макаров Л.А.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, РФ

Beijing Information Technology College (Пекинский информационный технологический колледж), Пекин, Китай

Актуальность. В современной медицине пациенту очень легко получить информацию из интернета, в том числе в вопросах профилактики и лечения дислипидемий. Необходимо проанализировать осведомленность по текущему вопросу.

Цель. Изучить анализ научной литературы, а также результаты поисковых запросов искусственного интеллекта на тему: «Заблуждения и мифы в вопросах профилактики и лечения дислипидемий».

Материал и методы. Проведен анализ научной литературы, а также результаты поисковых запросов искусственного интеллекта на тему: «Заблуждения и мифы в вопросах профилактики и лечения дислипидемий».

Результаты. Миф 1. Дислипидемия встречается только у пожилых. Реальность: Дислипидемия может развиваться в любом возрасте, даже у детей.

Миф 2. Дислипидемия не опасна, если нет симптомов.

Реальность: дислипидемия часто протекает бессимптомно, но это не значит, что она не опасна. Повышенный уровень холестерина годами повреждает сосуды, что может привести к инфаркту миокарда, инсульту и другим осложнениям.

Миф 3. Нужно полностью исключить жир из рациона.

Реальность: Не все жиры вредны. Насыщенные и трансжиры действительно повышают уровень «вредного» холестерина, но ненасыщенные жиры (оливковое масло, авокадо, жирная рыба) полезны для сердца.

Миф 4. Диета важнее лекарств.

Реальность: Диета и лекарственная терапия – взаимодополняющие методы лечения. Часто изменение образа жизни недостаточно для нормализации уровня липидов, и необходим прием лекарственных препаратов.

Миф 5. Народные средства эффективны для лечения дислипидемии.

Реальность: Некоторые народные средства могут оказывать незначительный эффект, но нет научных доказательств их эффективности. Лечение дислипидемии должно проводиться под контролем врача.

Миф 6. Статины – это панацея от дислипидемии.

Реальность: Статины – наиболее изученные и эффективные препараты, снижающие уровень холестерина, но они не панацея. Их прием должен сочетаться с изменением образа жизни и диеты.

Заключение. Проведенный анализ мифов и заблуждений требует от врачей интенсификации просветительской деятельности в вопросах профилактики и лечения дислипидемий.

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, РФ

Актуальность. Рост распространенности артериальной гипертензии (АГ), ожирения и сахарного диабета 2 типа (СД2) определяет необходимость изучения их коморбидного влияния на почки. Инсулинорезистентность (ИР), как ключевое звено метаболических нарушений, может играть решающую роль в прогрессировании почечной дисфункции, однако ее вклад в структурно-функциональные изменения почек при разных сочетаниях этих заболеваний требует уточнения. Исследование патогенетической роли ИР важно для разработки стратегий ранней профилактики и персонализированного лечения нефропатий у данной категории пациентов.

Цель. Изучить патогенетический вклад инсулинорезистентности в нарушении структурно-функциональных параметров почек у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением, сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Включено 320 пациентов с АГ II-III стадий и хронической болезнью почек С1-С3б А1-А3 стадий в возрасте 45-70 лет: 1 группа - 102 пациента с АГ без ожирения и СД 2 типа, 2 – 90 пациента с АГ и ожирением, 3 – 96 пациента с АГ в сочетании с ожирением и СД 2 типа, 4 – 32 пациента с АГ и СД 2 типа без ожирения. Группы сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Проводили клиническое обследование, определяли структурные и функциональные параметры почек, концентрацию инсулина, рассчитывали индексы, характеризующие инсулинорезистентность. Использовали непараметрические методы статистического анализа, множественный регрессионный, пошаговый линейный дискриминантный и канонический анализы. Данные представлены в виде Me [Q25; Q75], где Me - медиана, Q25 и Q75 – 25 и 75 процентиля соответственно. Протокол одобрения Регионального Этического комитета № 192-2014 от 11.03.2014 г.

Результаты. Толщина почек статистически значимо выше в группе больных АГ, ожирением и АГ, ожирением и СД 2 типа по сравнению с группой лиц «изолированной» АГ ([53,0 [50,0; 54,5] и 53,0 [50,0; 58,0] vs 46,5 [44,3; 50,0] мм соответственно). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) статистически значимо более выражено снижена у больных 3 группы в сравнении с лицами 1 и 2 групп (62,5 [54,8; 70,3] vs 70,0 [62,8; 88,0] и 70,6 [60,0; 86,0] мл/мин/1,73 м² соответственно). По мере присоединения к АГ ожирения и СД 2 типа выявлен выраженный рост альбуминурии (АУ/Кр. в утренней порции мочи) - различия достигли уровня статистической значимости между 1 и 3 (21,3 [7,2; 64,6] vs 223,4 [99,4; 318,2]), 1 и 4 (21,3 [7,2; 64,6] vs 217,9 [88,9; 397,4]), а также 2 и 3 (53,2 [13,0; 131,3] vs 223,4 [99,4; 318,2]), 2 и 4 (53,2 [13,0; 131,3] vs 217,9 [88,9; 397,4]) группами.

Заключение. Полученные данные демонстрируют особенности структурно-функциональных параметров почек при присоединении к АГ ожирения и/или СД 2 типа, а также патогенетическую роль инсулинорезистентности в их нарушении у больных АГ в сочетании с ожирением, СД 2 типа.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПРЕДИКТОРЫ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ С УЧЕТОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Джауари М.С., Жилиев Е.В., Клименко А.А.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Актуальность. При ревматоидном артрите (РА) развивается снижение прочности кости и связанное с ним увеличение риска переломов при незначительной травме [Wysham KD et al., 2021]. Эти пациенты в 1,6 раз чаще переносят хрупкие переломы, чем общая популяция, что является одним из факторов повышенной смертности [Jin S et al., 2018; Kwon HY et al., 2019]. Болезнь-специфичные механизмы снижения костной прочности до конца не изучены.

Цель. Изучение предикторов низкоэнергетических переломов (НЭП) у пациентов с РА.

Материал и методы. Проведено клиническое исследование по типу «случай-контроль», включившее 87 пациентов с установленным диагнозом РА, получающих терапию генно-инженерными биологическими препаратами или таргетными синтетическими базисными противовоспалительными препаратами. В основную группу вошли пациенты, перенесшие НЭП после установления диагноза РА. В контрольную – пациенты, сопоставленные по возрасту (± 5 лет), полу, дозе принимаемых на момент последнего завершеного визита глюкокортикоидов. Изучался период от начала заболевания до наступления события (НЭП) в основной группе, и тот же по продолжительности – у сопоставленных контрольных пациентов. Производился осмотр, сбор анамнеза, в том числе принимаемой терапии РА и остеопороза.

Результаты. Однофакторную связь с фактом перелома показали: ИМТ, вес, семейное положение, характер начала заболевания (острое или постепенное), припухлость суставов кистей, боль в грудном отделе позвоночника в дебюте заболевания, боль в области крестца в течение заболевания. Прямым пошаговым отбором переменных в рамках линейно-логистической модели выделены значимо и взаимонезависимо связанные с риском НЭП показатели: семейное положение (замужние/женатые) (ОШ 18,4; 95% ДИ 2,99-112,65, $p=0,002$), острое начало заболевания (ОШ 0,213; 95% ДИ 0,056-0,804, $p=0,023$), припухлость суставов кистей в дебюте заболевания (ОШ 0,198; 95% ДИ 0,047-0,829, $p=0,027$), низкий вес (ОШ 0,914; 95% ДИ 0,852-0,980, $p=0,011$). При оценке длительности приема лекарственных препаратов в полученной модели связь со снижением риска показали прием лефлуномида (ОШ 0,75; 95% ДИ 0,59–0,95, $p=0,015$) и этанерцепта (ОШ 0,42; 95% ДИ 0,19–0,93, $p=0,031$).

Заключение. В качестве значимых взаимозависимых предикторов оценки риска НЭП у пациентов с РА, получающих таргетную терапию, должны учитываться вес, вариант начала заболевания, припухлость суставов кистей в дебюте заболевания, семейное положение. Выявлена связь приема лефлуномида и этанерцепта со снижением риска НЭП.

СТАДИЯ А КАРДИОГЕННОГО ШОКА В КЛАССИФИКАЦИИ SCAI: ОГРАНИЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ

Диль С.В., Керчева М.А., Рябов В.В.

Томский НИМЦ, Томск, РФ

Актуальность. Кардиогенный шок (КШ) остаётся одной из наиболее значимых проблем неотложной кардиологии, сопряжённой с высокой летальностью, которая может достигать 60–70%. Раннее распознавание и профилактика его развития имеют решающее значение, так как предотвращение шока не только улучшает прогноз, но и существенно снижает затраты на лечение по сравнению с терапией уже развившегося шока.

Цель. Выявить ограничения существующих подходов к стратификации риска, выявить возможные предикторы прогрессирования шока, а также предложить пути оптимизации его диагностики и терапии.

Материал и методы. Был проведен систематический обзор литературы. Поиск литературы проведён в базе PubMed (2019–2025 гг.) с использованием ключевых слов «cardiogenic shock» и «SCAI». Из 508 публикаций после удаления дубликатов и двухэтапного скрининга (названия/аннотации → полные тексты) отобрано 31 исследование.

Результаты. Анализ выявил существенные ограничения стратификации риска развития КШ (Стадия А). Установлена значительная клиническая гетерогенность данной стадии: критерии «обширного инфаркта» варьировали между исследованиями (уровень тропонина, локализация поражения). Это приводит к включению в данную категорию пациентов с диаметрально противоположным риском — от минимального до критического, что ограничивает возможность превентивного вмешательства. Ключевой проблемой является отсутствие специфических маркеров, позволяющих выделить пациентов с истинным риском прогрессирования шока. Перспективным направлением является интеграция методов визуализации и биомаркеров воспаления в алгоритмы диагностики КШ, что подтверждается текущими исследованиями. Динамическая переоценка состояния пациентов — ещё один важный аспект, который подчеркивает необходимость непрерывного мониторинга лактата, гемодинамики и маркеров органной перфузии.

Заключение. Стадия А по SCAI, несмотря на свою концептуальную ценность, демонстрирует ограниченную прогностическую специфичность в отношении развития КШ, что связано с гетерогенностью критериев отнесения пациентов к данной категории.

Для преодоления этих ограничений важным становится внедрение мультиплексной лабораторно-инструментальной панели, интегрирующей не только классические маркеры (тропонин I, лактат), но и маркеры системного воспаления (ИЛ-6, СРБ) в сочетании с визуализацией микрососудистого русла. Такой подход позволит выделить подгруппы высокого риска, где превентивная МПК может снизить летальность на, минимизируя риски ятрогенных осложнений за счет таргетированного отбора. Данные направления требуют подтверждения в проспективных многоцентровых исследованиях.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКОТИАМИДА И ДЕКСЛАНСОПРАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дорошенко Т.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Поиск новых эффективных комбинаций лекарственных средств в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц пожилого возраста является важной и актуальной задачей современной гастроэнтерологии и гериатрии.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения акотиамида и декслансопразола в комплексном лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 20 пациентов с верифицированным диагнозом - ГЭРБ, неэрозивный рефлюкс-эзофагит, средний возраст пациентов составил $71 \pm 4,8$ лет. Пациенты принимали акотиамид в дозе 100 мг внутрь три раза в сутки перед едой и декслансопразол 30 мг 1 раз в сутки вне зависимости от приема пищи в течение 4 недель.

Всем пациентам до и после исследования выполняли клинический анализ крови, биохимический анализ крови (креатинин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГТП), общий анализ мочи, ЭГДС. Эффективность лечения оценивалась по 7-балльной шкале Лайкерта, в качестве дополнительных критериев использовали - полный регресс или облегчение симптомов ГЭРБ, уровень качества жизни по данным опросника SF-36 и визуальной аналоговой шкале ВАШ.

Результаты. На фоне проводимой четырехнедельной комбинированной терапии акотиамидом и декслансопразолом зафиксировали уменьшение частоты и интенсивности изжоги на 1,5 и более баллов к $8 \pm 0,76$ дню лечения у всех пациентов, были полностью купированы симптомы ГЭРБ у 85% лиц пожилого возраста к $12 \pm 2,2$ дню комбинированной терапии. У 3 испытуемых (15%) симптомы ГЭРБ были купированы только к 4 недели лечения. Динамика самочувствия по ВАШ до лечения составила $6,2 \pm 0,46$ см, после четырехнедельной терапии – $8,5 \pm 0,21$ см. Оценка уровня качества жизни по данным опросника SF-36 свидетельствует о позитивных изменениях показателей физического и психологического компонентов здоровья. Зарегистрированы достоверные улучшения следующих показателей физического компонента здоровья: ролевое функционирование, общее состояние здоровья. Среди показателей психологического компонента здоровья достоверно улучшились жизненная активность, социальное функционирование, психическое здоровье. За все время лечения у пациентов пожилого возраста не было зарегистрировано никаких побочных эффектов, препараты хорошо переносились.

Заключение. Результаты проведенного нами клинического исследования позволяют сделать вывод, что комбинация акотиамида и декслансопразола является эффективным и безопасным средством для лечения неэрозивной формы ГЭРБ у лиц пожилого возраста.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПЕРИКАРДИТ: ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ ЭТИОЛОГИИ, НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Дроздова М.Н.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Введение. Рецидивирующий перикардит (РП) - вариант течения воспалительного заболевания перикарда, когда после острого перикардита с интервалом 4–6 недель и более возникает рецидив. В настоящее время РП относят к аутовоспалительным орфанным заболеваниям.

Описание случая. В Больницу Центросоюза 09.04.2024 г. госпитализирован пациент с жалобами на повышение температуры до 38,5 °С, боли в грудной клетке, усиливающиеся в горизонтальном положении, одышку при умеренной физической нагрузке. Вышеуказанные жалобы возникли впервые в марте 2024 г. При осмотре: аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах слева, приглушенные тоны сердца. По данным лабораторной диагностики: повышение уровня маркеров воспаления СОЭ-67 мм/ч, лейкоциты 10.7 тыс/мкл, С-реактивный белок (СРБ) 158.8 мг/л. По ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 91 уд/мин, ЭОС – отклонение влево. Депрессия сегмента ST V1-V4, отрицательный зубец Т в V2-V4. По данным КТ органов грудной клетки (ОГК): левосторонний малый гидроторакс, гидроперикард. По данным ЭХОКГ: выпот в полости перикарда, 18 мм за правым предсердием, за задней стенкой левого желудочка 8–9 мм. Поиск этиологии перикардита (иммуноблот на системные заболевания, вирусные инфекции, диаскин-тест) не дал результатов. Согласно критериям диагностики установлен диагноз Острого идиопатического перикардита, назначена терапия первой линии – ибупрофен, колхицин для снижения риска рецидива. Пациент выписан 20.04.2024 г. с рекомендациями: ибупрофен 600 мг каждые 8 часов 4 недели, затем снижение на 200 мг каждую неделю до полной отмены, колхицин 0,5 мг 2 р/д 6 месяцев. Однако на фоне улучшения состояния пациент прекратил прием колхицина через 4 месяца. 13.11.2024 г. вновь возникли с жалобы на боль в грудной клетке, нарастание одышки. Самостоятельно начал прием ибупрофена, колхицина. По данным диагностики: СРБ - 43,9 мг/л, ЭХОКГ- выпот в полости перикарда за правым желудочком 12 мм. Перикардит возник после разрешения первого эпизода, наличия бессимптомного периода более 6 недель, что дает возможность диагностировать Идиопатический рецидивирующий перикардит (ИРП). Так как пациент самостоятельно возобновил прием назначенной ранее терапии до обращения в клинику, принято решение продолжить данную терапию в течение 6 месяцев. При возникновении второго рецидива необходимо рассмотреть возможность назначения патогенетической терапии блокатором интерлейкина-1 (ИЛ-1) гофликицептом, доказавшего эффективность в рандомизированных клинических исследованиях.

Заключение. В большинстве случаев этиология перикардита остается неизвестной, что дает основание констатировать ИРП. В связи с появлением зарегистрированного в России, эффективного блокатора ИЛ-1 необходим новый подход к терапии ИРП для снижения частоты рецидивов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПОПИТУИТАРИЗМА, РАЗВИВШЕГОСЯ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Евлосева М.Х., Павлова М.Г.

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

Введение. Герминативно-клеточные опухоли (ГКО) — редкие новообразования ЦНС из плюрипотентных зародышевых клеток, часто локализующиеся в хиазмально-селлярной области (ХСО) и сопровождающаяся высоким риском развития гипопитуитаризма. ГКО хиазмально-селлярной области часто манифестируют эндокринной дисфункцией, нарушением зрения и гидроцефалией.

Цель. Описание клинического случая пангипопитуитаризма в исходе лучевой терапии ГКО ХСО.

Описание случая. Пациент, 24 года, поступил с жалобами на эмоциональную лабильность, слабость, утомляемость.

В возрасте 15 лет отметил на полиурию, полидипсию. Выявлена гипоизостенурия (плотность мочи 1005 в каждой порции), диагностирован центральный несахарный диабет, назначен десмопрессин 120 в сутки. На МРТ головного мозга (ГМ) в 16 лет — без изменений.

Онкомаркеры (АФП, β -ХГЧ) не повышены.

На МРТ ЦНС в 17 лет выявлены образования ХСО 16x10x14 мм и эпифиза 10x11x9 мм, накапливающее контрастное вещество (КВ), метастаз в спинном мозге (СМ) на уровне Th 9–10 позвонков. Получил краниоспинальное облучение (КСО) СОД 24 Гр, буст на область опухоли и метастазов до СОД 40 Гр. Полихимиотерапия не проводилась. На момент обследования — ремиссия 84 месяца.

Вторичный гипотиреоз выявлен в 17 лет на основании снижения уровня св. Т4 (0,53 пмоль/л). Получал 100 мкг левотироксина, на фоне которого св. Т4 14,2 пмоль/л. Доза увеличена до 125 мкг.

Вторичный гипокортицизм выявлен в 17 лет на основании сниженного исходного уровня кортизола - 27,95 нмоль/л. Получал гидрокортизон 25 мг/сутки, состояние стабильное. Обращает на себя внимание высокая суточная потребность в гидрокортизоне, доза препарата уменьшена до 20 мг/сутки.

С 17 лет отмечается снижение ИФР-1 до 104 нг/мл (141–483), характерные для соматотропной недостаточности. Терапия препаратами гормона роста в ростовых и метаболических дозах не назначалась.

Вторичный гипогонадизм, азооспермия выявлена в 18 лет. Получал ХГЧ 1000 МЕ 2 р/неделю, на фоне терапии общий тестостерон 6,9 нмоль/л. Доза увеличена до 1000 МЕ через день. Увеличена частота инъекций до 3 р/неделю.

По поводу несахарного диабета получает десмопрессин по 30 мкг 2 р/д. Плотность мочи при обследовании в 24 года - 1003, увеличена доза до 120 мкг 3р/д.

Результаты первичного осмотра в отделении:

Рост 181 см. Вес 93,0 кг. ИМТ 28,3 кг/м². ОТ 103 см.

Заключение. 1. ГКО с локализацией в ХСО и облучение области гипофиза приводят к развитию пангипопитуитаризма.

2. Пациенту требуется постоянная пожизненная заместительная терапия, динамическое наблюдение, междисциплинарный подход.

ВЛИЯНИЕ ПОДАГРЫ И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Егорова М.Д., Воловатова И.Н.

ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Бессимптомная гиперурикемия является фактором риска развития подагры и также представляет огромный интерес вследствие сохранения повышенной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, однако часто остается незамеченной пациентами.

Цель. Изучить распространенность сердечно-сосудистой патологии, оценить степень контроля уровня мочевой кислоты у пациентов с подагрой и бессимптомной гиперурикемией.

Материал и методы. Были изучены электронные карты пациентов, обратившихся в Ревмоцентр ГБУЗ НО «ГКБ №5» г. Нижнего Новгорода.

Результаты. Нами проанализированы данные 48 пациентов, средний возраст которых составил 60,4 ($\sigma=12,4$) лет, среди них 31 лица мужского пола, 17 - женского, что составило 65% и 35% соответственно. Среди проведенного нами анализа данных, выявлено 9 пациентов с бессимптомной гиперурикемией, у 24 пациентов верифицирована подагра интермиттирующего течения, хронический тофусный вариант выявлен у 15 пациентов.

Средний уровень мочевой кислоты по всем группам до начала терапии составлял 459 (МКИ 400,5-563,25) мкмоль/л. Средний уровень мочевой кислоты на фоне терапии аллопуринолом составил 361 (МКИ 342-387,5) мкмоль/л. Средний уровень мочевой кислоты на фоне приема фебуксостата составил 332 (МКИ 317,5-348,5) мкмоль/л ($p=0,2836$). В группе пациентов с бессимптомной гиперурикемией всем пациентам был назначен аллопуринол, на фоне лечения средний уровень мочевой кислоты составлял 327 (МКИ 287-360) мкмоль/л.

В группе с интермиттирующим течением подагры терапия аллопуринолом была назначена 15 пациентам, на фоне лечения - средний уровень мочевой кислоты составил 371,5 (МКИ 345,2-394,8) мкмоль/л, фебуксостатом – 9 пациентам со средним уровнем мочевой кислоты – 301 (МКИ 283,5-310) мкмоль/л ($p=0,3969$). В группе пациентов с хронической тофусной подагрой терапия аллопуринолом была назначена 8 пациентам, на фоне терапии - средний уровень мочевой кислоты составил 390 (МКИ 374-416) мкмоль/л, фебуксостатом – 7 пациентам со средним уровнем мочевой кислоты – 357 (МКИ 331-370) мкмоль/л ($p=0,29$).

Среди выявленных сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с бессимптомной гиперурикемией выявлены гипертоническая болезнь - 45%, ОНМК – 9%, ИБС: стабильная стенокардия напряжения – 19%, ПИКС – 9%, нарушения ритма по типу пароксизмальной формы ФП – 9% и нарушение проводимости – АВ блокада 2 степени – 9%.

У пациентов с интермиттирующим течением – ГБ – 63%, встречается в 1,31 раз чаще, чем при интермиттирующей стадии ($p=0,191$) и в 1,14 раз чаще, чем при хронической тофусной подагре ($p=0,123$). ПИКС – 3%, ИБС: стенокардия напряжения – 16%, ХСН – 6%, стеноз аортального клапана – 3%, постоянная форма ФП – 9%.

Хроническая тофусная подагра – ГБ – 56%, ИБС: стенокардия напряжения – 22%, ПИКС – 5%, постоянная форма ФП – 11%, ХСН – 5%.

Заключение. Несмотря на то, что БГУ является доклинической стадией подагры, уже на данном этапе выявлены сердечно-сосудистые заболевания у пациентов, что предполагает своевременное назначение уратснижающей терапии как с целью предотвращения развития подагрического артрита, так и для снижения сердечно-сосудистого риска. В ходе нашего исследования применение фебуксостата оказалось более эффективным в отношении снижения уровня МК в крови.

КАТАСТРОФИЧЕСКИЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ У 38-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ С ЭНДОКАРДИТОМ ЛИБМАНА-САКСА, МНОЖЕСТВЕННЫМИ ТРОМБОЗАМИ И ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ершов А.С., Варданян А.Г.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Введение. Катастрофический антифосфолипидный синдром (КАФС) является наиболее тяжелой формой антифосфолипидного синдрома (АФС), проявляется множественными тромбозами жизненно важных органов и развитием полиорганной недостаточности на фоне высокого титра антифосфолипидных антител (АФА). Хотя КАФС развивается менее чем у 1% всех пациентов с АФС, он является жизнеугрожающим состоянием и требует неотложной терапии. Летальность при КАФС достигает 50%. Таким образом, КАФС представляет на сегодняшний день серьезную общемедицинскую проблему. Данный клинический случай описывает необычный вариант течения КАФС с подострым эндокардитом Либмана-Сакса, множественными тромбозами, полиорганной недостаточностью, обозначает ключевые диагностические и терапевтические вызовы при ведении пациентов с КАФС.

Описание случая. Пациентка А., 38 лет, переведена санитарной авиацией из Челябинской ОКБ в ОРИТ для кардиологических больных НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского 30.01.2025 г. с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, слабость, отеки. В августе 2024 года – 5-е самостоятельные роды двойней, после которых на фоне 2-х перенесённых ОРВИ и COVID-19 развился поствирусный миокардит с последующей дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и ХСН со сниженной ФВ (23%). В декабре 2024 года диагностированы сахарный диабет 2 типа, ТЭЛА, инфарктная пневмония, множественные венозные тромбозы, обширный некроз передней брюшной стенки, поражение печени в виде явлений гипокоагуляции (МНО 12), гипопротеинемии, гипоальбуминемии, гипербилирубинемии (350 мкмоль/л). В январе 2025 года, несмотря на проводимую интенсивную антикоагулянтную (гепарин, фондапаринукс), антибиотикотерапию (меропенем, полимиксин, амоксициллин/клавуланат), наблюдалась отрицательная динамика в виде повышения СРБ, лейкоцитоза ($25 \times 10^9/\text{л}$), прогрессирования печеночной недостаточности, появления новых тромбозов, что потребовало перевода пациентки в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского для расширенной диагностики и специализированного лечения. При поступлении состояние пациентки расценивалось как тяжёлое, лабораторно были выявлены анемия (Hb 81 г/л), ретикулоцитоз (9,2%), гипофибриногенемия (1,4 г/л), нестабильность МНО (1,48–2,26), снижение анти-Ха-активности (до 0,08 МЕ/мл), дефицит антитромбина III (46%), антитромбоцитарные антитела IgG. Инструментально выявлены ДКМП с ФВ 26%, недостаточность МК и ТК III степени, отсутствие вегетаций на клапанах сердца, признаки застойной пневмонии, гидроторакс, тромбозы общей подвздошной вены, нижней полой вены, наружной и внутренней яремной вены. По данным биопсии миокарда – подострый миоэндокардит с пристеночным нефлотирующим тромбом в полости ЛЖ. В посевах крови выявлены *Klebsiella pneumoniae* и *Staph Coagulase Negative Gro*. С учётом септического состояния операция трансплантации сердца не представлялась возможной. Также были выявлены антитела к кардиолипину (IgM 12,27 МЕ/мл), с учётом отсутствия волчаночного антикоагулянта и антител к $\beta 2$ -гликопротеину I ревматологом был верифицирован диагноз катастрофического антифосфолипидного синдрома. Динамика состояния пациентки оценивалась на фоне антикоагулянтной (гепарин с переходом на фондапаринукс 5 мг/сутки в связи с развитием ГИТ), антибактериальной (меропенем + амикацин), иммуносупрессивной (метилпреднизолон) и плазмообменной (удаление 2,5 л плазмы с заменой на СЗП и альбумин) терапии. На фоне лечения отмечалось снижение воспалительных маркеров (СРБ с 10,7 до 5,5 мг/л, прокальцитонина с 0,25 до 0,09 нг/мл), рост

уровня альбумина крови (25 → 37,63 г/л) и эффективности антикоагулянтной терапии (анти-Ха-активность до 0,40 МЕ/мл), однако сохранялись нестабильность показателей коагулограммы (фибриноген на уровне 1,4 г/л), явления дыхательной и сердечной недостаточности. Пациентка была переведена в ревматологическое отделение ГКБ №52 для дальнейшего лечения.

Заключение. Катастрофический антифосфолипидный синдром, осложнённый подострым миоэндокардитом Либмана-Сакса и множественными тромбозами, представляет собой сложное и редкое заболевание, требующее комплексного подхода в диагностике и лечении. В данном случае сочетание аутоиммунной гиперкоагуляции, выраженной сердечной недостаточности и тяжёлых инфекционных осложнений потребовало применения высокоэффективных терапевтических стратегий, включая антикоагулянтную, иммуносупрессивную, антибактериальную терапию и плазмообмен. Несмотря на интенсивное лечение, у пациентки сохранялись признаки прогрессирующей полиорганной недостаточности, что подчёркивает сложность и высокие риски ведения таких пациентов. Таким образом, несмотря на проводимую комплексную интенсивную терапию, улучшение отдельных показателей не привело к полной стабилизации состояния пациентки, что подтверждает необходимость дальнейшего поиска более эффективных методов лечения, в том числе агрессивной иммуносупрессии (ингибиторы IL-6, ритуксимаб), пересмотра тактики антикоагулянтной терапии и совершенствования методов контроля инфекционного процесса при катастрофическом антифосфолипидном синдроме с полиорганной недостаточностью. Данный клинический случай также является стимулом для дальнейших исследований патогенеза и рациональной терапии нарушений коагуляции при различных аутоиммунных состояниях, подтверждает значимость мультидисциплинарного подхода для оптимизации лечебной тактики у данной категории пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ВКЛАДА ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК В РАСЧЕТНУЮ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ефремова Е.В., Шутов А.М., Кузнецова Т.С.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, РФ

Актуальность. Возраст является независимым немодифицируемым фактором риска развития и прогрессирования хронической болезни почек (ХБП). Расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) не позволяет определить вклад патологии в рСКФ, так как показатель включает и возрастное снижение функции почек.

Цель. Оценить возможности оценки вклада патологии почек в расчетную скорость клубочковой фильтрации у пациентов старшей возрастной группы.

Материал и методы. Обследовано 472 пациента (241 женщина и 231 мужчина, средний возраст $69,6 \pm 7,3$ лет) со стабильной сердечно-сосудистой патологией пожилого и старческого возраста. ХБП наблюдалась у 302 (63,9 %) пациентов пожилого и старческого возраста. Расчетную скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) определяли, используя уравнение СКД-EPI (модификация 2011). Вклад патологии почек (ВПП) в рСКФ рассчитывали по разнице между «реальной» рСКФ (рассчитанной по формуле СКД-EPI, 2011 на основании «реального» креатинина сыворотки) и прогнозируемой для данного возраста и пола рСКФ (патент № RU 2723748 C1). Срок наблюдения составил 12 месяцев. В качестве первичной конечной точки оценивалась общая смертность.

Результаты. ВПП в рСКФ у пациентов пожилого и старческого возраста составил 26,3 (14,9;35,7) %, увеличиваясь с тяжестью ХБП. ВПП в рСКФ у пациентов пожилого и старческого возраста с ХБП не различался в зависимости от пола и возраста ($p > 0,05$). Модифицированный индекс коморбидности Чарлсон был более высоким у пациентов с ХБП с ВПП в рСКФ более 43,3% по сравнению с пациентами с ВПП в рСКФ менее 43,3 ($p = 0,004$). ВПП в рСКФ более 43,3% ассоциировался с риском смерти в течение года у пациентов с ХБП (ОР 4,7; 95% ДИ 1,99–10,9; $p < 0,0001$). При оценке прогностического значения ВПП в рСКФ независимо от наличия ХБП установлено, что увеличение ВПП в рСКФ более 17,9% ассоциировано с риском смерти в течение года у пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной сердечно-сосудистой патологией (ОР 2,47; 95% ДИ 1,31–4,67; $p = 0,004$).

Заключение. ВПП в рСКФ у пациентов пожилого и старческого возраста с ХБП и стабильной сердечно-сосудистой коморбидностью увеличивается с тяжестью ХБП и не зависит от пола и возраста. У пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной сердечно-сосудистой патологией ВПП в рСКФ имеет прогностические преимущества при оценке годовой летальности по сравнению с оценкой рСКФ по формуле СКД EPI (2011).

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СКРИНИНГУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Жарова М.Е., Абдурахманов Р.Р., Шепель Р.Н., Драпкина О.М.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Скрининг — это предположительная идентификация невыявленной болезни или дефекта путем использования тестов, анализов или других процедур, которые можно применить быстро. Целью скрининга является идентификация лиц с повышенным риском для раннего лечения и улучшения исходов. Важно отличать скрининг от ранней диагностики, применяемой к пациентам с симптомами. Популяционный скрининг, например, колоректального рака, должен соответствовать принципам целесообразности, установленным Wilson и Jungner и поддерживаемым ВОЗ. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место по распространенности в мире, составляя около 10% всех онкологических заболеваний, с высокой смертностью. В России наблюдается умеренный рост заболеваемости КРР, связываемый с улучшением диагностики, в том числе благодаря диспансеризации. Количество случаев КРР, выявленных при диспансеризации, значительно увеличилось в период с 2021 по 2024 годы (с 2915 до 9158 случаев). Эффективность лечения КРР напрямую зависит от стадии выявления, однако значительная доля случаев в РФ диагностируется на поздних стадиях. Международный опыт показывает снижение заболеваемости и смертности от КРР в странах с развитыми программами скрининга. В РФ доля активного выявления КРР пока не достигает мировых показателей: 16,7% (С18) и 21,1% (С19-21) в 2023 году против 30% в отдельных странах Запада. Необходимо совершенствовать скрининг КРР, в частности, в рамках диспансеризации населения старше 40 лет, для своевременного выявления лиц с высоким риском и предраковыми состояниями. Организационное и методическое улучшение популяционного скрининга КРР является ключевым для снижения заболеваемости и смертности от этого заболевания в РФ.

Цель. Ознакомить врачей первичного звена: врачей терапевтов и врачей общей практики с методическими рекомендациями по скринингу колоректального рака.

Материал и методы. На основании мировых и отечественных клинических рекомендаций, исследований разработаны методические рекомендации по скринингу колоректального рака.

Результаты. Группой экспертов (терапевты, гастроэнтерологи, эндоскописты, онкологи, организаторы здравоохранения) разработаны методические рекомендации по скринингу колоректального рака. Основная часть книги состоит из нескольких глав, подробно рассматривающих различные аспекты скрининга колоректального рака.

Глава I посвящена эпидемиологии злокачественных новообразований толстой кишки и патогенетическим основам скрининга колоректального рака, включая определение заболевания, эпидемиологию, классификацию, этиологию и патогенез, а также роль факторов риска и канцерогенез.

Глава II анализирует внедрение программ скрининга колоректального рака, рассматривая международный опыт, стратегии скрининга, возрастные рамки и экономическую эффективность, в том числе в РФ.

Глава III представляет схему и алгоритм проведения скрининга колоректального рака в РФ, с акцентом на организационные аспекты и разделение функций.

Глава IV посвящена анкетированию при скрининге колоректального рака, включая применение в диспансеризации и опыт использования дополнительного анкетирования.

Глава V рассматривает лабораторную диагностику скрининга КРР.

Глава VI подробно описывает проведение эндоскопического исследования, включая подготовку пациента, колоноскопию под седацией, фотодокументацию, тактику удаления новообразований и рекомендации по диспансерному наблюдению.

Глава VII определяет маршрутизацию пациентов по результатам скрининга колоректального рака, как при доброкачественных заболеваниях, так и при выявленном раке.

Глава VIII посвящена мониторингу качества реализации скрининговой программы, включая анализ интервального рака и информационно-аналитическое сопровождение проекта. В завершении основной части следуют основные положения и заключение, подводящие итог представленной информации.

Заключение. *Для эффективного популяционного скрининга КРР необходима высокая организация и междисциплинарное взаимодействие специалистов (терапевтов, колопроктологов, хирургов, эндоскопистов, специалистов лабораторной диагностики, организаторов здравоохранения), а также постоянная актуализация знаний медицинского персонала, участвующего в скрининге. Эффективный скрининг позволяет выявлять и корректировать факторы риска, диагностировать и лечить предрасполагающие к КРР состояния, и повышать выявляемость КРР на ранних стадиях. Методологически корректное выполнение всех этапов популяционного скрининга КРР в рамках ДОГВН способствует увеличению первичной выявляемости КРР, предраковых изменений и бессимптомных новообразований на ранних стадиях, что должно снизить заболеваемость и смертность.*

АМИЛОИДОЗ ЖЕЛУДКА КАК РЕДКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ СИСТЕМНОГО АМИЛОИДОЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Жарова М.Е., Паненков А.Н., Цекатунов Д.А.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, РФ

КГБУЗ «Клинико-диагностический центр», Хабаровск, РФ

Введение. Амилоидоз желудка — редкое проявление системного амилоидоза, при котором патологический белок амилоид откладывается в слизистой оболочке и стенках сосудов желудка. Заболевание может протекать бессимптомно либо маскироваться под хронический гастрит, язвенную болезнь, а иногда — под опухолевый процесс. Диагноз устанавливается только морфологически, чаще всего случайно, при проведении биопсии с последующим гистохимическим исследованием.

Описание случая. Пациентка, 77 лет, с октября 2023 года наблюдалась в КГБУЗ Клинико-диагностический центр г. Хабаровска с диагнозом нефротического синдрома. При первичном обследовании выявлены выраженная протеинурия (11,4 г/сут), гипопроteinемия и снижение функции почек. Нефробиопсия подтвердила хронический гломерулонефрит, мембранозный вариант. В динамике отмечалось ухудшение: протеинурия увеличилась до 14,85 г/сут, креатинин — до 205 мкмоль/л, мочевины — до 13,6 ммоль/л. На фоне иммуносупрессивной терапии с января по март 2024 года возникла декомпенсация хронической сердечной недостаточности. С марта пациентка переведена на программный гемодиализ. Также выявлены анемия смешанного генеза, снижение общего белка (<45 г/л) и устойчивое повышение СОЭ (до 54 мм/час).

В течение трёх лет пациентка жаловалась на периодические диспепсические симптомы, которые слабо поддавались терапии ингибиторами протонной помпы и прокинетиками. В связи с сохраняющимися жалобами, слабостью и снижением аппетита в июне 2024 года выполнена эзофагогастродуоденоскопия. Эндоскопически отмечены участки атрофии и очаги кишечной метаплазии в теле и антральном отделе желудка (тип C2 по Кимура-Такемото). Проведена расширенная биопсия слизистой методом эндоскопической резекции (EMR). Гистологическое исследование подтвердило диагноз амилоидоза желудка.

Заключение. Данный клинический случай представляет собой редкий вариант системного амилоидоза с первыми проявлениями со стороны желудочно-кишечного тракта, задолго до манифестации почечного поражения. Он подчёркивает необходимость междисциплинарного подхода при оценке соматических жалоб у пожилых пациентов и важность морфологической верификации при атипичном течении гастроэнтерологических заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 51–55 ЛЕТ

Жимирикина А.А.

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

Актуальность. Остеопороз — метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и повышенным риском переломов при минимальной травме. Данное заболевание часто приводит к инвалидизации и сокращению жизни. Снижение уровня эстрогенов при наступлении менопаузы нарушает баланс между разрушением и восстановлением костной ткани, что увеличивает риск низкоэнергетических переломов. Индекс массы тела, возраст наступления менопаузы и сопутствующие заболевания являются предикторами развития остеопороза. Однако основные факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани (МПК) у женщин старшего возраста остаются недостаточно изученными, что подчеркивает необходимость их дальнейшего исследования. Современные медицинские технологии активно используют математическое моделирование для точного прогнозирования развития заболеваний и их осложнений. Основная цель таких моделей — повысить качество медицинской помощи за счет улучшения точности врачебных решений.

Цель. Определить состояние костной ткани у женщин старшего возраста и составить алгоритм принятия решения о необходимости профилактики остеопороза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 81 женщина, находящаяся в естественной менопаузе в возрасте 51–56 лет, с медианой возраста 54 года. Исследуемые группы сопоставимы по возрасту и антропометрическим критериям. Всем участникам выполнена двухэнергетическая денситометрия в трех областях исследования: поясничный отдел позвоночника, проксимальный отдел бедра и шейка бедра. Математическая модель для прогнозирования необходимости профилактики остеопороза была разработана с использованием алгоритма машинного обучения «Дерево решений».

Результаты. Денситометрическое исследование показало, что у женщин в возрасте 51–56 лет МПК значительно снижена в области шейки бедра по сравнению с другими областями. Остеопороз по данным Т-критерия выявлен в области поясничного отдела позвоночника (14,8%), а остеопения наиболее выражена в области шейки бедра (56,8%). На основе математического моделирования был разработан алгоритм для принятия решения о необходимости профилактики остеопороза в исследуемой группе пациентов. В результате анализа были выявлены ключевые факторы риска, значимые для данной когорты пациентов. Наиболее высокая вероятность необходимости профилактических мероприятий по поводу остеопороза характерна для женщин в возрасте 51–56 лет, имеющих избыточную массу тела или ожирение любой степени. При нормальной массе тела значимыми факторами риска являются гипофункция щитовидной железы или нарушения углеводного обмена. Полученный алгоритм прогноза развития остеопороза имеет высокие значения точности (85.0%), специфичности (100%) и чувствительности (82.4%).

Заключение. У женщин в постменопаузе в возрасте 51–56 лет основными факторами для профилактики развития остеопороза являются избыточная масса тела или ожирение любой степени, гипофункция щитовидной железы и нарушения углеводного обмена.

ОТ ОТЧАЯНИЯ К НАДЕЖДЕ: ВЕНОАРТЕРИАЛЬНАЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ КАК СПАСИТЕЛЬНЫЙ МОСТ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

Жолобова Н.А., Сидорова В.О., Камардина А.И., Сепханян М.С., Наумова М.А., Сайкин А.А., Гордеев И.Г.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

ГБУЗ «ГКБ №15 им. О.М. Филатова» ДЗМ, Москва, РФ

Введение. Кардиогенный шок (КШ), развивающийся в рамках острого инфаркта миокарда (ОИМ), остается одним из наиболее жизнеугрожающих состояний, с высокой внутрибольничной смертностью, достигающей 40–50%, несмотря на современные методы реваскуляризации и фармакотерапии. В случаях, когда стандартное лечение, оказывается неэффективным, веноартериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация (ВА-ЭКМО) становится методом выбора для временного поддержания системной перфузии и оксигенации. Механизм ВА-ЭКМО основан на полном замещении функции сердца и легких: деоксигенированная кровь забирается из венозного русла, насыщается кислородом через мембранный оксигенатор и возвращается в артериальную систему, обеспечивая перфузию жизненно важных органов. Однако применение этой технологии при ОИМ сопряжено с рядом сложностей, включая риск увеличения постнагрузки на левый желудочек (ЛЖ), что может усугубить ишемию миокарда, а также высокую частоту осложнений (кровотечения, ишемия конечностей, тромбоэмболии).

Описание случая. Пациент В., 60 лет, поступил в стационар с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной, клинической картиной острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST, КШ (снижение АД до 50/20 мм рт.ст.). На ЭКГ при поступлении - синдром де Винтера (патогномоничный признак проксимальной субокклюзии передней нисходящей артерии). В связи с крайне тяжелой гемодинамической нестабильностью пациент был экстренно доставлен в рентген-операционную, где по данным коронарографии выявлено многососудистое поражение коронарного русла с критическими стенозами передней нисходящей, диагональной и правой коронарной артерий. Консилиумом принято решение о начале механической поддержки кровообращения посредством ВА-ЭКМО. После чего выполнено чрескожное коронарное вмешательство с имплантацией трех стентов с хорошим клиническим и ангиографическим эффектом. Эхокардиографическое исследование выявило нарушение сократительной способности миокарда ЛЖ с фракцией выброса (ФВ) 28%. Осуществлялось динамическое наблюдение за состоянием пациента с регулярной коррекцией параметров ВА-ЭКМО под контролем лабораторных и инструментальных показателей. Постепенное снижение параметров экстракорпоральной поддержки с последующей деканюляцией на вторые сутки свидетельствует о восстановлении собственной сердечной функции и подтверждает эффективность выбранной тактики. Учитывая положительную динамику, стабилизацию состояния, ясность сознания, регресс недостаточности кровообращения, нарастание ФВ ЛЖ до 42%, на пятые сутки пациент переведен в профильное отделение.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует успешное применение ВА-ЭКМО в качестве метода временной механической поддержки кровообращения у пациента с кардиогенным шоком на фоне ОИМ, позволившего создать оптимальные условия для проведения реваскуляризации и последующего восстановления функции миокарда. Несмотря на исходно крайне тяжелое состояние, комплексный подход позволил добиться стабилизации гемодинамики и положительного клинического исхода.

СИНДРОМОМ ЧЕРДЖА-СТРОССА: ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Жуковская А.К., Михайлова О.Д., Зайцева Е.В., Васильева О.А.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

БУЗ УР «ГКБ № 8 МЗ УР», Ижевск, РФ

Введение. Синдром Черджа-Стросса – системный васкулит с гранулематозным воспалением сосудов мелкого и среднего калибра, преимущественно респираторной системы. Ежегодная заболеваемость этой патологией составляет 3–6 случаев на 1 миллион.

Описание случая. Пациентка П., 52 года, медсестра, поступила в отделение терапии 06.09.2012 г. с жалобами на повышение температуры до 38,6 °С, общую слабость, сухой кашель. В полном анализе крови (ПАК) лейкоциты (Л) $10,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 35 мм/час, на рентгенограмме органов грудной клетки (РОГК) от 04.09.2012 г. признаки пневмонии. Из анамнеза жизни: аллергии, наследственных заболеваний нет. Физикально: тупой перкуторный звук ниже угла лопатки справа, при аускультации мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 17/мин, пульс – 92/мин, АД - 130/80 мм рт.ст. Назначена антибактериальная терапия (АБТ) - амоксиклав, дезинтоксикационная терапия, муколитики. В ПАК от 07.09.2012 г. эозинофилия (Э) - 17%, анемия: эритроциты - $3,25 \times 10^{12}/\text{л}$; Hb - 98 г/л, СОЭ - 60 мм/час. На 7-й день – температура тела 38,5 °С. Коррекция АБТ – без эффекта, рост значений Л, Э до 28%, отрицательная динамика на РОГК, увеличился объем поражения легких. После смены АБТ на кларитромицин и цефипим сохранялся озноб, лихорадка до 38,6 °С, в крови Э до 57%, анемия, фибриноген до 10,0 г/л. 28.09.2012 г. осмотр профессором Вахрушевым Я.М., выставлен диагноз: Эозинофильная пневмония. Отменена АБТ, назначены глюкокортикоиды (ГКК) – преднизолон парентерально. Температура тела нормализовалась, на РОГК положительная динамика, уровень Э снизился до 5%. 10.10.2012 консультирована ревматологом, выставлен диагноз: Системный васкулит, Синдром Черджа-Стросса (СЧС), активность II–III с поражением плевры, анемия. Больная выписана, принимала ГКК и цитостатики, контроль РОГК 1 раз год. Жалоб со стороны дыхательной системы не предъявляла, продолжала работать, в связи с хорошим самочувствием в 2014 г. самостоятельно отменила препараты. С конца ноября 2024 г. – ухудшение состояния, появилась лихорадка до 38,5 °С, малопродуктивный кашель, одышка при подъеме на 1 этаж. На КТ ОГК инфильтративное полисегментарное поражение легочной паренхимы разной стадийности изменений, более вероятно эозинофильной хронической пневмонии, СЧС в стадии хронизации. Амбулаторно принимала АБТ (кларитромицин и левофлоксацин), на повторной КТ без улучшения, госпитализирована 17.01.2025 в терапевтическое отделение с диагнозом: СЧС, хроническое течение, обострение. Бронхообструктивный синдром. В ПАК СОЭ-60 мм/час, эозинофилии не выявлено. Получала лечение: преднизолон, будесонид ингаляционно. На 3-й день терапии улучшение состояния: снижение температуры тела, уменьшение одышки. 25.01.2025 г. – пациентка выписана с улучшением.

Заключение. Таким образом, даже при длительной ремиссии СЧС необходимо помнить о важности базисной терапии. Сложность диагностики обострения заболевания обусловлена отсутствием эозинофилии и специфических объективных признаков.

ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Жучкова С.М., Бусалаева Е.И., Дубова А.В.

БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, Чебоксары, РФ

ФГБОУ ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, РФ

БУ Республиканский кардиологический диспансер Министерства здравоохранения Чувашской Республик, Чебоксары, РФ

Введение. Противоопухолевая цитостатическая терапия (ПЦТ) сопряжена с рядом серьезных нежелательных реакций, в том числе - с кардиотоксичностью. Мы наблюдали несколько случаев развития инфаркта миокарда (ИМ) после применения противоопухолевых препаратов (ПОП) у лиц молодого возраста.

Описание случая. Пациент С., 34 г., поступил через 3 часа 8 минут с момента возникновения загрудинных болей, купированных наркотическими анальгетиками на догоспитальном этапе, фебрильной температурой тела. Зафиксировано повышение тропонина I до 0,564 нг/мл, по ЭКГ - подъем сегмента ST. При проведении коронароангиографии обнаружен тромбоз со стенозом до 80% в проксимальной части и полная окклюзия дистального отдела передней нисходящей артерии, стеноз до 45% в дистальной трети правой коронарной артерии. Проведено стентирование передней нисходящей артерии. Дальнейшее лечение проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями: двойная антитромботическая терапия (фондапаринукс, тикагрелор), метопролол, изосорбида динитрат, фуросемид. При сборе анамнеза установлено, что пациент наблюдается у онколога по поводу семиномы яичка, а 8 днями ранее был проведен курс ПЦТ с применением блеомицина, этопозиды, цисплатина. В общем анализе крови выявлена лейкопения ($0,6 \times 10^9/\text{л}$), признаков пневмонии по данным компьютерной томографии не найдено. Осуществлена купирующая терапия фебрильной нейтропении колониестимулирующими факторами, антибактериальная и противогрибковая терапия. Через 8 дней пациент в удовлетворительном состоянии переведен на этап реабилитации. Механизмы развития ИМ при ПЦТ различны: прямое повреждение кардиомиоцитов, микроциркуляторные расстройства с формированием микротромбозов, дисфункция эндотелия, кумулятивный эффект в тканях. С высокой вероятностью у пациента возникновение ИМ после применения ПОП явилось результатом комплексного воздействия цитостатических препаратов. Особенностью случая также является развитие ИМ на фоне фебрильной нейтропении, возникшей в результате подавления ПЦТ быстро делящихся клеток костного мозга и вторичного присоединения инфекционного агента.

Заключение. Данный случай демонстрирует необходимость тщательного мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы у молодых пациентов, получающих ПОП, для своевременного выявления и предотвращения потенциальных кардиологических осложнений.

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ACE2 И TLR7 У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Закс О.С.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет),
Москва, РФ*

Актуальность. По всему миру продолжают вспыхивать COVID-19, обусловленные мутацией штаммов SARS-CoV-2, что влечет за собой развитие их вирулентности и усугубление клинического течения особенно у пожилых пациентов, имеющих коморбидный фон (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Известно, что в патогенезе COVID-19 важную роль играет ангиотензинпревращающий фермент 2-го типа (ACE2), мембранная форма которого облегчает проникновение вируса в клетки. Первичное распознавание вируса на уровне врожденного иммунитета с участием Toll-подобных рецепторов (TLR7) приводит к продукции провоспалительных цитокинов и других защитных факторов. Выявление различных маркеров может позволить прогнозировать клиническое течение инфекции COVID-19 и обеспечить профилактику ее осложнений.

Цель. Оценка экспрессии генов ACE2 и TLR7 у пожилых пациентов с инфекцией COVID-19.

Материал и методы. Первую группу составили пациенты (70 ± 5 лет), госпитализированные с COVID-19 и различными сопутствующими заболеваниями ($n = 21$): артериальная гипертензия (64,1%), ишемическая болезнь сердца (38,5%), сахарный диабет 2-го типа (10,3%). Вторая группа представлена пожилыми пациентами (73 ± 4 года) с COVID-19 и без сопутствующей патологии ($n=25$). Контрольную группу составили здоровые доноры в возрасте 69 ± 2 лет без острых и хронических воспалительных и инфекционных заболеваний ($n=22$). Экспрессию генов ACE 2 и TLR7 в лейкоцитах периферической крови определяли с помощью метода ПЦР в реальном времени.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у пациентов с COVID-19 уровень экспрессии гена ACE2 был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). При этом у пациентов с сопутствующей патологией экспрессия гена ACE2 оказалась ниже в 3,5 раза, чем у пациентов без сопутствующих заболеваний ($p < 0,05$). Исследование экспрессии гена TLR7 показало статистически значимое увеличение его экспрессии в 24,9 раза ($p < 0,01$) у пациентов с COVID-19 с сопутствующими заболеваниями, по сравнению с контрольной группой. Экспрессия генов в группе пациентов с COVID-19 без сопутствующих заболеваний достоверно не отличалась от контрольной группы.

Заключение. *Повышение экспрессии гена TLR7 и снижение ACE2 у пожилых пациентов в сочетании с сопутствующим коморбидным фоном имеет важную прогностическую ценность тяжести их состояния.*

ЗНАЧЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ ГЛИКЕМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Зарубина Д.Г., Починка И.Г.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа (СД2) — одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, сопровождающееся высоким риском макрососудистых осложнений. Ишемический инсульт (ИИ) встречается у 11,9 на 1000 пациентов с СД, а макрососудистые события являются причиной смерти до 80 % таких больных. Несмотря на высокую распространенность СД2 и частоту развития ИИ, вопросы оптимизации гликемического контроля у таких пациентов на стационарном этапе лечения остаются недостаточно изученными.

Цель. Определить значение дифференцированного подхода к управлению гликемией у пациентов с СД2 на стационарном этапе лечения ИИ.

Материал и методы. Проведено проспективное рандомизированное открытое исследование. Включено 40 пациентов с СД2, госпитализированных с ИИ в РСЦ №1 г. Нижнего Новгорода с июня 2024 по февраль 2025 года. Участники были распределены с помощью генератора случайных чисел в две группы: вмешательства (n=20) и контроля (n=20). В группе вмешательства применялся дифференцированный подход к управлению гликемией: при наличии ≥ 1 критерия (предшествующая регулярная инсулинотерапия, первое значение гликемии $\geq 12,5$ ммоль/л, кетонурия, рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м²) назначалась базис-болюсная инсулинотерапия с возможным переходом на таблетированные сахароснижающие препараты (ТСП); при отсутствии указанных критериев применялись ТСП. Целевой диапазон гликемии — 6–11 ммоль/л. Основным показателем эффективности был выбран показатель времени в целевом диапазоне (ВЦД); значением удовлетворительного контроля считался ВЦД $\geq 0,64$.

Результаты. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести инсульта (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Rivermead Mobility Index (RMI), Rankin), длительности СД и уровню гликированного гемоглобина (HbA1c). Летальность в стационаре составила 5% (1 человек) в группе вмешательства и 15% (3 человека) в группе контроля (p=0,292). В группе вмешательства достигнут более высокий ВЦД — 0,76 [0,65;0,8] против 0,62 [0,46;0,72] в контроле (p=0,03). Повышение ВЦД в основной группе было получено за счет этапного подхода в назначении сахароснижающей терапии, который подразумевал назначение инсулинов в качестве монотерапии с последующим назначением ТСП в виде монотерапии или комбинации с инсулинами. В группе вмешательства у 14 больных (70%) лечение проводилось по этапному подходу vs у 6 больных (30%) в группе контроля (p=0,011).

Заключение. Дифференцированный подход к управлению гликемией при ИИ у пациентов с СД2 позволяет достичь достоверно более высокого уровня ВЦД по сравнению с контролем. Удовлетворительный ВЦД достигнут более чем у 75% больных в группе вмешательства против менее 50% в контрольной группе.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Зими́на Ю.Д., Толмачева А.А., Герасименко О.Н.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, РФ

ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3», Новосибирск, РФ

Актуальность. Кардиореабилитация направлена на психическое и физическое восстановление пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижение вероятности осложнений в ближайшем и отдаленном прогнозе.

Цель. Оценить эффективность медицинской реабилитации у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, сахарным диабетом 2 типа и хронической сердечной недостаточностью в отдаленном прогнозе.

Материал и методы. Работа проведена на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» г. Новосибирска в период с 01.11.2022 по 01.12.2024 гг., в которую включены 260 пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ПИКС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной фракцией выброса. Для подробного анализа отобраны 77 пациентов с ПИКС, СД 2 типа и ХСН. Пациенты были разделены на 2 группы: первая (средний возраст $66,8 \pm 5,8$ лет) – лица, которым проведена кардиореабилитация после ПИКС в отделении медицинской реабилитации круглосуточного стационара ($n=40$), вторая группа (средний возраст $68,4 \pm 7,5$ лет) – пациенты, поликлинического отделения, которые отказались пройти кардиореабилитацию ($n=37$). Средний промежуток от острого инфаркта миокарда до включения в исследование составил $1,5 \pm 0,4$ месяцев. Пациенты отделения медицинской реабилитации получали многокомпонентное лечение под наблюдением междисциплинарной команды, направленное на медикаментозную коррекцию, двигательную реабилитацию, психологическую коррекцию, образовательные программы и рациональное питание. Продолжительность курса реабилитации составила $14,4 \pm 2,3$ дня. В дальнейшем осуществлялось динамическое наблюдение за пациентами на протяжении 12 месяцев после индексного события с фиксацией жестких конечных точек.

Результаты. У пациентов основной группы через год наблюдалось значительное повышение переносимости физических нагрузок: результаты 6-минутного теста ходьбы улучшились с 265 ± 12 м до 392 ± 9 м; улучшение качества жизни (индекс EQ-5D вырос с 60% до 85%); снижение уровня тревоги и депрессии по шкале HADS (до $7,2 \pm 2,1/4,1 \pm 1,8$ после $2,3 \pm 1,3/1,9 \pm 0,8$ баллов). В группе сравнения зафиксировано 3 случая повторного ИМ с проведением реваскуляризации миокарда, 4 случая летального исхода. В основной группе данных событий не зарегистрировано. Исходя из полученных результатов отмечено, что в группе пациентов, которым была оказана медицинская реабилитация, преобладал процент лиц благоприятного исхода (100%), тогда как в группе больных без применения восстановительного лечения доля лиц с благоприятным прогнозом составила 81%; $p < 0,001$.

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует эффективность комплексной медицинской реабилитации для пациентов с коморбидной патологией в отдаленном прогнозе.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА rs5065 ГЕНА NPPA В ПРОГНОЗЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зими́на Ю.Д., Толмачева А.А., Герасименко О.Н.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, РФ

ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3», Новосибирск, РФ

Актуальность. Перспективным направлением в изучении проблемы хронической сердечной недостаточности является исследование генетических предикторов, в частности полиморфизмов генов натрийуретических пептидов, что может внести вклад в создании персонализированных стратегий ведения пациентов данной группы.

Цель. Оценить роль полиморфизма rs5065 гена NPPA в прогнозе пациентов с хронической сердечной недостаточности в условиях коморбидности.

Материал и методы. Работа проведена с 01.11.2022 г. по 01.12.2024 г. на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» с участием 260 пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и ХСН. Всем участникам при включении в исследование проведена оценка клинико-анамнестических данных, лабораторных и инструментальных параметров в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, также выполнен анализ молекулярно-генетических маркеров (rs5065 гена NPPA) с помощью ПЦР в режиме реального времени. Далее наблюдение за пациентами осуществлялось в течение 12 месяцев. На втором этапе исследования всем участникам было проведено повторное комплексное обследование с оценкой «жестких» конечных точек, которые разделены на группы благоприятного ($n=145$) и неблагоприятного прогноза ($n=115$). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета программ SPSS Statistics 28.0.1.0. с применением критерия хи-квадрат и метода отношения шансов (ОШ) с 95% ДИ, уровень значимости – $p \leq 0,05$.

Результаты. По результатам настоящего исследования определена характеристика общей группы пациентов с ХСНсФВ: мужской пол (64,2%), старше трудоспособный возраст (56,1%), стадия I (87,3%), II–III функциональный класс (92,7%), высокая коморбидность (коэффициент мультиморбидности составил 4,5). При оценке годовых исходов зарегистрировано: 17 случаев сердечно-сосудистой смерти, 6 случаев острого инфаркта миокарда, 10 случаев коронарной реваскуляризации (экстренной и плановой), 4 случая ОНМК, 107 случаев госпитализации по поводу декомпенсации ХСН, 4 случая - впервые зарегистрированной фибрилляции предсердий. У 39 больных наблюдалось сочетание нескольких «конечных точек». Распределение генотипов полиморфизма rs5065 гена NPPA: A/A — 67,7%, A/G — 26,9%, G/G — 5,4%. Выявлено, что генотип G/G связан с риском неблагоприятного исхода (ОШ 3,357; 95% ДИ 1,025–10,999; $p=0,035$), так же, как и аллель G ассоциирован с повышенным риском неблагоприятного исхода (ОШ 1,805; 95% ДИ 1,159–2,813; $p=0,009$). Тогда как генотип A/A (ОШ 1,747; 95% ДИ 1,034–2,952; $p=0,036$) и аллель A (ОШ 1,805; 95% ДИ 1,159–2,813; $p=0,009$) имели условно протективный эффект.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют взаимосвязь полиморфизма rs5065 гена NPPA с прогнозом ХСН, что указывает на клиническую значимость данного маркера для разработки персонализированных стратегий ведения пациентов данной группы.

ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ РАБОТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

Иванова Л.Н., Холина Е.А.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Для современного пациента характерно наличие сочетанной патологии, которая в условиях проведения специальной военной операции (СВО) приобретает особенные признаки.

Цель. Оценить напряженность работы сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных с сочетанной кардиоэндокринной патологией в условиях СВО.

Материал и методы. Под наблюдением авторов находилось 306 (женщин - 69,9%, мужчины - 30,1%) больных хроническими формами ИБС (средний возраст $56,9 \pm 5,4$ года), проживающих на территории Луганской Народной Республики, из которых у 109 ИБС протекала в сочетании с гипотиреозом (ГТ) (основная группа), у 197 - носила изолированный характер (группа сравнения). У больных по существующим формулам определялись адаптационный потенциал (АП), как комплексный показатель способности адаптироваться к действующему фактору без нарушения миокардио-гемодинамического равновесия (МГР), и коэффициент экономизации кровообращения (КЭК). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакетов лицензионных программ.

Результаты. Адаптационный потенциал в основной группе находился в пределах $4,26 \pm 0,43$, что на 68,4% ($p < 0,01$) выше показателей референтной нормы. О напряженности работы ССС свидетельствовало увеличение КЭК на 70,1% ($p < 0,01$) относительно референтной нормы. В основной группе выявлена выраженная симпатикотония и неудовлетворительная адаптация, которая характеризовалась ограничением функциональных возможностей системы кровообращения и недостаточной приспособительной реакцией к физическим нагрузкам, т.е. нарушениями взаимоотношений между вегетативной и МКГ составляющими процессов регуляции. Оценка АП приближалась к 4,3, что, по данным Р.М. Баевского (1980), ведет к срыву механизмов адаптации целостного организма. АП в группе сравнения находился в пределах $3,48 \pm 0,44$, что на 37,5% ($p < 0,05$) выше показателей референтной нормы и на 20,7% ($p < 0,05$) ниже, чем в основной группе. Таким образом, у больных группы сравнения выявлена неудовлетворительная адаптация с нарушением связей между вегетативной и МКГ составляющими. Также о напряженности в работе ССС указывает повышение КЭК на 76,2%. Статистически значимой разницы между группами относительно значений КЭК не установлено ($p > 0,05$).

Заключение. У больных ИБС, как в случае сочетанного течения с ГТ, так и при изолированном течении на фоне хронического стресса, наблюдается напряжение в деятельности ССС, при этом неудовлетворительная адаптация организма сопряжена с симпатикотонией.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Иркабаева М.М., Мартынов А.Ю.

РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, РФ

Актуальность. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда (ИМ) снижается во всех возрастных группах, за исключением пациентов молодого возраста.

Цель. Изучить факторы риска, клиническое течение, предикторы внезапной сердечной смерти у молодых пациентов с ИМ.

Материал и методы. В исследование включено 105 пациентов до 45 лет с диагнозом ИМ. В первую группу включены 66 (62,8%) пациентов с ИМ с обструкцией коронарных артерий - ИМОКА, во вторую группу – 39 (37,1%) пациентов с ИМ без обструкции коронарных артерий- ИМБОКА. Средний возраст пациентов составил $42 \pm 1,5$ лет. Всем пациентам проводилось ЭКГ, коронарная ангиография, ЭХО-КГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭКГВР и исследовалась вариабельность сердечного ритма (ВРС).

Результаты. Наследственная предрасположенность ($p=0.0003$), недостаточная физическая активность ($p=0.001$), недостаточное употребление овощей и фруктов ($p=0.001$) статистически значимо чаще встречались в группе пациентов ИМОКА. Высокий уровень стресса ($p=0.002$), употребление наркотических веществ ($p=0.005$), употребление избыточного количества кофеина ($p=0.00001$) статистически значимо чаще встречалось в группе пациентов ИМБОКА. Безболевой ИМ статистически значимо чаще встречался у пациентов группы ИМБОКА ($p=0.0001$), классический (болевой) ИМ статистически значимо чаще встречался в группе ИМОКА ($p=0.001$). Снижение ФВ менее 40% в группе ИМБОКА отмечалось у 17 (43,5%) пациентов, из них у 10 (66,6%) пациентов без ЧКВ. В группе ИМОКА снижение ФВ наблюдалось у 15 (22,7%) пациентов после ЧКВ ($p=0.022$). В группе ИМБОКА снижение ВРС наблюдалось у 14 (35,8%) пациентов, 4 (16,7%) пациентов с ЧКВ и 10 (66,6%) без ЧКВ. В группе ИМОКА сниженные показатели ВРС сохранялись у 17 (11,6%) пациентов после ЧКВ. В группе ИМБОКА ППЖ выявлялись у 2 (8,3%) пациентов после ЧКВ, у 14 (93,3%) пациентов без ЧКВ. В группе ИМОКА ППЖ выявлялись у 10 (15,2%) пациентов. Количество пациентов с ППЖ на 7 сутки было статистически значимо выше в группе ИМБОКА ($p=0.002$). Патологические значения турбулентности сердечного ритма (ТРС) наблюдались у 12 (30,7%) пациентов с ИМБОКА и у 13 (19,6%) пациентов с ИМОКА.

Заключение. Для пациентов группы ИМБОКА характерны специфические факторы риска ИМ: стресс, избыточное употребление кофеина, употребление наркотических веществ. В группе ИМБОКА чаще встречается безболевая форма ИМ. У пациентов с ИМБОКА без ЧКВ чаще выявляются предикторы ВСС и ЭНС: снижение ФВ ЛЖ менее 40%, снижение ВРС, наличие ППЖ, патологические значения ТРС.

САРКОПЕНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА

Испавская К.С.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, РФ

Актуальность. Саркопения (СП) и сахарный диабет 2 типа (СД2) часто встречается у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель. Изучение ассоциативной связи между СД2, ожирением и СП у женщин старше 60 лет.

Материал и методы. В одномоментное исследование включены 98 женщин от 61 до 83 лет. Критерии включения: женщины старше 60 лет, способные к самообслуживанию. Критерии не включения: мужчины, женщины младше 60 лет, декомпенсация хронических заболеваний, неспособность к самообслуживанию, выраженные когнитивные нарушения. Всем пациенткам проведены: антропометрические измерения (масса тела, рост, окружность талии (ОТ)), расчет индекса массы тела (ИМТ), кистевая динамометрия (ДМ), тесты «Вставание со стула» (Chair rising test, CRT), SPPB (short physical performance battery) и «Скорость ходьбы».

Результаты. 1 этап: согласно критериям EWGSOP2, по результатам оценки мышечной силы, пациентки были разделены на 2 группы, группа 1 (n=54) - женщины без признаков СП, группа 2 (n=44) - с вероятной СП. Группы получились сопоставимые по антропометрическим показателям (ИМТ 27,76 (25,33–30,33) против 28,91 (25,74–32,88) кг/м², p=0,341, ОТ 94,00 (89,00–99,00) против 96,00 (87,00–108,00) см, p=0,283) и индексу коморбидности Чарлсона 3,00 (2,00–4,00) балла в обеих группах, p=0,283. Возраст 72,00 (69,00–77,00) и 74,50 (72,00–76,00), p=0,010. Пациентки с избыточной массой тела выявлены в 27 (50,00%) и 17 (38,64%) случаях, с ожирением 16 (29,63%) и 18 (40,91%), p=0,452. Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) 7 (12,96%) и 4 (9,10%), p=0,545, СД2 9 (16,67%) и 11 (25,00%), p=0,308. Прием группы производных сульфонилмочевины в 2 (3,7%) и 1 (2,27%), p=0,498, бигуанидов в 11 (20,37%) и 14 (31,82%), p=0,195, инсулинотерапия 0 и 4 (9,09%) случаях, p=0,023. 2 этап: группа 1 (n=78) – женщины без СД2, группа 2 (n=20) – с СД2. Относительная сила ДМ правой кисти 32,49 (27,89–38,56)% и 29,48 (25,82–33,73), p=0,131, левой 27,05 (22,75–34,00)% и 24,20 (18,73–30,99)%, p=0,202. Тест CRT 12,22 (10,29–15,76) и 14,60 (10,08–16,63) сек, p=0,313. «Скорость ходьбы» 1,11 (0,79–1,34) и 0,96 (0,83–1,13) м/с, p=0,121. Общий балл SPPB 10,00 (9,00–12,00) и 10,00 (8,00–12,00), p=0,661.

Заключение. *Возраст - немодифицированный фактор развития СП. Частота выявления СД2, НТГ и ожирения у женщин без СП и с СП значимо не различалась. Инсулинотерапия значимо преобладала у женщин с СП. Женщины с СД2 имеют тенденцию к снижению мышечной силы и функциональной работоспособности.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕНИН

Йайа Латифату, Мартынов А.Ю.

РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, РФ

Актуальность. Тяжелая тропическая малярия, вызванная возбудителем *P. falciparum*, остается одной из ведущих причин смертности в эндемичных регионах по малярии. В 2000 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила критерии тяжелой тропической малярии, которые недостаточно изучены для ранней диагностики и предотвращения летальных исходов.

Цель. Изучить клинико-лабораторные особенности тяжелой тропической малярии для ранней диагностики, своевременной терапии и предотвращения летальных исходов.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республике Бенин, где были включены 136 пациентов старше 12 лет с диагнозом тяжелой тропической малярией, согласно критериям ВОЗ. Проводился комплекс лабораторных исследований. Для выявления значимости различий между пациентами с различными клиническими проявлениями тяжелой малярии, по лабораторным показателям проведен статистический анализ. В качестве статистического метода использовался t-тест для независимых выборок.

Результаты. Наиболее частыми клиническими проявлениями стали желтушность (30,2%), нарушение общего состояния (21,3%), судороги (18,4%), протрация (3,7%), метаболический ацидоз (1,5%). Основные лабораторные изменения общего анализа крови: тяжелая анемия (гемоглобин <70 г/л) у 14,7% пациентов, тромбоцитопения (тромбоциты $<150 \times 10^3/\text{mm}^3$) у 35,3% пациентов, и лейкоцитоз (лейкоциты $\geq 12 \times 10^9/\text{л}$) у 33,1% пациентов. Биохимическим отклонением является повышение уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) у 76,5% пациентов, повышение аланинаминотрансферазы (АЛТ) у 5,9%, повышение уровня креатинина у 33,1% пациентов. Распределение пациентов по клиническим формам тяжелой малярии, показало, что желтушность статистически значимо связана с более низким уровнем тромбоцитов ($p=0.010$). В то же время различия в уровнях гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов у пациентов с нарушением общего состояния и судорогами, не достигли статистической значимости. Выраженная тромбоцитопения была ассоциирована с повышенным риском летального исхода, кроме того, анемия также может быть значимым фактором риска, поскольку средний уровень гемоглобина у выздоровевших пациентов составил 96,9 г/л, тогда как в группе с летальным исходом – 82 г/л. Статистически значимых различий между лабораторными показателями у выздоровевших и умерших пациентов не было выявлено ($p > 0.05$).

Заключение. Клинико-лабораторные показатели дают ключевые заключения в диагностике тяжелой тропической малярии. Почечная и печеночная дисфункции чаще встречаются в клинике тяжелой тропической малярии. Важно проводить мониторинг пациентов с клинической желтушной формой и/или с выраженной тромбоцитопенией и анемией для своевременной интенсивной терапии и предотвращения летальных исходов при тяжелой тропической малярии.

ОСОБЕННОСТЬ ВЫБОРА ПРОТИВОМАЛЯРИЙНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

Йайа Латифату, Мартынов А.Ю.

РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, РФ

Актуальность. Лечение тропической малярии требует применения специфических противомаларийных препаратов, поскольку это заболевание может приводить к серьезным осложнениям, включая острое повреждение почек (ОПП). В настоящее время широко применяются артемизин-подобные препараты, но не изучена эффективность препаратов у пациентов с ОПП при тропической малярии.

Цель. Определить почечный прогноз у пациентов с ОПП при тропической малярии на фоне артемизиновой терапии в эндемичных регионах.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республике Бенин, где были включены 45 пациентов старше 12 лет с диагнозом тяжелая тропическая малярия, согласно критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в сочетании с ОПП, диагностированной по критериям Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). Пациентам был проведен комплекс лабораторных исследований с назначением разных схем противомаларийной фармакотерапии. Наблюдение за оценкой функции почек проводилось после курса лечения и через 3 месяца после выписки из больницы.

Результаты. Наблюдались различные стадии повреждения почек по классификации KDIGO при поступлении, 42,2% пациентов находились на стадии I, 22,2% — на стадии II, и 35,6% — на стадии III. В качестве этиотропной терапии все пациенты получали артемизинин-основанные схемы по рекомендации ВОЗ, в виде пульс терапии инъекционного артемизината в терапевтических дозах, с дальнейшим назначением Артеметер + Люмефантрин (АЛ) у 48,9% пациентов, Дигидроартемизин + Пиперахин (ДАП) у 31,1% пациентов, Артемизин + Амодиахин (АА) у 20,0% пациентов. В ходе госпитализации гемодиализ потребовался 33 (73,3%) пациентам по показаниям в качестве заместительной почечной терапии.

После курса комплексного лечения снизился уровень паразитемии, уровень тромбоцитов нормализовался у 100% пациентов. Уровень гемоглобина нормализовался в группе ДАП и АА, но анемия наблюдалась у 7 пациентов в группе АЛ. Полное восстановление функции почек наблюдалось у 26 (57,8%) пациентов, из которых 46,2% в группе АЛ, 30,8% в группе ДАП и 23,1% в группе АА. Трехмесячное наблюдение за 19 (42,2%) пациентами в группе не полного восстановления функции почек показало, что у 6 пациентов сохранялась протеинурия и развивалась хроническая болезнь почек (ХБП). Из них 40% случаев наблюдались в группе АЛ и 33,1% в группе ДАП. В то же время, в группе АА отсутствовал риск развития этих состояний после лечения.

Заключение. Установлено высокое использование фармакотерапевтической стратегии, основанной на использовании комбинации Артеметер + Люмефантрин в лечении тропической малярии в эндемичных зонах. В случае развития ОПП при тропической малярии выбор комбинации Артемизин + Амодиахин оптимален для лучшего долгосрочного почечного прогноза и предотвращения возникновения ХБП.

ОБЪЁМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СОВРЕМЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАННИХ СТАДИЙ РАКА ЛЕВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Калягин А.Н., Павлюк И.А., Гадченко Л.И., Ивашко В.И., Лянка М.В.

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, РФ

Актуальность. Благодаря раннему выявлению онкологических заболеваний, количество пациентов, которым проводится радиотерапия на ранних стадиях рака, увеличивается, а, следовательно, растёт и число выживших. Однако в результате лучевого воздействия возникают поражения близлежащих внутренних органов. При раке молочной железы от лучевого воздействия возникают комбинированные поражения миокарда, коронарных артерий, проводящей системы сердца и клапанного аппарата, что может в перспективе привести к развитию хронической сердечной недостаточности.

Цель. Оценить лучевую дозу и объём лучевого поражения миокарда у пациентов, получающих лучевую терапию в составе комплексного лечения при раке левой молочной железы.

Материал и методы. Обследовано 40 пациенток с раком левой молочной железы I (25 человек) и II (15 человек) стадий, давших добровольное информированное согласие на участие в наблюдательном протоколе. Пациенты разделены на две сопоставимые по возрасту и стадии заболевания группы: 1-я группа - 20 женщин, которым курс лучевой терапии проводился на свободном дыхании, 2-я группа - 20 женщин, которым лучевая терапия выполнялась на глубокой задержке дыхания (Breasthold). Лечение проведено на линейном ускорителе Varian TrueBeam/Halcyon, классическим фракционированием 2–2,67 Гр, 15–25 фракций, суммарная доза 40,05–50,0 Гр в ГБУЗ Областной онкологический диспансер (г. Иркутск). С целью предлучевой разметки была проведена высокоразрешающая мультиспиральная компьютерная томография у части пациентов на свободном дыхании, у другой – на глубоком вдохе с использованием системы контроля за дыханием. Доза была подведена методикой «лучевая терапия с модуляцией интенсивности» (IMRT) с использованием модулирования в 3D формы внешнего пучка излучения высокой точности. Оценка планов проводилась с помощью анализа гистограмм доза-объём. Данные исследования представлялись в виде среднего (M) и стандартного отклонения (SD) после проверки на нормальность с использованием методики Шапиро-Уилка, математическая оценка различий в группах проводилась по t-критерию Стьюдента, статистически значимыми считались величины при $p < 0,05$.

Результаты. При облучении на свободном дыхании средняя лучевая доза на сердце составила $4,46 \pm 1,62$ Гр, на задержке дыхания – $1,98 \pm 0,83$ Гр ($t=6,0$, $df=38$, $p < 0,05$). Максимальная лучевая доза на сердце на свободном дыхании – $37,34 \pm 6,33$ Гр, на задержке дыхания — $30,66 \pm 4,59$ Гр ($t=3,8$, $df=38$, $p < 0,05$). Установлено, что средний объём вовлеченной ткани миокарда левого желудочка составил 13,55 мл.

Заключение. Средняя и максимальная лучевые дозы воздействия на миокард у пациентов, получающих лучевую терапию в составе комплексного лечения при раке левой молочной железы, оказались выше при использовании IMRT-методики на свободном дыхании. Средний объём вовлеченной ткани миокарда левого желудочка при радиотерапии левой молочной железы составил 13,55 мл.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА МУЖСКОГО ПОЛА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕТИПИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА

Карпенко Д.Г., Врублевский А.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Введение. Подострый тиреоидит (ПТ) – воспалительное заболевание щитовидной железы (ЩЖ), предположительно вирусной этиологии, при котором деструктивный тиреотоксикоз сочетается с болевым синдромом в области шеи и симптоматикой острого инфекционного заболевания. ПТ клинически может протекать как типичное воспалительное заболевание. В начальном периоде развития ПТ жалобы представлены недомогание, повышением температуры тела до субфебрильных значений, болью в горле, утомляемостью. В разгар заболевания ПТ проявляется умеренной или сильной болью в ЩЖ, часто иррадиирующей в уши или челюсть. Первоначально боль локализована, в дальнейшем распространяется от одной стороны железы к другой в течение нескольких недель. Признаки, сходные с другой патологией, могут осложнять диагностику ПТ, что требует тщательного подхода к дифференциальной диагностике на первичном приеме.

Описание случая. Представлен клинический случай выявления подострого тиреоидита в ходе амбулаторного осмотра пациента мужского пола 34 лет с подозрением на острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). Пациент обратился к врачу с жалобами на проявление респираторной инфекции: повышение температуры тела, слабости, снижения аппетита, потливости. При физикальном исследовании выявлена болезненность при пальпации в области щитовидного хряща, что послужило причиной дополнительного обследования пациента. По результатам лабораторных данных уровень свободного гормона Т4 составил 52 пмоль/л, С-реактивного белка 71.5 мг/л; по данным УЗИ щитовидной железы выявлены признаки диффузных изменений ЩЖ по типу тиреоидита. Узел левой доли. Tirads-3. При дальнейшем обследовании у врача эндокринолога установлен диагноз подострый тиреоидит.

Заключение. Представленное наблюдение свидетельствует о важности подробного сбора жалоб у пациентов, которые склонны избирательно высказывать жалобы в рамках своего видения картины заболевания, интерпретирующие повышение температуры, как признак инфекционного заболевания, о значимости полноценного очного осмотра с проведением физикального исследования по всем органам и системам врачом первичного звена, в том числе пальпации ЩЖ, при оценке повышенной температуры тела и дополнительных методов исследования — маркеров воспаления, следует помнить о неинфекционных причинах подобных отклонений.

Учитывая высокую загруженность врачей амбулаторного звена здравоохранения и ограниченность времени приема, и, как следствие, стремление врача пойти по наиболее быстрому, привычному и профильному алгоритму диагностики без проведения пальпации ЩЖ в данной клинической ситуации было бы крайне затруднительно установление правильного диагноза.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует важность проведения общепринятого полноценного физикального осмотра, в том числе исследования органов эндокринной системы врачом первичного звена.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОГО AL-АМИЛОИДОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА И ПОЧЕК

Киндякова Н.А., Смирнова Е.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, РФ

Введение. AL-амилоидоз (AL-A) - наиболее агрессивная форма системного амилоидоза с широким спектром клинических проявлений.

Описание случая. Пациентка К., 77 лет, поступила в нефрологическое отделение ГБУ РО ГКБ № 11 06.12.2024 г. с жалобами на отеки по типу анасарки, одышку, слабость, снижение АД до 110/80 мм рт.ст. Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией с 40 лет с максимальным повышением АД 190/100 мм рт.ст., принимает бисопролол, лозартан, спиронолактон, аспирин. Отеки нижних конечностей беспокоят пациентку с апреля 2024 г. В ноябре находилась на лечении в кардиологическом отделении ГБУ РО «Касимовского ММЦ» с диагнозом: дилатационная кардиомиопатия. ХСН IIБ ст., ФК 2. Сердечная астма. Нефротический синдром. После выписки амбулаторно проводилась диуретическая терапия без эффекта, консультирована нефрологом, принято решение о госпитализации пациентки. Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. ИМТ 33,7 кг/м². В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 70 уд/мин, АД 130/76 мм рт.ст., отеки по типу анасарки. При обследовании выявлено: суточная протеинурия 4,66 г/л, гипопроteinемия (38 г/л), гиперхолестеринемия (8,6 ммоль/л), уровень креатинина составлял 111 мкмоль/л, СКФ СКD-EPI 41,3 мл/мин/1,73м², NT-proBNP 4025 пг/мл. При проведении инструментального обследования: ЭКГ: синусовая брадикардия; Эхо-КГ: ФВ ЛЖ 52%, толщина межжелудочковой перегородки 1,3 см; МсКТ органов грудной клетки: двухсторонний малый гидроторакс. Пациентке проведена биопсия почки, при морфологическом исследовании диагностирован AL-A почки. Для дообследования и подбора терапии больная была переведена в гематологическое отделение ОКБ: в миелограмме - содержание плазматических клеток не превышает нормальных значений, иммунохимическое исследование сыворотки крови и мочи с иммунофиксацией выявило секрецию белка Бенс-Джонса: λ -СЛЦ 1975 мг/л, выделение с мочой 1,6 г/сутки; при трепанобиопсии костного мозга - диффузно-очаговая инфильтрация лимфоцитами, преимущественно CD3-позитивными Т-клетками, с примесью CD20-положительных В-лимфоцитов; по данным ПЭТ/КТ: метаболически активной ткани, характерной для фтордезоксиглюкозо-позитивного неопластического процесса нет. Пациентке установлен следующий диагноз: системный AL-Амилоидоз IIIA ст. с поражением сердца и почек, осложнившийся развитием хронической сердечной недостаточности, нефротического синдрома, ХБПЗб ст. Назначена клонредуцирующая терапия VCD (бортезомиб, циклофосфамид, дексаметазон).

Заключение. Наличие нефротического синдрома, биопсия почки с иммуногистохимическим исследованием биоптата позволили доказать отложение амилоида в почке, иммунохимическое исследование сыворотки крови и мочи - подтвердить его связь с моноклональной секрецией свободной легкой цепи иммуноглобулина, отсутствие плазмоклеточной инфильтрации костного мозга в миелограмме исключить множественную миелому, окончательно верифицировать диагноз.

ПРЕДИКТОРЫ СРЕДНЕТЯЖЁЛОГО И ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Киселёва Н.В., Тарловская Е.И., Болдина М.В.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. С начала пандемии бронхиальная астма (БА) рассматривалась как потенциальный фактор высокого риска заражения и тяжёлого течения COVID -19. Однако в литературе недостаточно данных о том, какие факторы влияют на тяжесть течения острого периода COVID -19 у пациентов с БА.

Цель. Выявить независимые предикторы среднетяжелого и тяжелого течения COVID-19 у пациентов с бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы. Проанализировано 80 пациентов с БА, перенесших COVID-19, обратившихся за консультативной помощью в пульмонологический консультативный центр ГБ №28 г. Нижний Новгород (из них 72 (90%) женщин и 8 (10%) мужчин). Средний возраст пациентов составил 59,5 [52,5;64,0] лет. Длительность болезни составила 12,0 ([8,0;20,2]) лет. 62 (77,5%) имели Т-2 эндотип БА, 18 (22,5%) – не Т-2 эндотип БА. Аллергический фенотип имели 62 (77,5%), неаллергический фенотип – 10 (12,5%), БА с фиксированной обструкцией дыхательных путей – 5 (6,25%), БА с поздним дебютом – 70 (87,5%) БА у пациентов с ожирением – 8 (10,0%).

Результаты. В ходе исследования проводилась оценка клинического течения БА и лабораторно-инструментальных данных пациентов до начала пандемии COVID-19. При анализе всех статистически значимых факторов, полученных на первом этапе, были выявлены предикторы среднетяжелого и тяжелого течения COVID-19: риск среднетяжелого и тяжелого течения COVID-19 увеличивался при неаллергическом эндотипе БА, отсутствии приверженности к терапии, наличии одышки (mMRC-1), низком количестве эозинофилов в крови. Чувствительность модели составила 90,5%, специфичность 80,8%. В прогностической модели были учтены 67,4% факторов, оказывающих влияние на риск среднетяжелого и тяжелого течения COVID-19 у пациентов с БА.

Заключение. *Полученные предикторы могут быть использованы для оценки риска среднетяжелого и тяжелого течения COVID-19 у данной группы пациентов.*

ПАКРЕАТОГЕННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Ковешников А.И., Андреева Е.В., Алимова С.Х., Подникова Д.Р.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, РФ

Введение. Панкреатогенный сахарный диабет (ПСД) – это эндокринное заболевание, возникающее на фоне первичного поражения поджелудочной железы (ПЖ) различного генеза. Наиболее частыми причинами ПСД считаются хронический панкреатит (ХП), приводящий к атрофии и фиброзу ткани ПЖ, острый панкреатит с исходом в панкреонекроз, злокачественные новообразования панкреатодуodenальной зоны.

Описание случая. Пациент А. обратился с жалобами на сухость во рту, жажду, общую слабость, онемение пальцев рук и ног, боли в нижних конечностях, частые (до 3 раз в неделю) гипогликемические состояния (симптоматику ощущает при сахаре в крови менее 2,5 ммоль/л). Госпитализирован в эндокринологическое отделение.

Анамнез: С 2011 года наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического алкогольного панкреатита. В 2018 году во время обострения ХП впервые зарегистрирована гипергликемия натощак (15,3 ммоль/л). При лабораторном исследовании крови не были выявлены антитела к бета-клеткам ПЖ, наблюдался низкий уровень инсулина и С-пептида. Установлен диагноз «Е13.7. Панкреатогенный сахарный диабет», инициирована инсулинотерапия. Последняя госпитализация в эндокринологическое отделение – в 2021 году, установлены осложнения: диабетическая периферическая полинейропатия, сенсомоторная форма, критическая стадия. Автономная нейропатия, нарушение распознавания гипогликемии. Нестенозирующий атеросклероз сосудов брахиоцефальных артерий.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ 17,6 кг/м² (дефицит массы тела), АД 120/80 мм рт. ст. В биохимическом анализе крови: гиперлипидемия. В общем анализе мочи: глюкозурия. Гликозилированный гемоглобин 8% (декомпенсация). Гликемический профиль: 8:00 – 10,5 ммоль/л, 12:00 – 10,0 ммоль/л, 16:00 – 9,1 ммоль/л, 20:00 – 9,2 ммоль/л. Лечение: дробное питание по системе хлебных единиц с исключением простых углеводов, самоконтроль гликемии натощак (целевое значение <7,0 ммоль/л), через 2 часа после еды и перед сном (целевое значение <9,0 ммоль/л). Аналог инсулина человеческого (АИЧ) длительного действия в 22:00 (20 ЕД), АИЧ короткого действия за 15 минут до завтрака (10 ЕД), обеда и ужина (по 8 ЕД). Антиоксиданты (мексидол, препарат тиоктовой кислоты), ферменты, аторвастатин, витамины группы В. На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение самочувствия, показатели гликемии соответствовали целевым, выписан на 10-й день.

Заключение. Таким образом, можно выделить следующие особенности клинической картины ПСД:

1. Дебют заболевания на фоне обострения ХП.
2. Сочетание с клинической картиной экзокринной недостаточностью ПЖ.
3. Лабильное течение с выраженными колебаниями гликемии и частыми гипогликемическими состояниями.
4. Эффективный метод терапии ПСД – инсулинотерапия, так как имеет место абсолютный дефицит инсулина.
5. Тесная взаимосвязь эффективности инсулинотерапии с профилактикой обострений ХП.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ И МУЛЬТИДОМЕННЫЙ ПОДХОД В СКРИНИНГЕ СТАРЧЕСКОЙ ПРЕАСТЕНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ, АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Козырев С.Е., Ларина В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Актуальность. Старческая преастения – часто встречающееся состояние, ассоциированное с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, развития старческой астении и неблагоприятных исходов, а также снижением качества жизни пациентов.

Цель. Оценить встречаемость старческой преастении и качество жизни у амбулаторных пациентов.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе городской поликлиники г. Москвы среди пациентов старше 60 лет. В исследование включено 39 пациентов, из которых 9 (23%) – мужчины. Скрининг преастении проводился с использованием опросника «Возраст не помеха» и краткой батареи тестов физического функционирования (КБФФ). К группе преастении относили пациентов с результатом КБФФ 8-9 баллов или 3-4 балла по опроснику. Качество жизни оценивалось по опроснику SF-36. Для определения нормальности распределения использовался SW-тест, для сравнения средних – Т-критерий Стьюдента, при распределении, отличном от нормального – U-тест Манна-Уитни.

Результаты. Средний возраст участников составил $75,03 \pm 6,98$ лет. Встречаемость преастении по опроснику составила 38,56% (15 человек), из которых 14 (93%) - женщины, фенотипической преастении по КБФФ - 17,9% (7 человек), из которых все - женщины. Средний показатель физического компонента здоровья среди всех пациентов составил $41,28 \pm 9,31$ баллов, ментального компонента здоровья – $49,06 \pm 11,57$ баллов. При сравнении групп фенотипической преастении и крепких пациентов отмечен более высокий уровень у крепких пациентов показателей физического компонента здоровья - $42,82 \pm 9,59$ vs $35,36 \pm 4,98$ баллов, $p=0,041$ и физического функционирования (Me (Q1;Q3)) – 75 (55;90) vs 47,5 (37,5;68,75), $p=0,03$. Сравнение между группами преастении по опроснику и крепких выявил более высокие показатели у крепких пациентов по 7 показателям: физический компонент здоровья – $44,38 \pm 9,57$ vs $37,67 \pm 7,76$, $p=0,023$, психологический компонент здоровья – 55,10 (49,32;58,25) vs 42,92 (39,24;48,85), $p=0,002$, физическое функционирование – 80 (62,5;92,5) vs 57,5 (35;75), $p=0,009$, ролевое функционирование, обусловленное физическим здоровьем - 75 (37,5;100) vs 12,5 (0;50), $p < 0,001$, социальное функционирование - 100 (75;100) vs 62,5 (50;75), $p < 0,001$, жизненная активность – $69,29 \pm 20,51$ vs $50 \pm 17,82$, $p=0,004$ и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием - 100 (66,7;100) vs 33,33 (0;75), $p=0,011$.

Заключение. Встречаемость старческой преастении, определенной по опроснику, выше (38,56%), чем по КБФФ (17,9%). Различия в качестве жизни между группами преастении и крепкими пациентами более значительны при скрининге по опроснику. В оценке пациентов с преастенией необходим мультидоменный подход, не ограничивающийся фенотипическими изменениями организма.

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И УРОВЕНЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА

Конторщиков М.М.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности в Российской Федерации. Распространенность курения представляет значительную угрозу для здоровья населения. В исследованиях показано, что табакокурение провоцирует развитие дислипидемии и системное воспаление. Это может сопровождаться повышением уровня триглицеридов (ТГ), снижении концентрации холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и росте концентрации высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ). Изучение гендерных и возрастных особенностей этих патологических ассоциаций является важным для разработки эффективных стратегий персонализированной профилактики.

Цель. Провести комплексную оценку влияния курения на показатели липидного профиля и уровень вч-СРБ на примере жителей Нижегородского региона с учетом гендерных и возрастных характеристик.

Материал и методы. Проанализированы данные 2499 жителей (35–74 года) Нижегородского региона в рамках исследования ЭССЕ-РФ 3 (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в Российской Федерации). Определение статуса курения, сбор демографических и клинических данных производились методом анкетирования. Оценка липидного профиля (включая определение уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), ХС-ЛПВП и ТГ) и измерение концентрации вч-СРБ проводились в образцах крови, полученных натощак. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения «IBM SPSS Statistics 27» (США).

Результаты. У курильщиков выявлены более высокие уровни ОХС, ХС-ЛПНП, ТГ и вч-СРБ и более низкие уровни ХС-ЛПВП по сравнению с бывшими курильщиками и никогда не курившими обследуемыми ($p < 0,01$ для ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, вч-СРБ; $p < 0,05$ для ТГ). Регрессионный анализ продемонстрировал наличие статистически значимой связи между курением и повышением уровня ТГ в общей выборке ($\beta = 0,068$, $p < 0,001$).

При стратифицированном анализе по полу выявлено снижение концентрации ХС-ЛПВП и повышение уровня ТГ у курящих мужчин ($\beta = -0,060$, $p = 0,044$; $\beta = 0,070$, $p = 0,018$), а также увеличение содержания ОХС и ТГ у курящих женщин ($\beta = 0,059$, $p = 0,035$; $\beta = 0,070$, $p = 0,009$). Значимые возрастные эффекты были выявлены в группах 45–54 и 55–64 лет.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют, что курение оказывает негативное влияние на показатели липидного профиля и маркеры системного воспаления, при этом характер этого влияния имеет гендерные и возрастные особенности. Полученные данные подчеркивают важность разработки и внедрения эффективных программ по отказу от курения, особенно среди мужчин и лиц среднего возраста, как ключевого фактора снижения риска развития ССЗ в популяции.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ГИПОТИРЕОЗОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ

Королева Я.В., Тарбеева Н.С., Смирнова Е.Н.

ГБУЗ ПК «Добрянская ЦРБ», Добрянка, РФ

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, РФ

Актуальность. Ожирение и его коморбидность являются актуальной проблемой современности, так как приводят к развитию социально значимых заболеваний.

Цель. Изучить метаболические нарушения у женщин с ожирением, гипотиреозом и остеоартрозом (ОА).

Материал и методы. Включено 60 женщин с индексом массы тела (ИМТ) более 27 кг/м² и с диагнозом ОА в возрасте 40-65 лет, разделены на 2 группы: 1-я - 30 пациенток с первичным гипотиреозом, медикаментозно компенсированным; 2-я - 30 пациенток исходно в эутиреозе. По ИМТ группы разделены на 2 подгруппы: 1а - 16 пациенток с ИМТ <35 кг/м² и 1б - 14 пациенток с ИМТ ≥35 кг/м²; 2а - 12 пациенток с ИМТ <35 кг/м² и 2б - 18 пациенток с ИМТ ≥35 кг/м². Оценены ИМТ, окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), отношения ОТ/ОБ, тиреоидный статус (ТТГ, свободный Т4 (св.Т4), свободный Т3 (св.Т3)). Определены уровни глюкозы, общего билирубина, печеночных трансаминаз, мочевой кислоты, липидного спектра. Проведена рентгенография пораженных суставов в 2-х проекциях. Статистическая обработка проводилась с помощью «Statistica 10». Достоверность различий – $p < 0,05$.

Результаты. Большинство пациенток (по 67%) в обеих группах страдали ожирением более 10 лет. Гонартроз выявлен у 77% (n=23) в 1 группе и 83% (n= 25) во 2, коксартроз по 13% (n=4) в каждой группе, 7% (n=2) в 1 группе - ОА плечевых суставов и в обеих группах - единичные случаи ОА голеностопных суставов. Среди сопутствующей патологии: гипертоническая болезнь в 1 группе у 63% (n=19) и во 2 группе у 57% (n=17) ($\chi^2=0,750$; $p=0,387$). Отмечено нарушение гликемии натощак (НГН) в 20% (n=6) в 1 группе и в 37% (n=11) во второй ($\chi^2=6,281$; $p=0,013$), нарушение пуринового обмена в 23% (n=7) в 1 группе и в 30% (n=9) во 2 группе ($\chi^2=0,924$; $p=0,337$), холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни в анамнезе у 17% (n=5) 1 группы и во 2-й группе у 7% (n=2) ($\chi^2=4,735$; $p=0,03$). Выявлена достоверная связь между уровнем ТТГ и длительностью ожирения ($R=0,473$; $p=0,009$), степенью ожирения ($R=0,429$; $p=0,02$) в 1 группе. В 1 группе подгруппа 1б отличалась большей массой тела, ИМТ, ОБ, а подгруппа 1а соотношением ОТ/ОБ.

Заключение. У пациенток с ожирением, ОА и компенсированным гипотиреозом выявлено превалирование висцеральной жировой массы, отмечена взаимосвязь уровня тиреоидных гормонов и избыточного количества жировой массы.

РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ. ПОЛИСИСТЕМНЫЙ ГИСТИОЦИТОЗ X ЛЕГКИХ ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Корчукова В.В., Смирнова М.С., Фукина Н.П., Зашивалова М.С.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

ГБУЗ НО ГKB, Нижний Новгород, РФ

Введение. Гистиоцитоз X легких – заболевание неизвестной этиологии. Клональный характер пролиферации клеток X в очагах поражения позволяет предполагать его опухолевую природу. Распространенность 3-5 случаев на 1 млн. Из-за редкости о заболевании накоплено мало данных.

Описание случая. Пациент Б., 1960 г.р., поступил с одышкой в покое, фебрильной лихорадкой 38-39°C, сухой кашель, слабость. Полилимфаденопатия с 2012 г. В противотуберкулезном диспансере имело место легочное кровотечение, пневмоторакс. Выполнена лимфаденэктомия из правой аксиллярной области (гранулематозный лимфаденит). При проведении МСКТ ОГК – диссеминированный процесс в легких. В онкодиспансере проведена торакоскопия, в 2017 г. резекция нижней доли левого легкого, диагностирован полисистемный гистиоцитоз X. В связи со стойкой лихорадкой в течение 6 месяцев, нарастанием одышки проведен курс глюкокортикостероидов (ГКС) с положительным эффектом. Бросил курить 9 лет назад. Ухудшение в течение 2 недель до настоящей госпитализации. Объективно при поступлении в стационар: бледность кожных покровов, акроцианоз. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧД 22 в мин. SpO₂ 94%. ЧСС 84 в мин., АД=120/74 мм рт.ст. Определяются увеличенные, болезненные при пальпации, шейные и аксиллярные лимфоузлы слева. По данным лабораторного обследования: Гемоглобин 81 г/л, Эр $2,89 \times 10^{12}/л$, Лей $3,6 \times 10^9/л$, Тр $122 \times 10^9/л$, СОЭ 82 мм/ч. СРБ 64,4 мг/л, мочевины 20,5 ммоль/л, креатинин 158 мкмоль/л, СКФ 40 мл/мин. МСКТ ОГК: во всех долях с обеих сторон множественные уплотнения по типу консолидации, бронхитические изменения, эмфизема. При проведении ПЭТ: множественные очаговые образования сливного характера в лёгких, лимфоузлах выше и ниже диафрагмы, костном скелете, в паренхиме печени, селезенке, в правой почке, надпочечниках с повышенной метаболической активностью, диффузной очаговой фиксацией ФДГ неясного генеза. Пациенту установлен диагноз: Полисистемный гистиоцитоз X с поражением легких, костей, шейных, медиастинальных и аксиллярных лимфоузлов. Резекция нижней доли левого легкого 18.06.2017 г. ДН 2 ст. Проведена терапия ГКС, бронхолитическая и антибактериальная терапия. Выписан с улучшением. В январе 2024 г. пациент поступил вновь в тяжелом состоянии в связи с нарастанием одышки, слабости, массивными гематомами на бедрах, голенях. В общем анализе крови: анемия тяжелой степени, панцитопения. Выписан с некоторым улучшением. В мае 2024 г. пациент скончался.

Заключение. Гистиоцитоз X – редкое заболевание с неясной этиологией и патогенезом, диагностика которого сложна. В данном случае продемонстрировано развитие полисистемного агрессивного течения болезни, которое привело к летальному исходу.

ОЦЕНКА АГРЕГАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Котова И.С., Победенная Г.П.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Актуальность исследования агрегационных свойств тромбоцитов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2) обусловлена высокой распространенностью этих заболеваний и их связью с системным воспалением и метаболическими нарушениями, что увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний. У пациентов с ХОБЛ и СД 2 наблюдается повышенная агрегация тромбоцитов, что может способствовать тромбообразованию и усугублять клиническое состояние. Исследование агрегационных свойств тромбоцитов у данной группы пациентов имеет большое значение для разработки более эффективных стратегий диагностики и лечения, что может улучшить качество жизни и снизить заболеваемость.

Цель. Анализ структурно-функциональных характеристик тромбоцитов и состояния микроциркуляторного русла у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сочетанной с сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 110 пациентов в возрасте $53,5 \pm 2,9$ года, которые были разделены на две группы. Основная группа состояла из 73 пациентов с обострением ХОБЛ клинической группы В (GOLD II) и диабетом 2 типа, а контрольная группа включала 37 пациентов с обострением ХОБЛ без диабета.

Для определения референсных значений были обследованы 33 здоровых человека. Изучалась спонтанная и АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов на лазерном агрегометре НПФ БИОЛА 230 LA. Математический анализ данных проводился с использованием t-критерия Стьюдента, а также критериев Вилкоксона и U-Манна-Уитни.

Результаты. У большинства пациентов как основной, так и контрольной группы наблюдалось повышение показателей агрегационной способности тромбоцитов. В контрольной группе уровень СПсп превышал референтные значения в 1,75 раза ($p < 0,001$). Показатель СПадф в контрольной группе был выше, чем у здоровых в 1,4 раза ($p < 0,001$), а в основной – в 1,9 раза ($p < 0,001$). У пациентов основной группы СПадф достоверно превысил аналогичные показатели контрольной группы в 1,3 раза ($p < 0,01$). В контрольной группе СПМНсп превышал здоровых в 2,2 раза, а в основной – в 3,7 раза ($p < 0,001$). У пациентов контрольной группы СПМНадф был выше нормы в 1,4 раза, а в основной – в 1,8 раза ($p < 0,001$).

Заключение. У большинства пациентов основной группы показатели АСТр значительно превышали референсные значения, что свидетельствует о повышенной склонности к тромбообразованию в микроциркуляторном русле. Это подтверждает необходимость воздействия на механизмы, способствующие гиперагрегации. Полученные данные указывают на стимуляцию гиперагрегации тромбоцитов под влиянием воспалительных медиаторов. Микротромботизация ведет к сужению сосудистого русла, что в свою очередь нарушает газообмен и увеличивает легочно-артериальное сосудистое сопротивление.

ТЕРАПИЯ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ – PRO ET CONTRA

Крижановский К.А.

ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Бессимптомная гиперурикемия (БГУ) – состояние, определяемое как повышение уровня мочевой кислоты (МК) выше референсных значений при отсутствии подагрического артрита и тофусов. БГУ значительно распространена в популяции, имеется множество работ, исследовавших связь между повышением МК и развитием хронических заболеваний. Однако, тактика ведения пациентов имеет значительные «белые пятна» ввиду существующих противоречий между результатами исследований.

Цель. Проанализировать доказательную базу применения уратснижающей терапии (УСТ) для пациентов с БГУ в зависимости от имеющегося коморбидного фона.

Материал и методы. Обзор актуальных отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных БГУ.

Результаты. БГУ имеет сложную, двунаправленную взаимосвязь с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). Наиболее часто БГУ ассоциирована с ревматологическими, почечными и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Национальные клинические рекомендации (КР) сообществ ревматологов рекомендуют не применять УСТ в случае БГУ. В исследованиях было продемонстрировано, что наиболее частый в популяции уровень мочевой кислоты незначительно повышал риски развития подагры, следовательно, длительная УСТ практически не снижает риск развития заболевания (с 0,6% до 0,5% за 5 лет), но гарантированно сопряжена с риском развития побочных реакций и снижением комплаенса. Рандомизированные клинические исследования влияния БГУ на прогрессирование ХБП и эффектов, которые легли в фундамент рекомендаций KDIGO, показали отсутствие статистически значимого эффекта на скорость прогрессирования ХБП. Клинические рекомендации кардиологов ограничиваются определением уровня МК у беременных как предиктора развития преэклампсии. Исследования, посвященные связи БГУ, сердечно-сосудистых событий и эффективности УСТ несут противоречивую информацию. Ретроспективные исследования отмечают выраженный положительный эффект УСТ: регрессирование гипертрофии левого желудочка, снижение цифр артериального давления, уменьшение частоты сердечно-сосудистых событий. В то же время рандомизированные клинические исследования не выявили положительное влияние УСТ. Российский консенсус экспертов предлагает алгоритм ведения пациентов с БГУ, однако авторы отмечают двойственность связи БГУ с ХНИЗ и необходимость крупных исследований для уточнения позиции.

Заключение. *Имеющиеся клинические исследования, рекомендации и консенсусы не позволяют однозначно рекомендовать УСТ широкому кругу пациентов с целью снижения рисков развития хронических неинфекционных заболеваний. Для уточнения тактики требуются крупные рандомизированные клинические исследования.*

РАЗРАБОТКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА НАЛИЧИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кудинова Е.В., Волкова Н.И., Давиденко И.Ю.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, РФ

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) – одно из наиболее часто встречающихся осложнений беременности, его распространенность растет во всем мире. В основе ГСД могут лежать как дефекты выработки инсулина, так и инсулинорезистентность (ИР). Вопросы диагностики подтипов ГСД до сих пор остаются нерешенными, что усложняет своевременное назначение патогенетически обоснованной терапии.

Цель. Разработка диагностической модели по оценке риска наличия различных подтипов ГСД у беременных пациенток.

Материал и методы. В исследование были включены 130 беременных, выделено 3 группы: группа I-45 беременных с дисфункцией β -клеток, группа II-43 беременных с ИР, группа III-42 беременные без ГСД (группа-контроль). Проведено анкетирование, лабораторное обследование (оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ), липидограмма, С-реактивный белок (СРБ), адипонектин, оментин, лептин, аполипопротеины А (Апо-А) и В (Апо-В), инсулин), учитывался вес пациенток до и во время беременности. Для построения диагностической модели использовался метод логистической регрессии. Полученные результаты оценивались с помощью ROC (Receiver Operator Characteristic) – анализа и численного показателя площади под кривой AUC (Area Under Curve).

Результаты. Для II группы характерен более старший возраст ($p = 0,009$), большая масса тела ($p < 0,001$), acanthosis nigricans (14%, $p = 0,03$), больший вес первого ребенка при рождении ($p = 0,047$), редкий прием фолиевой кислоты ($p < 0,001$), низкая физическая активность до беременности ($p < 0,001$). II группа также характеризовалась более высокими значениями глюкозы крови через 60 минут ($p = 0,02$), 120 минут ($p < 0,001$) и триглицеридов ($p = 0,01$).

Адипонектин и Апо-В показали статистически значимые различия по сравнению с I и III группами. С помощью логистической регрессии разработана диагностическая модель: $g = 1 / (1 + \exp(z))$, где g – коэффициент диагностики подтипов ГСД; e – основание натуральных логарифмов, $e = 2,72$; z – коэффициент регрессии: $z = 0,29 * K1 + 5,65 * K2 + 3,17 * K3 + 0,47 * K4 - 83,93$, где $K1$ – вес, кг.; $K2$ – глюкоза натощак, ммоль/л; $K3$ – глюкоза через 2 часа после ОГТТ, ммоль/л; $K4$ – СРБ. Результаты ROC-анализа показали, что площадь под кривой составляет 98.79%. Баланс чувствительности и специфичности обеспечивает до 95.45%, чувствительность – 90%, специфичность – 98.28%.

Заключение. Модель, разработанная для диагностики различных подтипов ГСД, обладает высокой прогностической силой (98.79%), что позволит усовершенствовать персонафицированный алгоритм ведения беременных пациенток с ГСД наряду с существующими алгоритмами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ

Кудрявцева А.И., Гуляева А.П., Куликова Д. И., Бусыгина М.С.,
Русских М.С., Кропачева Н. С.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ
БУЗ УР «ГКБ № 8 МЗ УР», Ижевск, РФ

Введение. Синдром Гийена-Барре (СГБ) – острая воспалительная полирадикулонейропатия аутоиммунного генеза. Это один из видов острых полинейропатий, встречающихся с частотой 1-3 случая на 100 000 населения. Различные варианты нозологических форм данного синдрома, сочетание с другой патологией создает трудности в диагностике этого состояния.

Описание случая. Пациент Д, 65 лет, поступил в 8 ГКБ с жалобами на лихорадку до 38,8⁰С, ломоту в теле, выраженную слабость в конечностях, одышку в покое. Считает себя больным с 08.01.25 г., когда внезапно появилась лихорадка до 38⁰С, постепенно возникла одышка. Далее присоединились общая слабость, слабость в ногах, которые затем перешли на руки. Самостоятельно принимал азитромицин без эффекта. Вечером 10.01 в связи с нарастанием одышки и слабости вызвал СМП и был госпитализирован в терапевтическое отделение, поскольку по СКТ ОГК выявлены КТ-признаки альвеолярного отека легких, левосторонняя S3 пневмония, двусторонний гидроторакс (430 мл с обеих сторон), лимфаденопатия средостения. По СКТ ГМ нет признаков острого нарушения мозгового кровообращения. Из анамнеза известно, что в 2023 г. обследовался у онкологов с подозрением на лимфому и анемию неясного генеза. Работает главным инженером. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение- вынужденное лежа с приподнятым головным концом. Мышечная сила и тонус в ногах резко снижены, не может стоять, повороты в постели затруднены. Кожные покровы бледные. Дыхание ослабленное везикулярное, влажные хрипы рассеянные. SpO2 92%. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 140/80 мм рт.ст., ЧСС 78 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеки до верхней трети голени. Из анализов крови: лейкоцитоз (10x10⁹ г/л), анемия (110 г/л), диспротеинемия (общий белок - 95,2 г/л, альбумины - 25,3 г/л, АСТ - 57,4 Ед/л, АЛТ - 20,7 Ед/л, прокальцитонин - 0,5-2 мкг/л, креатинин - 10,34 ммоль/л, мочевины - 13,0 ммоль/л, СРБ - 219,8 мг/л). В общем анализе мочи - протеинурия (3 г/л). Микробиологическое исследование мокроты показало наличие *Corynebacterium striatum*, *Neisseria flava* str. *mitis oralis*. *Acinetobacter baumannii*. Пациент получал антибактериальную терапию, мочегонные без положительной динамики. Осмотр невролога выявил полинейропатию неуточненную в виде грубого нижнего периферического пареза. В ликворе отмечались явления белково-клеточной диссоциации. Электромиография выявила признаки первично демиелинизирующего поражения периферических нервов. Пациент был переведен в неврологическое отделение с диагнозом СГБ.

Заключение. В приведенном случае продемонстрирована сложность постановки диагноза СГБ в связи с завуалированностью клиники заболевания и из-за сопутствующего поражения других органов и систем. Прогрессирующее симметричное поражение конечностей, сопровождающееся дыхательной недостаточностью, синдром системного воспалительного ответа, связь с инфекцией как триггера заболевания указало на данную патологию.

КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ У ПАЦИЕНТКИ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Кузьменко К.А., Баранова М.М., Решетняк Т.М.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва, РФ

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) — тяжелое аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител с развитием иммуновоспалительного повреждения различных тканей и органов. Развитие криоглобулинемического васкулита при СКВ встречается редко, ассоциировано с поражением периферической и центральной нервной системы, почек, что обычно определяет прогноз болезни.

Описание случая. Пациентка Б., 42 года, поступила в ревматологическое отделение ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в январе 2024 г. с жалобами на боль и припухание мелких суставов кистей, локтевых, плечевых, коленных и голеностопных суставов, рецидивирующие высыпания на коже голеней по типу пурпуры с формированием язв, онемение в стопах, общую слабость. Дебют заболевания в 2002 г. с полиартрита и лихорадки до 39 °С. В 2006 г. впервые выявлены изменения осадка мочи в виде микрогематурии. С 2007 г. — рецидивирующие высыпания на коже нижних конечностей по типу пурпуры, некоторые из них — с образованием язв. Диагноз СКВ верифицирован в 2006 г., проводилась терапия преднизолоном в максимальной дозе 20 мг в сутки с постепенным снижением до поддерживающей дозы 5-10 мг в сутки, циклофосфамидом в суммарной дозе 9500 мг, метотрексатом, микофенолата мофетиллом с недостаточной эффективностью. В связи с очередным обострением для коррекции терапии была госпитализирована в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. При осмотре на обеих голенях определялись мелкоочечные высыпания по типу пальпируемой пурпуры, многочисленные рубцы после заживших язвенных дефектов. Ладонно-подошвенные капилляриты. Подмышечная лимфаденопатия. Артропатия Жакку. Артриты мелких суставов кистей и локтевых суставов. При обследовании были выявлены: лейкопения $2,3 \times 10^9/\text{л}$, Кумбс-позитивная гемолитическая анемия, повышение маркеров острой фазы воспаления СОЭ 40 мм/ч, С-реактивного белка 15,2 мг/л, АНФ 1/2560, повышение антител к Sm 14,5 Ед/мл (0-12), аКЛ IgM 21,8 MPL (0-7.5), волчаночный антикоагулянт положительный, снижение С3 и С4 компонентов комплемента, криоглобулинемия +++, в общем анализе мочи — изолированная эритроцитурия. Инструментально подтверждены: перикардит, гепатоспленомегалия. Неврологом диагностирована сенсорная полиневропатия нижних конечностей. Диагноз СКВ подтвержден. Оценка активности заболевания проводилась по индексу SELENA-SLEDAI (21 балл). Учитывая высокую активность СКВ, сочетание с криоглобулинемическим васкулитом, пациентке инициирована терапия ритуксимабом, увеличена доза преднизолона до 30 мг в сутки (0,5 мг на 1 кг), назначен азатиоприн 100 мг в сутки, гидроксихлорохин 200 мг в сутки.

Заключение. Особенностью случая является развитие редкого сочетания СКВ и криоглобулинемического васкулита с типичными клиническими проявлениями: пурпура, поражение почек (микроэритроцитурия с сохранной азотовыделительной функцией почек) и нервной системы (сенсорная полиневропатия нижних конечностей). Указанное сочетание стало основанием для выбора в качестве основной терапии генно-инженерного биологического препарата ритуксимаб.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У АВИАЦИОННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Кузьмина А.Ю.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Термин «коморбидность» (comorbidity) был впервые предложен в 1970 г. Alvan Feinstein. В последующем Н. Kraemer и М. van den Akker (1998 г.) развили и дополнили эту концепцию. Коморбидность (лат. со – «вместе», morbus – «болезнь») – сочетание у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента, вне зависимости от активности каждого из них. Коморбидность встречается в популяции в среднем в 30% случаев, у лиц до 19 лет составляет, как правило, не более 10%, а в старшей возрастной группе – около 80%. Частота этой патологии существенно возрастает с возрастом.

Цель. Оценить распространенность и структуру основной коморбидной патологии системы кровообращения у лиц летного состава гражданской авиации старшего возраста.

Материал и методы. Основная группа – 1189 пилотов гражданской авиации в возрасте 55 лет и старше поступала на плановое стационарное обследование в отделение экспертизы и восстановительного лечения ФБУ «ЦКБ гражданской авиации» (г. Москва; главный врач – д.м.н. Забродина Н.Б.) по достижении возраста 55 лет и старше без клинических показаний с последующим освидетельствованием в Центральной врачебно-летной экспертной комиссии гражданской авиации. Было проведено полное клиническое обследование с применением общеклинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Результаты. Основная патология у обследуемых лиц старшего возраста – атеросклероз (99,5% случаев). В большинстве случаев было отмечено поражение двух и более сосудистых бассейнов – в 97,1% случаев. Ожирение и избыточная масса тела у этих лиц встречалась в 82,2%, дислипидемия – в 72,3% наблюдений. Распространенность гипертонической болезни была меньше – 26,7% случаев. Другие сердечно-сосудистые заболевания у этой группы лиц встречались еще реже. Выявленные отклонения имеют общую патогенетическую (возможно и генетическую) взаимосвязь, единство двух и/или более заболеваний у одного пациента.

Заключение. *Коморбидность характерна для обследуемых старшей возрастной группы, ее частота составляет 97,1% случаев. Основными сердечно-сосудистыми заболеваниями у этих лиц являются возраст-ассоциированные, метаболические расстройства – атеросклероз и нарушения жирового обмена, что необходимо принимать во внимание при обследовании и определении прогноза (разграничивая нормальное и патологическое старение).*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕБУКСОСТАТА У ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кузьмина Я.И., Елисеев М.С., Чикина М.Н., Желябина О.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва, РФ

Актуальность. Назначение уратснижающей терапии для лечения подагры тесно связано с наличием тех или иных сопутствующих заболеваний, включая хроническую болезнь почек (ХБП). Фебуксостат у пациентов с подагрой, ХБП и исходным снижением почечной функции рассматривается как препарат выбора, однако доподлинно неизвестно, связано ли его предполагаемое благоприятное влияние на функцию почек с достижением в сыворотке крови целевого уровня мочевой кислоты (МК).

Цель. Оценить влияние максимальных доз фебуксостата на вероятность достижения целевого уровня МК и на функцию почек у пациентов с подагрой и ХБП СЗ.

Материал и методы. В ретроспективное наблюдательное исследование были включены лица старше 18 лет с диагнозом «подагра» и уровнем МК в сыворотке крови более 360 мкмоль/л. Из 112 пациентов, которым впервые был назначен фебуксостат, была сформирована выборка, в которую вошли 29 (32,5%) больных с ХБП СЗ. Стартовая доза фебуксостата – 80 мг/сут. При недостижении целевого уровня МК в сыворотке доза увеличивалась до 120 мг/сут. Период наблюдения составлял не менее шести месяцев (26 недель). Лабораторные исследования включали клинический анализ крови, определение сывороточного уровня глюкозы, креатинина, МК, трансаминаз, креатинфосфокиназы до начала и по окончании наблюдения. Оценивалась динамика значений сывороточного уровня МК, креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в зависимости от достижения целевого уровня МК.

Результаты. Прием фебуксостата ассоциировался с достоверным снижением сывороточного уровня МК ($503,02 \pm 147,10$ vs $283,70 \pm 70,10$ мкмоль/л, Δ МК – $-227,3$ [$-313,3$; $-108,0$] мкмоль/л, $p < 0,0001$), креатинина ($131,4 \pm 24,5$ vs $117,8 \pm 21,5$ мкмоль/л, $p = 0,03$), а также с тенденцией к нарастанию СКФ ($49,9 \pm 8,6$ vs $54,9 \pm 14,5$ мл/мин/1,73 м², $p = 0,1$). Из 29 пациентов целевого уровня МК достиг 21 (72%). Увеличение средних значений расчетной СКФ было зафиксировано во всех группах, но статистически значимых различий не получено. Была также установлена обратная корреляционная зависимость между Δ МК и Δ СКФ ($R = 0,49$, $p < 0,05$).

Заключение. Прием фебуксостата в максимальной дозе может считаться эффективным и безопасным способом лечения подагры у пациентов с умеренно сниженной функцией почек. Возможность фебуксостата замедлять прогрессирование ХБП у таких больных зависит от выраженности уратснижающего эффекта препарата, однако это должно быть подтверждено в более крупных исследованиях.

НЕВИДИМЫЙ ВРАГ: Long COVID НА ФОНЕ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЛИМФОМЫ

Куправа Т.Ш., Воронкова О.О., Буданова Д.А.

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

Введение. Фолликулярная лимфома (ФЛ) в сочетании с Long COVID представляет сложную клиническую проблему. Пациенты с лимфопролиферативными заболеваниями, особенно получающие терапию, истощающую В-клетки, подвержены риску затяжного течения COVID-19. Мы представляем уникальный случай сочетания ФЛ и Long COVID.

Описание случая. Пациентка С., 73 лет, была госпитализирована 18.12.24 г. в гематологическое отделение УКБ №1 с диагнозом ФЛ grade 1-2, с участками ФЛ grade 3a в связи с развитием лихорадки после курса полихимиотерапии (ПХТ). Отмечала повышение температуры до фебрильных значений без катаральных явлений с 07.12.24 г. Самостоятельно принимала анальгетик с положительным, но кратковременным клиническим эффектом. Из анамнеза: С апреля 2024 г. наблюдается с диагнозом ФЛ. Последняя госпитализация была 07.08.24 г. Проводились 2 курса ПХТ по программе RB со сменой терапии на 2 курса R-CHOP. После каждого курса ПХТ отмечала фебрильную лихорадку без катаральных явлений и признаков нейтропении в общем анализе крови (ОАК). Из хронологических событий одной из причин субфебрилитета рассматривался первый эпизод поверхностного тромбофлебита, возникшего на фоне снятия периферического катетера после 2 курса ПХТ. В последующем, по результатам дуплексного сканирования сосудов вен верхних конечностей эхо-признаков тромбоза больше не выявлялось. По результатам КТ ОГК данных за пневмонию не было получено. Экспресс-тест на коронавирусную инфекцию от 28.10.2024 г. и 08.12.2024 г. с положительными результатами. Также после каждого курса ПХТ развивался посткурсовой агранулоцитоз, в связи с чем проводились терапии гранулоцитарно-макрофагальным колониестимулирующим фактором. При поступлении 18.12.2024 г. была жалоба на сохраняющуюся общую слабость. Соматический статус: состояние средней степени тяжести, в остальном без особенностей. По итогам лабораторных исследований: анемия средней степени тяжести (гемоглобин - 107 г/л), лимфопения, повышение острофазовых маркеров. 28.12.2025 г. была выписана на фоне улучшения состояния. По данным контрольного ПЭТ-КТ от 24.01.2025 г. виден полный регресс метаболически активных очагов в лимфоузлах шеи, надключичной, околоушной области и в носоглотке, возрастание активности со стабилизацией размеров лимфоузлов в брыжейке тонкой кишки.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует диагностические и терапевтические сложности ведения иммунокомпрометированного пациента с ФЛ, осложненной проявлениями Long COVID. Уникальность наблюдения заключается в развитии рецидивирующей фебрильной лихорадки, что потребовало проведения тщательной дифференциальной диагностики.

УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК: ВСЕ ЛИ МЫ ЗНАЕМ?

Курашин В.К.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Известно, что гиперурикемия связана с повышенным сердечно-сосудистым риском (ССР). При этом влияние принятых нормальных уровней мочевого кислоты (МК) на ССР изучено недостаточно.

Цель. Проанализировать взаимосвязь уровня МК в пределах принятых нормальных диапазонов с величиной ССР на примере популяции Нижегородского региона.

Материал и методы. В ходе исследования ЭССЕ-РФЗ в Нижегородском регионе отобрано 2501 человек в возрасте 35-74 года. Всем участникам проводилось анкетирование с целью выявления факторов ССР, физикальное обследование и забор крови для проведения лабораторных исследований. Нормальный уровень МК определялся согласно клиническим рекомендациям: менее 360 мкмоль/л у женщин и менее 420 мкмоль/л у мужчин. Десятилетний ССР рассчитывался по формуле Framingham; определялась также «оптимальная» величина ССР, которая соответствовала риску лица того же возраста с оптимальными значениями факторов ССР. Для проведения корреляционного анализа рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена. Точки отсечения количественных признаков определялись с помощью анализа ROC-кривых. Для построения прогностической модели риска использовался метод бинарной логистической регрессии. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 26» (США).

Результаты. Среди обследованной выборки показатель МК был в пределах принятой нормы у 76,9% респондентов. Дальнейший анализ проводился среди данной категории лиц. Выявлено, что в каждой из возрастных групп уровень МК заметно коррелировал с величиной ССР по Framingham (35-39 лет – $r=0,502$; 40-44 года – $r=0,499$; 45-49 лет – $r=0,553$; 50-54 года – $r=0,386$; 55-59 лет – $r=0,345$; 60-64 года – $r=0,421$; 65-69 лет – $r=0,365$; 70-74 года – $r=0,234$; $p < 0,001$ во всех возрастных группах). Также при помощи ROC-анализа была найдена точка отсечения уровня МК (285 мкмоль/л), которая позволила выявлять лиц в возрасте 35-50 лет с повышением десятилетнего ССР по сравнению с «оптимальным» с чувствительностью 74% и специфичностью 62% (AUC $0,730 \pm 0,018$, 95% ДИ 0,694; 0,766, $p < 0,001$). При этом гендерных различий не оказалось. Построение регрессионной модели показало, что у лиц в возрасте 35-50 лет с уровнем МК > 285 мкмоль/л, более, чем в 4 раза увеличивается вероятность превышения индивидуальных ССР над «оптимальными» (ОШ 4,192, 95% ДИ 3,083; 5,698, $p < 0,001$).

Заключение. Было показано, что МК может влиять на ССР в пределах принятых нормальных ее значений. Таким образом, требуются дальнейшие исследования с целью определения прогностической роли уровня МК и, возможно, расширение показаний для терапевтических воздействий с целью снижения уровня МК, особенно у молодых лиц.

ВЛИЯНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ У ЛИЦ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кутья А.Е., Никулин И.Ю., Пылаева Е.А., Михайличенко Е.С.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, Донецк, РФ

ГБУ ДНР РКБ им. М.И. Калинина, Донецк, РФ

ГБУЗ ДНР ГКБ №7, Донецк, РФ

Актуальность. Распространенность панкреатогенного сахарного диабета (СД-П) за последнее десятилетие увеличилась в 3 раза, ежегодный темп роста сейчас составляет 2,8%.

Прогнозируется, что к 2050 г. в общей популяции доля лиц с СД-П может достигнуть 15,8 случаев на 100 000 человек. Несмотря на высокую распространённость, вопрос выбора сахароснижающей терапии при СД-П является до конца не решенным.

Цель. Оценить эффективность сахароснижающей терапии у пациентов СД-П, развившимся после острого и хронического панкреатита.

Материал и методы. Под наблюдением находился 81 пациент с СД, который развивался на фоне панкреатита (в 53 случаях диабет сформировался после эпизода острого, и в 28 наблюдениях – в результате течения хронического панкреатита). В качестве базисной сахароснижающей терапии применялись препараты инсулина в индивидуально подобранных дозах, а также метформин в начальной дозе 1000 мг/сут, при уровнях HbA1C >8% и гликемии натощак >10 ммоль/л к нему также добавляли препараты инсулина с последующим подбором дозировок. Оценивали исходно и в динамике: гликозилированный гемоглобин (HbA1C), индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR), индекс глюкозотоксичности (НОМА-В), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), индекс массы тела (ИМТ), систолическое артериальное давление (САД). Длительность наблюдения составила 10,6±2,7 месяцев. Статистическую обработку полученных данных выполняли в приложении Microsoft Excel 2007.

Результаты. При динамическом наблюдении было отмечено, что степень снижения (показатель Δ – разница между конечным и начальным значением показателя) абсолютных величин показателя Δ для HbA1C была более значима среди тех, у кого СД-П сформировался после острого панкреатита ($-1,65 \pm 0,31\%$), чем у больных с СД-П, развившимся в результате хронического панкреатита ($-1,41 \pm 0,26\%$), но различия по данному показателю между группами статистической значимости не достигли, $p > 0,05$. Однако, у лиц с СД-П, развившимся в результате хронического панкреатита, достоверно более существенным было снижение индекса НОМА-IR (в абсолютном выражении величины Δ составили соответственно $-0,62 \pm 0,19$ и $-0,36 \pm 0,11$), повышение индекса НОМА-В (в абсолютном выражении величины Δ составили соответственно $+9,3 \pm 1,2$ и $+5,5 \pm 0,8$), для всех представленных различий между группами $p < 0,05$. В группе, где СД-П развивался после острого панкреатита, в сравнении с теми, у кого его развитие было ассоциировано с течением хронического панкреатита, более значимым оказалась и степень снижения функции почек в процессе наблюдения, так уровни СКФ в абсолютном выражении величины Δ составили соответственно $-6,9 \pm 1,2$ и $-3,2 \pm 0,8$. Статистически значимых отличий в динамике уровней САД и ИМТ между этими подгруппами отмечено не было, $p > 0,05$.

Заключение. На фоне проводимого лечения, включавшего метформин, в обеих группах наблюдалась положительная динамика представленных клинико-лабораторных параметров, с достоверным снижением средних величин HbA1C, индекса НОМА-IR, систолического артериального давления, а также со статистически значимым повышением значений индекса НОМА-В. Что позволяет судить о более широком применении метформина у больных с разными формами СД-П.

НЕПРЕДСКАЗУЕМЫЙ СЦЕНАРИЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТКИ С ИСХОДНО НИЗКИМ КАРДИОТОКСИЧЕСКИМ РИСКОМ

Куцакина Д.А., Буданова Д.А., Ильгисонис И.С.

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

Введение. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты развития сердечно-сосудистых событий, ассоциированных с кардиоваскулотоксичностью (КВТ) противоопухолевой терапии (ПОТ). Поэтому пациенты онкологического профиля требуют тщательного кардиологического обследования перед началом полихимиотерапии (ПХТ). **Описание случая.** Пациентка 60 лет, госпитализирована в гематологическое отделение с диагнозом фолликулярная лимфома с прогностически неблагоприятным морфологическим вариантом и большим объемом опухолевой массы (небные миндалины, шейные, надключичные, бронхопульмональные, паховые, бедренные л/у, костного мозга). Принято решение о безотлагательной инициации ПХТ по программе R-CHOP (ритуксимаб, циклофосфамид, доксорубин, винкристин, преднизолон). В рамках стратификации исходного КВТ-риска выполнены: липидограмма (общий холестерин 8,61 ммоль/л; не-ЛПВП 7,18 ммоль/л), оценка уровня кардиоспецифических маркеров (Тропонин I 1,94 нг/л (N <5,0); NT-proBNP 115 пг/мл (N <125)), ЭКГ (без патологии) и ЭХО-КГ (ФВ ЛЖ 59%). Исходный КВТ-риск – низкий, абсолютных показаний для назначения кардиопротективной, антитромботической терапии нет. Начата статинотерапия. На 2-е сутки введения ПОТ у пациентки развился приступ стенокардии. На ЭКГ в момент приступа – элевация сегмента ST в II, III, aVF. По данным ЭХО-КГ – гипокинез базально-нижнего сегмента ЛЖ. Пациентка переведена в ОРИТ с диагнозом: ОКСпST. Кардиоспецифические маркеры в динамике: Тропонин I 8970 нг/л, NT-proBNP 458 пг/мл. Выполнена экстренная КАГ: тромбоз ПКА, стенозирующий атеросклероз ПМЖВ до 60-70%; ЧКВ (БАП и стентирование) ПКА. Дальнейшее наблюдение в отделении кардиологии. Начата терапия иАПФ, ДДАТ, липидмодифицирующая терапия. Выписана с улучшением. Следует отметить, что согласно европейским клиническим рекомендациям по кардиоонкологии, применение препаратов анти-CD20 (ритуксимаб) и алкилирующих агентов (циклофосфамид) редко приводит к возникновению коронарного тромбоза. ПОТ возобновлена через месяц после коронарного события. Принимая во внимание возможные высокие КВТ-эффекты предстоящей ПХТ, морфологический вариант и агрессивность течения лимфомы, принято решение о смене курса на RB (ритуксимаб, бендомустин).

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует возникновение инфаркта миокарда на фоне ПХТ у пациентки с исходно низким КВТ-риском. Актуальным представляется поиск новых инструментов для более точной стратификации исходного КВТ-риска и своевременной реализации превентивных стратегий.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГЕМОХРОМАТОЗОМ

Лауар Мохамед Хусем Эддин, Резник Е.В.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Актуальность. Гемохроматоз при отсутствии терапии представляет собой опасное для жизни состояние, связанное с избыточным содержанием железа в организме. Выделяют первичный (наследственный) гемохроматоз, возникающий вследствие мутаций в генах, кодирующих белки обмена железа, и вторичный (приобретенный) — результат нерациональной терапии препаратами железа, заболеваний печени или многократных гемотрансфузий.

Цель. Охарактеризовать состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у пациентов с первичным гемохроматозом.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 52 пациентов с генетически подтвержденным первичным гемохроматозом.

Результаты. Среди пациентов с первичным гемохроматозом у 28 (53,85%) обнаружена гомозиготность по мутации p.H63D в гене HFE. Гомозиготность по варианту p.C282Y в гене HFE встречалась у 22 (42,31%) пациентов, в то время как компаунд гетерозиготность по мутации C282Y и H63D в гене HFE наблюдалась - у 1 (1,85%) пациента, и также гетерозиготность по мутации в гене SLC40A (первичный гемохроматоз тип 4a – ферропортиновая болезнь). У 21 (40,38%) пациентов в анамнезе имелась артериальная гипертензия (АГ): у 10 (19,23%) пациентов была АГ 1 степени, у 5 (9,62%) – АГ 2 степени и у 5 других (9,62%) – АГ 3 степени. Сывороточный ферритин составил 576,5 (379,1; 972,3) мкг/л, ДИ = 502,06-1374,71. Следует иметь в виду, что в нашем исследовании цирроз печени наблюдался только у 1 (1,92%) пациента, тогда как в литературе есть данные, что он встречается у 25%, в то время как частота встречаемости гепатомегалии была сопоставима с литературными данными – встречалась у 17 (32,69%) пациентов. Гиперпигментация кожи преобладала у 14 (26,92%) наших пациентов. При анализе жалоб пациентов сердцебиение и/или перебои в работе сердца отмечались у 12 (23,08%), общая слабость и/или утомляемость – у 15 (28,85%), одышка – у 7 (13,46%), отеки – у 3 (5,77%) пациентов. У 5 (12,82%) пациентов без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе была указана в диагнозе сердечная недостаточность (СН). При анализе ЭКГ патологический зубец Q выявлен у 15 (28,85%) пациентов без ИМ в анамнезе. Фибрилляция предсердий (ФП) в анамнезе указана у 2 (3,85%) пациента. Синусовая брадикардия без приема ритм-урежающих препаратов выявлена у 14 (26,92%) пациентов.

Заключение. Пациентам с сердечно-сосудистой патологией неизвестной этиологии, в том числе с нарушениями ритма и проводимости, псевдоинфарктными изменениями ЭКГ, особенно при наличии синусовой брадикардии, необходим скрининг на гемохроматоз. Пациентам с верифицированным гемохроматозом необходимо тщательное обследование сердечно-сосудистой системы для своевременной диагностики, профилактики и терапии кардиальных осложнений.

АЛГОРИТМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Лейнеман Я.А.

СЗГМУ им ИИ Мечникова, МЦРМ

Актуальность. С учетом возможности достижения ремиссии у пациентов с ревматическими заболеваниями в настоящее время актуален вопрос разработки алгоритмов планирования и ведения беременности у пациенток с ревматическими заболеваниями.

Цель. Современные представления о репродуктивном здоровье пациентов с ревматическими заболеваниями. Представления о методах вспомогательных репродуктивных технологий. Спектр возможных осложнений. Важные риски для пациентов с ревматическими заболеваниями. Анализ имеющихся рекомендаций ACR и EULAR по тактике ведения протоколов планирования, ВРТ и ведения самой беременности у пациенток с ревматическими заболеваниями.

Материал и методы. 10 лет опыт работы в Международном центре репродуктивного здоровья.

Результаты. Разработаны подходы к планированию и ведению беременности у пациенток с ревматическими заболеваниями.

Заключение. *Обязателен этап планирования беременности у пациентов с ревматическим заболеванием. Достижение и поддержание ремиссии на терапии, применение которой возможно в беременность. Своевременное применение программ отложенного материнства, суррогатного материнства при тяжелом течении заболевания и желании женщины сохранить репродуктивную функцию.*

КЛАСТЕРИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Лунев В.И., Федорова Е.В., Шерегова Е.Н., Кладовикова О.В., Ларина В.Н.
*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет),
Москва, РФ*
ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ» Филиал №4, Москва, РФ
ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ», Москва, РФ

Актуальность. Выявление кластеров с низким уровнем приверженности лечению позволит сформировать стратегию повышения приверженности с учетом выявленных «слабых» мест.

Цель. Выделение кластера амбулаторных пациентов кардиологического профиля с наименьшим уровнем полной приверженности лечению по шкале приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ).

Материал и методы. Включено 341 амбулаторных кардиологических пациентов (41% – мужчины) в возрасте 70 (64–76) лет. Кластеризация проводилась методом иерархического кластерного анализа (метод кластеризации: Ward's Method; мера подобия: квадрат евклидова расстояния).

Результаты. Выделены кластеры: К1 – 40 пациентов в возрасте 73 (64–80) лет, К2 – 126 пациентов в возрасте 65 (60–70) лет, К3 – 175 пациентов в возрасте 72 (68–77) лет. Пациенты кластеров К1, К2 и К3 статистически значимо отличались между собой по уровню приверженности по шкале НОДФ (К1=65%, К2=79%, К3=84%, $p=0,024$), полу (мужской: К1=25%, К2=33%, К3=51%, $p=0,001$), наличию высшего образования (К1=45%, К2=80%, К3=64%, $p<0,001$), проживанию с семьей (К1=13%, К2=100%, К3=99%, $p<0,001$), наличию артериальной гипертензии (К1=93%, К2=100%, К3=100%, $p<0,001$), ишемической болезни сердца (К1=53%, К2=4%, К3=60%, $p<0,001$), инфаркта миокарда (К1=10%, К2=0%, К3=23%, $p<0,001$), фибрилляции предсердий (К1=38%, К2=4%, К3=37%, $p<0,001$), хронической сердечной недостаточности (ХСН) (К1=50%, К2=5%, К3=37%, $p<0,001$), хронической болезни почек (К1=30%, К2=6%, К3=31%, $p<0,001$), сахарного диабета (К1=25%, К2=7%, К3=54%, $p<0,001$), употреблению 400–500 г фруктов и овощей в день (К1=40%, К2=36%, К3=13%, $p<0,001$), посещению врача не реже 1 раза в 6 месяцев (К1=90%, К2=75%, К3=99%, $p<0,001$), возрасту ($p<0,001$), индексу массы тела ($p=0,015$), окружности талии ($p<0,001$). Кластер с наименьшим уровнем полной приверженности лечению представлен пациентами, преимущественно женского пола (75%), со средним образованием (55%), проживающими без семейного окружения (87%), с ХСН в анамнезе (50%), посещающими врача не реже 1 раза в 6 месяцев.

Заключение. Выявленный кластер низкой приверженности характеризуется значимой ассоциацией с женским полом, социальной изоляцией и наличием ХСН. Требуется разработка персонализированных подходов, включающих упрощение режимов терапии и усиление психосоциальной поддержки для уязвимых групп.

Работа выполнена при поддержке АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении» (Соглашение №0703-11/23; Договор №0703-11/23-ИНИР).

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мареева В.А., Клименко А.А.

ООО «Олимп Клиник МАРС», Москва, РФ

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Актуальность. В настоящее время большое количество работ посвящены изучению легочной гипертензии (ЛГ), возникшей при прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН), с оценкой состояния правых отделов сердца с помощью правожелудочково-артериального сопряжения (ПЖАС). Однако не анализировалась группа ЛГ-ХСН ишемического происхождения (ЛГ-иХСН) с выделением клинических фенотипов на основании значений ПЖАС.

Цель. Изучить клинические и прогностические характеристики пациентов при ЛГ-иХСН.

Материал и методы. Изучено 69 стабильных пациентов от 45 лет с ЛГ-иХСН и различными фракциями выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). ЛГ устанавливалась при повышении систолического давления (СДЛА) в легочной артерии более 30 мм рт.ст. по данным эхокардиографии. ПЖАС рассчитывалось всем больным в виде соотношения амплитуды систолического движения кольца трикуспидального клапана (TAPSE) к СДЛА. Период наблюдения для оценки долгосрочных исходов составил $13,2 \pm 0,9$ месяцев. Точка отсечения ПЖАС для прогнозирования неблагоприятных событий была определена с помощью ROC анализа. За пациентами проводилось динамическое дистанционное наблюдение с помощью телефонного звонка каждые 3 месяца.

Результаты. Между группами со сниженной, умеренно-сниженной и сохраненной ФВ ЛЖ значимых различий выявлено не было. Сформированы 3 клинических фенотипа с тяжелым $0,47$ мм/мм рт. ст. разобщением ПЖАС. Легкое разобщение ПЖАС характеризовалось наилучшим клиническим состоянием (отеки нижних конечностей в 18% случаев; асцит и синкопальные состояния не наблюдались; чаще встречались стадии ХСН I (14%) и II (59%), функциональный класс (ФК) ЛГ I (14%), II (73%)), структурно-функциональным состоянием сердца (СДЛА $32,3 \pm 7,6$ мм рт.ст.; TAPSE $20,1 \pm 2,2$ мм.; ПЖАС $0,674 \pm 0,249$ мм/мм рт.ст.; ФВ ЛЖ $49,4 \pm 11,4\%$; время ускорения в легочной артерии $100,3 \pm 30,8$ м/с; площадь правого предсердия $17,5 \pm 4,7$ см²; правый желудочек $2,95 \pm 0,5$ см; нижняя полая вена $1,65 \pm 0,29$ см) и переносимостью физических нагрузок (дистанция теста шестиминутной ходьбы $368,1 \pm 117,9$ м). ПЖАС $\leq 0,47$ мм/мм рт.ст. был связан с неблагоприятными исходами при наблюдении в течение $13,2 \pm 0,9$ месяцев. По данным телефонного контроля, 10% пациентов перешли с III ФК во II.

Заключение. ПЖАС и клинические фенотипы помогают сформировать более полное клиничко-прогностическое представление о состоянии больных с ЛГ-иХСН. Телефонный контроль позволяет усилить приверженность больных к терапии.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ НГЛТ2 НА УРОВЕНЬ АСИММЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГИНИНА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Махкамова М.М., Нуриллаева Н.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЗБП) часто сочетаются, увеличивая риск сердечно-сосудистых осложнений. Одним из ключевых механизмов их патогенеза является эндотелиальная дисфункция, маркером которой является асимметричный диметиларгинин (АДМА). Исследование уровня АДМА позволяет выявить степень эндотелиального повреждения и стратифицировать пациентов для подбора оптимальной терапии. Ингибиторы НГЛТ2 доказали свою эффективность в снижении сердечно-сосудистого риска, однако их влияние на эндотелиальную функцию при кардиометаболическом синдроме остается недостаточно изученным.

Цель. Определить уровень АДМА у пациентов с ИБС на фоне МАЗБП и оценить влияние ингибиторов НГЛТ2 на эндотелиальную функцию в зависимости от степени АДМА и сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. В исследование включены пациенты с подтвержденной ИБС и МАЗБП (n=32). Критериями включения служили возраст от 40 до 70 лет и подтвержденная ИБС, МАЗБП – наличие признаков метаболических нарушений (ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемия). Уровень АДМА определяли методом иммуноферментного анализа (ELISA) в сыворотке крови. Проводились лабораторные исследования (АДМА, НОМА-IR, липидный профиль, трансаминазы), инструментальная диагностика (ЭКГ, Фиброскан, ЭхоКГ, FMD-тест), оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE. Пациентам назначалась терапия в зависимости от уровня АДМА и степени МАЗБП, включая ингибиторы НГЛТ2 и гепатопротекторы. Пациенты предоставили информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. Пациенты были разделены на группы в зависимости от уровня АДМА: Группа 1: АДМА $\leq 0,55$ мкмоль/л (низкий риск); Группа 2: АДМА 0,56–0,75 мкмоль/л (умеренный риск); Группа 3: АДМА $> 0,75$ мкмоль/л (высокий риск). Пациенты находились под наблюдением в течение 6 месяцев. Все пациенты с повышенным уровнем АДМА ($> 0,75$ мкмоль/л) получали терапию ингибиторами НГЛТ-2.

Средний уровень АДМА до лечения составил $0,82 \pm 0,14$ мкмоль/л, после терапии снизился до $0,68 \pm 0,12$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Показатели УЗИ манжетной пробы (FMD) до лечения – $5,2 \pm 1,1\%$, после терапии – $7,1 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$). Уровень СРБ снизился с $3,6 \pm 0,9$ мг/л до $2,4 \pm 0,8$ мг/л ($p < 0,05$). Индекс НОМА-IR до лечения составил $3,9 \pm 0,7$, после терапии снизился до $2,8 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о значительном улучшении чувствительности к инсулину.

1. У пациентов с АДМА $> 0,75$ мкмоль/л наблюдалась выраженная эндотелиальная дисфункция, высокая инсулинорезистентность и повышенный сердечно-сосудистый риск.
2. Назначение ингибиторов НГЛТ2 в этой группе способствовало снижению уровня АДМА, улучшению эндотелиальной функции и снижению сердечно-сосудистых осложнений.
3. Пациенты с АДМА $\leq 0,75$ мкмоль/л демонстрировали стабилизацию состояния на фоне стандартной терапии.

Заключение. Определение уровня АДМА у пациентов с ИБС и МАЗБП позволяет персонализировать терапию. Назначение ингибиторов НГЛТ2 обосновано при АДМА $> 0,75$ мкмоль/л, особенно у пациентов с высокой инсулинорезистентностью и выраженной степенью МАЗБП. Персонализированный подход может способствовать снижению риска сердечно-сосудистых осложнений в данной категории пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мацкевич С.А., Бельская М.И.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь
ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Интерес к проблеме кардиоренальных взаимоотношений объясняется значительным увеличением количества пациентов с дисфункцией почек. Основными причинами развития дисфункции почек зачастую является сердечно-сосудистая патология.

Цель. Оценить взаимосвязь дисфункции почек с дисфункцией эндотелия при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 182 пациента (средний возраст $60,14 \pm 5,72$ года) с ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA), давность перенесенного (с зубцом Q) инфаркта миокарда составила $4,23 \pm 2,42$ года. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включены. Медикаментозное лечение: бета-адреноблокаторы, антагонисты рецепторов ангиотензина или ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, дезагреганты, статины, диуретики. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила $50,6 \pm 6,16\%$. Исследование вазомоторной функции эндотелия проведено по методу D.S. Celermajer. Уровень цистатина С определяли с использованием наборов Randox (норма до 1,05 мг/л), микроальбуминурию (МАУ) в моче – с использованием анализатора Olympus, уровень альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Скорость клубочковой фильтрации по цистатину С рассчитывали по формуле: $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$.

Результаты. Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в пределах нормальных значений у всех пациентов. Снижение СКФ (по цистатину С) отмечалось у 64,3% пациентов. Повышенный уровень А1М выявлен у 19,8% пациентов, МАУ определялась в 19,2% случаев. Нарушение вазомоторной функции эндотелия отмечалось в 96,2% случаев, коэффициент чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига был ниже нормальных его значений ($p < 0,01$). В группе пациентов со сниженной СКФ выявлена корреляционная взаимосвязь уровня цистатина С с ФВ ЛЖ ($R = -0,82$, $p < 0,001$) и с ФК ХСН ($R = 0,50$, $p < 0,01$), а также взаимосвязь уровня А1М с коэффициентом чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига ($R = 0,47$, $p < 0,01$) и со скоростным показателем дисфункции эндотелия ($R = 0,46$, $p < 0,01$).

Заключение. У большинства пациентов с ХСН ишемического генеза на фоне дисфункции эндотелия выявлены признаки дисфункции почек при отсутствии клинических проявлений. Очевидно, эти изменения могут свидетельствовать о наличии взаимосвязи дисфункции почек с дисфункцией эндотелия при ХСН, а также о взаимосвязи дисфункции почек со снижением сократительной функции сердца и со степенью выраженности ХСН.

СОСТАВЛЕНИЕ ПРОГНОЗА ПО УТРАТЕ ЗДОРОВЬЯ В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ПОМОЩЬЮ ДИСТАНЦИОННОГО АНКЕТНОГО СКРИНИНГА

Мелюк А.Г.

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

Актуальность. Актуальной проблемой здравоохранения является рост числа хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), на долю которых приходится более 90% летальных исходов. В настоящее время существует потребность в реализации мероприятий, направленных на раннее выявление, своевременную коррекцию факторов риска (ФР), способствующих развитию ХНИЗ, а также в оценке прогноза заболеваемости ХНИЗ для улучшения качества жизни населения.

Цель. Оценить ФР ХНИЗ, степень их выраженности и наиболее вероятный прогноз заболевания с помощью дистанционного анкетного скрининга на основе искусственного интеллекта.

Материал и методы. Была разработана оригинальная анкета, вопросы которой соответствуют методике врачебного осмотра по 5 профилям патологии: кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология и онкология. Интерпретация всех медицинских данных анкеты, включая комплексную оценку ФР, осуществлялась с помощью технологии искусственного интеллекта по 1098 решающим правилам, которые определяют логику работы системы. В исследовании приняли участие 3155 человек, в возрасте $20 \pm 1,5$ года, 53% женщин и 47% мужчин.

Результаты. В зависимости от выявленных ФР было установлено, что с наибольшей частотой обследуемых беспокоят жалобы со стороны эндокринной (28,9%), пищеварительной (21,1%), дыхательной (21,1%), сердечно-сосудистой (20,1%) систем и онкологическая настороженность (8,1%). По результатам анализа данных высокая степень риска была выявлена у 11,7% обследуемых, средняя - у 30,9% и низкая - 57,4%. Соответственно, у людей с высокой степенью риска развитие ХНИЗ в течение 10 лет будет с вероятностью 33%, со средней и низкой степенью риска - до 29%. Изучение эффективности телемедицинской системы проводилось с помощью нескольких статистических методов.

Заключение. *Дистанционный анкетный скрининг объективно выявляет ФР ХНИЗ по указанным профилям, являясь эффективным инструментом профилактической медицины, а также формирует прогноз заболеваемости ХНИЗ по полученным результатам.*

СВОЕВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНА РОСТА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ

Минакова А.С., Тихонович Ю.В., Фокина А.С.

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

ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова» Минобрнауки России, Москва, РФ

Введение. Синдром Прадера-Вилли (СПВ) – это редкое наследственное заболевание, вызванное повреждением одного или нескольких генов (SNRPN, NDN и др.) в проксимальной части длинного плеча отцовской 15-й хромосомы или материнской дисомией по 15-й хромосоме. Характеризуется сниженной внутриутробной активностью плода, ожирением, мышечной гипотонией, умственной отсталостью, низким ростом, гипогонадотропным гипогонадизмом, маленькими конечностями. Основными причинами смерти у пациентов с СПВ являются осложнения вследствие ожирения. Представленный клинический случай подчёркивает важность ранней диагностики СПВ и демонстрирует положительный эффект от своевременного назначения терапии рекомбинантным гормоном роста (рГР).

Описание случая. Девочка 8 лет поступила в эндокринологическое отделение с установленным клиническим диагнозом «Синдром Прадера-Вилли».

Диагноз поставлен в 2016 году на основании выраженной постнатальной мышечной гипотонии, множественных стигм дизэмбриогенеза и результатов молекулярно-генетической диагностики (отсутствие неметелированного аллеля промоторной области гена SNRPN). В 1 год 4 месяца ввиду сниженного темпа роста назначена терапия рГР. Отмечалось улучшение тонуса мышц, прогрессия освоения навыков. В 7 лет ростостимулирующая терапия прервана из-за отсутствия торгового варианта рГР.

При поступлении рост 130 см (standard deviation score (SDS) роста -0,24), вес 31 кг, индекс массы тела (ИМТ) 18,3 кг/м² (SDS ИМТ +0,82). Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Стигмы дизэмбриогенеза: маленькие кисти и стопы, страбизм, высокий лоб, башенный череп, миндалевидный разрез глаз, тонкие губы, короткая шея. Мышечный тонус незначительно снижен. Половые органы сформированы по женскому типу правильно.

Заключение офтальмолога: косоглазие обоих глаз. Лабораторные исследования - значимых отклонений нет. Инсулиноподобный фактор роста 1 (ИФР-1): 100 нг/мл (SDS ИФР-1 -0,6).

По данным электрокардиограммы: аритмия. На рентгенограмме кистей в возрасте 8 лет 7 месяцев костный возраст - 8 лет 3 месяца.

Для улучшения антропометрических параметров и композиционного состава тела была рассмотрена возможность возобновления терапии соматотропином.

Учитывая потенциальный риск гипертрофии лимфоидной ткани носоглоточного кольца и ухудшения параметров дыхания во сне с риском развития апноэ на фоне терапии соматотропином, проведена полисомнография – ночные апноэ отсутствуют.

На основании полученных данных рекомендовано возобновление терапии соматотропином, выполнение рекомендаций офтальмолога, рационализация питания и увеличение физической активности.

Заключение. Согласно клиническим рекомендациям «Ожирение у детей» от 2024 года, детям с СПВ одобрена терапия соматотропином. При назначении рГР до развития ожирения происходит улучшение антропометрических параметров и композиционного состава тела. Это может способствовать снижению риска развития ожирения у данных пациентов при условии соблюдения диеты и режима двигательной активности.

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мингалеева Н.Э., Кулькова П.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Введение. Болезнь Бехчета (ББ) остается одной из важнейших патологий неизвестной этиологии, чаще поражающих молодых мужчин. Отмечается довольно низкий уровень знаний терапевтов в отношении васкулитов в целом и ББ, в частности.

Описание случая. Пациент N заболел остро с появления кашля и лихорадки. На 10 сутки он был госпитализирован с жалобами на высокую лихорадку, кашель с слизисто-гнойной мокротой и прожилками крови, одышку инспираторного характера, а также афты на губах, в ротовой полости, на коже наружных половых органов. Со стороны глаз отмечал светобоязнь и красноту склер. При осмотре верхних и нижних конечностей обнаруживалась узловатая эритема. Был выставлен предварительный диагноз: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести, ДН I. Кандидоз полости рта? С учетом выявленных проявлений у больного (поражение глаз, слизистой рта, кожи и гениталий) для адекватной дифференциальной диагностики проведены консультации специалистов (ЛОР, офтальмолога) и специфические лабораторные обследования. Тест на АНА, IGG (иммуноблотинг) и диагностика гранулематозных васкулитов показали отрицательные результаты, а типирование на HLA B51 - положительный. В ходе госпитализации пациенту был выставлен окончательный клинический диагноз: Болезнь Бехчета, умеренной активности, двухсторонний конъюнктивит, афтозный стоматит, афты гениталий. Терапия была представлена стероидами в суточной дозе 40 мг, а в последующем модифицирована ревматологом путем добавления азатиоприна и колхицина. В ходе динамического наблюдения была зафиксирована отчетливая положительная динамика.

Заключение. При подозрении на васкулит крайне важным является внимательный анализ всех клинических проявлений. Следует рассмотреть возможность развития болезни Бехчета при афтозных стоматитах, сопровождающихся поражениями глаз, кожи и гениталий, особенно у молодых мужчин. Пневмония явилась лишь триггером, способствующим клинической манифестации васкулита с поражением сосудов мелкого калибра.

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Михайлова О.Д., Васильева О.А., Григус Я.И., Кропачева Н.С.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

БУЗ УР «ГКБ № 8 МЗ УР», Ижевск, РФ

Введение. Заболеваемость раком поджелудочной железы (ПЖ) занимает 5 место среди онкологической патологии, но сложность его выявления приводит к поздней диагностике и неблагоприятному прогнозу.

Описание случая. Пациентка Б., 87 лет, поступила в терапевтическое отделение 12.02.2025 г. с жалобами на выраженную общую слабость, одышку при ходьбе в пределах палаты, кашель с трудноотделяемой светлой мокротой, сопровождается болями за грудиной; отеки голеней. Заболела в середине января, повысилась температура тела до 38°C, появился кашель, слабость, исчез аппетит, появилось отвращение к мясу. Амбулаторно проведен курс антибиотикотерапии (АБТ), улучшения состояния не было, рекомендовано стационарное лечение.

Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, кожа бледная с сероватым оттенком. Периферические лимфоузлы (ЛУ) не пальпируются. Отеки ног до верхней трети голени. Над легкими перкуторный звук легочной, справа над нижнебоковыми отделами притупление. В легких везикулярное дыхание, справа в подмышечной области крепитация, единичные сухие хрипы. Тоны сердца аритмичные, экстрасистолия, 74 в минуту. Язык суховат, покрыт коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлена внебольничная пневмония в нижней доле справа, малый гидроторакс с обеих сторон, очаговые образования в верхней доле справа. В полном анализе крови лейкоцитоз (Л) в динамике $26-36-34 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 88%, анемия (А) со снижением Hb до 82–76–73 г/л; СОЭ–18–29–12 мм/час. Активность лактатдегидрогеназы 1055 ЕД/л, С-реактивный белок 280 мг/л. Пациентке назначена АБТ: левофлоксацин, цефепим, затем меропенем. На фоне лечения нормализовалась температура тела, уменьшился кашель, но сохранялась выраженная астения, Л, положительная реакция на скрытую кровь в кале. УЗИ органов брюшной полости 19.02.2025 г. – патологии не выявлено. Консультирована онкологом 24.02.2025 г. – с диагнозом Объемное образование легких, рекомендована биопсия. Учитывая высокий Л при неизменной СОЭ, а, это было расценено как паранеопластическая лейкомоидная реакция, 26.02.2025 г. выполнена КТ органов брюшной полости. Выявлено объемное образование ПЖ, лимфаденопатия забрюшинных ЛУ, вторичные изменения в печени (метастазы). Продолжается АБТ, дезинтоксикационная терапия, 05.03.2025 г. развивается острое поражение почек, нарастают уровни креатинина до 375 мкмоль/л, мочевины до 26,8 ммоль/л, 14.03.2025 г. – сухая гангрена 1 пальца правой стопы. На фоне нарастающей полиорганной недостаточности 16.03.2025 г. наступила смерть пациентки.

Заключение. В приведенном случае преобладали клинические признаки пневмонии и хронической сердечной недостаточности, отсутствие патологии ПЖ при УЗИ, что не позволило сразу выявить рак ПЖ. Приводимое наблюдение подтверждает необходимость онконастороженности в гериатрической практике.

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Модебадзе Е.В., Таютина Т.В., Казарян Т.М.

ГБУ РО «Городская поликлиника №1», Шахты, Ростовская область, РФ

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, РФ

Актуальность. При ХОБЛ тяжелые обострения, дыхательная недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания и бронхолегочные злокачественные новообразования составляют основные причины смерти. Актуальным на современном этапе является изучение региональных особенностей заболевания, в том числе структуры летальности, при этом посмертная диагностика ХОБЛ в настоящее время возможна только при учете данных анамнеза, клинической картины, тяжести течения заболевания в сопоставлении с макро- и микроскопической картиной на аутопсии и обязательной оценкой состояния коллагеновых и эластических волокон.

Цель. Изучение структуры летальности от ХОБЛ в Ростовской области.

Материал и методы. Проведен анализ 200 результатов аутопсий больных с основным диагнозом ХОБЛ, умерших в период с января 2018 г. по январь 2020 г., на территории Ростовской области.

Результаты. Анализ протоколов 200 аутопсий пациентов с основным диагнозом ХОБЛ показал, что основной причиной смерти в большинстве случаев – у 51,1% (95% ДИ 48,4–53,8) умерших являлось развитие внебольничной пневмонии на фоне основного заболевания. Смерть пациентов от декомпенсированной легочно-сердечной недостаточности наблюдалась в 29,2% случаев (95% ДИ 26,8–31,8), от острой дыхательной недостаточности на фоне тяжелого обострения – в 16% случаев (95% ДИ 14,1–18,1). Особый интерес представлял анализ структуры сопутствующей патологии, которая могла повлиять на исход основного заболевания у больных ХОБЛ по результатам проведенных аутопсий. Острая сердечно-сосудистая недостаточность по результатам аутопсий пациентов с ХОБЛ встречалась у 11,2% процентов умерших (22 человека; 95% ДИ 9,6–13,0), ишемический инсульт – у 9,2% (18 человек; 95% ДИ 7,7–10,8), инфаркт миокарда – у 6,8% (14 человек; 95% ДИ 5,5–8,2), что соответствует данным многочисленных исследований в этой области, демонстрирующим, что ведущей причиной смерти больных с любой степенью тяжести основного заболевания в большинстве случаев служит не дыхательная недостаточность, как принято считать, а кардиоваскулярная патология, при этом риск сердечно-сосудистой смерти повышен в 2–3 раза, а на долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится 50% всех летальных исходов.

Заключение. *Результат проведенного исследования продемонстрировал, что предикторами летального исхода ХОБЛ в регионе можно считать развитие внебольничной пневмонии, декомпенсацию легочно-сердечной недостаточности и острую дыхательную недостаточность на фоне тяжелого обострения основного заболевания. Также был подтвержден значительный вклад кардиоваскулярной патологии в летальность больных ХОБЛ.*

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Модебадзе Е.В., Таютина Т.В., Казарян Т.М.

ГБУ РО «Городская поликлиника №1», Шахты, РФ

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, РФ

Актуальность. Более чем у 20 человек на 100 тыс. населения официальной причиной смерти является ХОБЛ, при этом оценка смертности имеет определенные сложности, заключающиеся в том числе, в особенностях посмертной диагностики и различиях в интерпретации основной причины смерти.

Цель. Изучение патоморфологических изменений бронхолегочной системы и правого желудочка у умерших пациентов с основным диагнозом ХОБЛ.

Материал и методы. С целью оценки патоморфологических изменений бронхолегочной системы и правого желудочка проведен анализ 200 результатов аутопсий больных с основным диагнозом ХОБЛ, умерших в период с января 2018 г. по январь 2020 г., на территории Ростовской области.

Результаты. Анализ результатов аутопсий показал, что ремоделирование воспалительного генеза определялось в бронхах любого калибра и было выявлено у 82% (164 человека) (95% ДИ 79,8–84,1) умерших. Морфологические проявления также включали фиброз субэпителиальной базальной мембраны – у 60,4% (121 человек) (95% ДИ 79,8–84,1) больных, при этом выраженность возрастала по мере уменьшения калибра бронха и достигала максимума в терминальных бронхиолах. Кроме того, полученные результаты позволяют говорить о развитии практически всех видов эмфиземы у умерших пациентов: в 17,6% (35 человек) случаев была выявлена центриацинарная эмфизема легких (95% ДИ 15,6–19,7), в 15,1% (30 человек) – буллезная эмфизема (95% ДИ 13,2–17,1), в 35,2% (70 человек) случаев – панацинарная эмфизема (95% ДИ 32,6–37,8). Необходимо также отметить, что у 31 умершего пациента (15,3%) была выявлена плоскоклеточная дисплазия (95% ДИ 13,4–17,4), при которой отмечается умеренный полиморфизм, предшествующий развитию плоскоклеточного рака. Более чем у половины больных были выявлены признаки дилатации правого предсердия и правого желудочка – 27,1% (54 человека) (95% ДИ 24,7–29,6) и 27,4% (55 человек) (95% ДИ 25,0–29,9) соответственно, при этом в прижизненном диагнозе не фигурировала правожелудочковая ХСН.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности предраковых патоморфологических изменений на фоне ХОБЛ, приводящей к гиподиагностике рака легкого, что диктует необходимость усовершенствования тактики диспансерного наблюдения данной категории больных с целью своевременной диагностики и разработки патогенетически обоснованных подходов к терапии и профилактике. Подтверждена прижизненная гиподиагностика правожелудочковой ХСН при неблагоприятном исходе ХОБЛ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НА ФОНЕ ПРИЁМА АНТИЭСТРОГЕННОГО ПРЕПАРАТА

Молостова А.Ф., Салимова Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Введение. В статье представлен клинический случай тяжелой тромбоцитопении на фоне приема антиэстрогенного препарата у пациента, получающего лечение в связи с раком молочной железы.

Описание случая. Под наблюдение врача терапевта попала пациентка 1964 года рождения, которой в 2023 году был диагностирован рак молочной железы. Проведена левосторонняя мастэктомия, с последующим назначением тамоксифена по 10 мг в сутки. Через 4 месяца приема препарата пациентка отметила появление мелкоточечной сыпи на нижних конечностях. С данной жалобой пациентка обратилась к участковому врачу, который рекомендовал сдать общий анализ крови (ОАК). В ОАК уровень гемоглобина 124 г/л, эритроциты $3,94 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты 29×10^9 /л. В связи тромбоцитопенией, врачом было принято решение госпитализировать пациента в терапевтическое отделение по месту жительства, где проводились трансфузии тромбоконцентрата, пероральный прием преднизолона. При выписке кожные покровы чистые без геморрагической сыпи. В ОАК уровень гемоглобина 120 г/л, эритроциты $3,64 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 80×10^9 /л. Пациентка выписана с улучшением, рекомендована постепенная отмена преднизолона в течение двух недель. После выписки анализы не контролировала. В мае 2024 года отмечается повторное появление геморрагической сыпи на теле. Пациентку повторно госпитализируют в терапевтическое отделение. В ОАК гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,64 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 16×10^9 /л. Для дальнейшего лечения переводят в гематологическое отделение одного из стационаров города Казани, где уровень тромбоцитов падает до 1×10^9 /л. Проведено введение тромбоконцентрата, преднизолон перорально 85 мг в сутки. После консультации онколога рекомендована отмена тамоксифена. При выписке состояние с положительной динамикой. В ОАК гемоглобин 127 г/л, эритроциты $3,58 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $13,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты 65×10^9 /л. В ходе дифференциально-диагностического обследования был выставлен диагноз: Идиопатическая тромбоцитопения с выраженным геморрагическим синдромом. Рекомендовано наблюдение гематолога по месту жительства, постепенная отмена преднизолона. При последующем наблюдении уровень тромбоцитов не снижался.

Заключение. Учитывая анамнез заболевания (дебют через несколько месяцев после начала приема препарата, не продолжительный эффект от приема глюкокортикостероидов и введения тромбоконцентрата, а также улучшение состояния после отмены тамоксифена), мы пришли к выводу, что прием антиэстрогенного препарата с противоопухолевым эффектом стал причиной развития тяжелой тромбоцитопении. Для предупреждения развития жизнеугрожающих кровотечений, необходим динамический контроль ОАК на фоне приема данной группы препаратов.

ДИАГНОСТИКА ГЕПАРИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ II ТИПА В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Молостова А.Ф., Салимова Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Актуальность. Нефракционированный и низкомолекулярный гепарин остаются наиболее часто назначаемыми антикоагулянтами для профилактики и лечения тромботических заболеваний и состояний у госпитализированных пациентов. Но зачастую, на фоне антикоагулянтной терапии развивается иммунное осложнение - гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) II типа, которая без своевременной коррекции терапии может привести к жизнеугрожающим осложнениям.

Цель. Изучить факторы риска, диагностические критерии гепарин-индуцированной тромбоцитопении II типа.

Материал и методы. Проведен поиск и последующий анализ научных публикаций, посвященных изучению вопроса диагностики гепарин-индуцированной тромбоцитопении II типа.

Результаты. ГИТ II типа развивается на 5-14 день терапии преимущественно нефракционированным гепарином в следствии формирования антител к гепарин-тромбоцитарному фактору 4. Факторами риска развития ГИТ II являются: внутривенный путь введения гепарина, женский пол, тяжесть травмы, использование лечебных доз гепарина, лечение гепарином за 30 дней до настоящей госпитализации.

При диагностике ГИТ II необходимо руководствоваться клиническими рекомендациями Американского общества гематологов по лечению ГИТ. Согласно рекомендациям, госпитализированным пациентам, получающим терапию гепарином необходимо проводить подсчет тромбоцитов каждые 2-3 дня, пациентам с тяжелым течением заболевания-ежедневно. Если в результате гепаринотерапии уровень тромбоцитов падает на 30% и более, рекомендуется оценить риск ГИТ II по шкале 4Т. Если вероятность развития ГИТ II низкая, введение гепарина не прекращают. Если по шкале 4Т вероятность развития ГИТ II оценивается как промежуточная или высокая, то следующим этапом диагностики является выявление антител к комплексу гепарин-тромбоцитарного фактора 4 методом иммуноферментного анализ (ИФА). При положительном результате ИФА проводится функциональное тестирование. Пациентов с положительным результатом ИФА переводят на негепариновый антикоагулянт, интенсивность терапии которой будет зависеть от риска кровотечений. При высоком риске кровотечений рекомендуются профилактические дозы негепаринового антикоагулянта, при низком риске кровотечений - лечебные дозы негепаринового антикоагулянта. Если же у пациентов с промежуточной и высокой вероятностью ГИТ II результат ИФА отрицательный, введение гепарина возобновляют. В связи с высоким риском тромботических осложнений, в частности тромбоз глубоких вен голени, пациентам рекомендуется проводить двустороннее компрессионное УЗИ нижних конечностей. Если пациенту установлен центральный венозный катетер верхней конечности, для скрининга тромбоза рекомендуется проведение УЗИ верхней конечности с катетером.

Заключение. Углубление знаний о патогенетических механизмах развития, факторах риска и диагностических критериев ГИТ II типа необходимы для предупреждения и своевременного лечения жизнеугрожающих тромботических осложнений ГИТ II типа.

МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЗДОРОВОЕ ОЖИРЕНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АВТОНОМНУЮ МОДУЛЯЦИЮ И ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Мохаммед Хеям Хазаеа Али, Курникова И.А., Гулова Ш.Г., Данилина Н.О.
РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, РФ

Актуальность. Распространенность ожирения среди молодежи на глобальном уровне продолжает возрастать. Согласно результатам многочисленных исследований, одним из основных проявлений ожирения является нарушение функций вегетативной нервной системы (ВНС), что наблюдается у всех возрастных групп. Вегетативный баланс у взрослых с ожирением характеризуется снижением активности парасимпатической нервной системы и активацией симпатического звена, что приводит к дисбалансу вегетативной регуляции. Эти изменения, наряду с другими системными эффектами ожирения, могут способствовать преждевременному нарушению гомеостатических механизмов и повышать риск развития кардиометаболических осложнений. В связи с этим настоящее исследование направлено на анализ функционального состояния автономной нервной системы у молодых лиц с ожирением.

Цель. Целью данного исследования является анализ частоты сердечного ритма и особенности вариабельности сердечного ритма у молодых пациентов с метаболически нездоровым фенотипом ожирения (МНФО) для разработки методов ранней диагностики и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. В исследование были включены 40 молодых пациентов со средним возрастом $28,8 \pm 1,48$ года, разделенных на две группы: Первая группа ($n=20$) состояла из пациентов с метаболически нездоровым типом ожирения ($\text{ИМТ } 35,3 \pm 4,3 \text{ кг/м}^2$), в которую входили 10 мужчин и 10 женщин. Вторая группа ($n=20$) состояла из здоровых добровольцев с нормальной массой тела ($\text{ИМТ } 23,3 \pm 2,5 \text{ кг/м}^2$), также включавших 10 мужчин и 10 женщин. Для всех участников была собрана анамнез и проведен физикальный осмотр, который включал в себя оценку индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ, индекс висцерального ожирения – ИВО. Также были проведены лабораторные исследования и оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) с помощью суточного мониторинга ЭКГ (ХМЭКГ) с использованием аппарата Валента 8 (Нижний Новгород, Россия). Оценивались временные и частотные показатели с акцентом на частоту сердечных сокращений (ЧСС) и показатель среднеквадратичного отклонения интервалов RR (SDNN мс).

Результаты. В результате проведенного обследования обеих групп не было установлено значительных различий в лабораторных данных. Однако при анализе частоты сердечных сокращений (ЧСС) было выявлено ночное увеличение ЧСС у пациентов с ожирением типа МНФО ($90 \pm 2,2$ уд/мин против $81 \pm 4,5$ уд/мин; $p < 0,05$). Кроме того, следует отметить, что в данной группе пациентов наблюдалась тенденция к снижению среднесуточного показателя SDNN ($159,8 \pm 5,5$ против $155,7 \pm 3,6$). Несмотря на отсутствие достоверной разницы между группами, было зарегистрировано снижение ночного значения SDNN у пациентов с ожирением ($111,1 \pm 7,6$ против $86,3 \pm 4,7$), при этом достоверность составила $p > 0,033$.

Заключение. По результатам нашего исследования, проведенного на выборке пациентов с метаболически нездоровым фенотипом ожирения, было выявлено ночное повышение симпатического тонуса, сопровождающееся снижением активности блуждающего нерва. Это позволило нам предположить, что у данной группы пациентов наблюдаются изменения, свидетельствующие о ночной гиперсимпатикотонии. Следовательно, необходимо акцентировать внимание не только на суточных показателях вариабельности сердечного ритма (ВСР), но и на ночных значениях, что уже характеризует наличие дисбаланса вегетативной нервной системы.

ТРОМБОЦИТАРНОЕ ЗВЕНО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Музуров А.А., Рузов В.И.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, РФ

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) представляет собой одно из наиболее значимых нарушений ритма сердца, сопровождающееся высоким риском тромбоэмболий. Тромбоциты играют ключевую роль в развитии тромбообразования, их функциональная активность является важным фактором риска осложнений у пациентов с ФП. Актуальным становится изучение структурных и функциональных свойств тромбоцитов у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), осложненным пароксизмальной формой ФП.

Цель. Изучить тромбоцитарное звено гемостаза у пациентов с пароксизмальной формой ФП, перенесших ИМ.

Материал и методы. В исследование включены 34 пациента с ИМ, которые были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты с пароксизмальной формой ФП (n=10). Вторую группу составили пациенты с ИМ без ФП, сопоставимые по возрасту и полу, выступавшие в качестве группы сравнения (n=24). Средний возраст пациентов составил $58,9 \pm 4,6$ года. Анализ агрегационной активности тромбоцитов проводился с использованием метода световой агрегометрии на лазерном анализаторе «Биола» LA-230-2. Исследовали спонтанную и индуцированную агрегацию тромбоцитов с применением АДФ в концентрациях 0,1, 1,0 и 5,0 мкмоль/л. Упруго-вязкостные свойства мембраны тромбоцита изучали, используя атомно-силовой микроскоп Solver P47-PRO в контактном режиме, с оценкой модуля изометрического сжатия (модуль Юнга). Высокие значения модуля Юнга ассоциированы с жёсткостью мембраны тромбоцита. Статистическая обработка выполнялась с использованием программы IBM SPSS Statistics 27. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. В группе пациентов с пароксизмальной ФП, перенесших ИМ, спонтанная агрегация тромбоцитов была значительно повышена по сравнению с группой пациентов с ИБС без ФП ($p=0,003$). Индуцированная АДФ агрегация при всех исследуемых концентрациях демонстрировала сопоставимые значения у пациентов с ФП и без ФП ($p > 0,05$). При изучении упруго-вязкостных свойств мембраны тромбоцитов, оцениваемых по модулю Юнга (МПа) были выявлены статистически значимые различия ($p=0,048$), характеризующиеся более высокими значениями модуля у пациентов с ФП.

Заключение. Данные демонстрируют более высокую спонтанную агрегацию и повышенную жесткость мембраны тромбоцитов у пациентов с ИМ при ФП. Необходимо дальнейшее исследование по оценке диагностического и прогностического значения спонтанной агрегации тромбоцитов у пациентов с ИМ при ФП.

В ПОИСКАХ ПРИЧИНЫ ОДЫШКИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА

Муллина С.В., Макарова И.З., Рахматуллина Э.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Введение. Одышка — это симптом, который характеризуется ощущением недостатка воздуха или затрудненным дыханием. Она может быть вызвана множеством причин, что делает её, в ряде случаев, непростой диагностической задачей. В этой связи важно анализировать все нюансы синдрома диспноэ.

Описание случая. Мужчина, 36 лет. Заболел остро после вечерней прогулки. Со слов, стал отмечать слабость, повышение температуры тела до 38,3 °С, частый кашель с мокротой. Первые три дня лечился самостоятельно, после обратился в поликлинику, где был выставлен диагноз «Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония» и назначен амоксициллин. Положительной динамики не было, повторно обратился к врачу из-за одышки в покое. По СМП пациент был доставлен в многопрофильный стационар, где была проведена рентгенография ОГК, затем - компьютерная томография (КТ). Из анамнеза: артериальная гипертензия 3 степени, стаж курения 21 год.

На момент поступления состояние расценивалось как среднетяжелое. Кожные покровы слегка цианотичны. ИМТ 37,8 кг/м² (ожирение II степени). ЧДД 25 в мин. Дыхание ослаблено по всем полям, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон в большом количестве. Сатурация 87%. ЧСС 100 уд/мин. АД 164/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

По результатам ОАК наблюдался умеренный лейкоцитоз. На рентгенограмме ОГК выявлена пониженная прозрачность легочных полей в нижних отделах слева, корни легких уплотнены. Культуральный анализ мокроты показал наличие *Klebsiella pneumoniae* в титре 10⁴ КОЕ/мл. Спирометрия: нарушение вентиляционной функции легких смешанного типа, умеренное снижение ЖЕЛ и выраженная генерализованная обструкция бронхов. Проба с бронхолитиком отрицательная (прирост ОФВ1 – отсутствует (-22,6%). КТ ОГК – признаки бронхиолита (множественные мелкие перибронхиальные очаги). ЭХОкс – без патологии. На фоне терапии состояние улучшилось, сатурация крови нормализовалась, пациент выписан.

Заключение. *Особенностью данного клинического наблюдения является сложность определения этиологии одышки и выраженной гипоксемии у молодого мужчины. Тяжесть клинической картины, острая дыхательная недостаточность и несоответствие жалоб результатам проводимых диагностических исследований обусловили трудности дифференциальной диагностики диспноэ. В ходе наблюдения был верифицирован острый инфекционный бронхиолит, исходно вызванный вирусом, в последующем осложнившийся клебсиеллезной суперинфекцией, нередко выявляемой в дыхательных путях курильщиков.*

РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО СКРИНИНГА КАЛЬЦИТОНИНА У ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

Мунзер А., Сыч Ю.П., Амергулов И.И., Фадеев В.В.

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

Актуальность. Активный скрининг кальцитонина (КТ) как метода ранней диагностики медуллярного рака щитовидной железы (МРЩЖ) по-прежнему не имеет широкого распространения и вызывает дискуссии о своей целесообразности.

Цель. Оценить выявляемость МРЩЖ железы при проведении активного скрининга к КТ среди пациентов с узлами щитовидной железы (ЩЖ).

Материал и методы. Мы провели проспективное когортное наблюдательное исследование среди пациентов, последовательно обращавшихся в специализированное медицинское учреждение за амбулаторной консультативной помощью; в период с 01.01.2022 г. по 31.01.2025 г. определяли уровни КТ всем пациентам с любыми узловыми образованиями в ЩЖ. При выявлении повышенного уровня базального КТ (более 5 пг/мл у женщин (Ж) и более 10 пг/мл у мужчин (М)) оценивался стимулированный КТ в пробе с глюконатом кальция, и проводилась ТАБ всех узлов с определением КТ в смывах. При подтверждённом МРЩЖ пациенты отправлялись на хирургическое лечение. В настоящий анализ включены только случаи гистологически верифицированного МРЩЖ.

Результаты. Обследовано 777 пациентов (124 М, 653 Ж). Повышение КТ выявлено у 122 человек (18 М, 104 Ж). МРЩЖ подтверждён у 11 человек (2М, 9Ж), т.е. у 1,41% скринированных. При МРЩЖ средний уровень базального КТ составил 49,22 пг/мл (индивидуальные уровни от 7,6 до 2000), а стимулированного КТ - 11726,455 пг/мл (от 151 до 4278), КТ в смывах из МРЩЖ составил в среднем 11519,1 пг/мл (от 5 до 58000 пг/мл). Характеристики узлов с МРЩЖ: минимальный размер - 0,2х0,3х0,3см, максимальный - 0,78х1,46 х1,15 см; средний диаметр - 1,9 см. Распределение МРЩЖ по ультразвуковым категориям: Eu-TIRADS 3 – 1 (9%), Eu-TIRADS4 – 4 (36,3%), Eu-TIRADS 5–6 (54%). Цитологически МРЩЖ был заподозрен в 2 случаях (22%); в остальных узлах описаны цитограммы Bethesda I - 1 узел (11,1%), Bethesda II – 2 (22,2%), Bethesda III - 1 (11,1%), Bethesda IV – 1 (11,1%), Bethesda V – 1 (11,1%), Bethesda VI – 3 (33,3%). Большая часть МРЩЖ (10/11 случаев) были диагностированы на нераспространённой стадии (I-II) и только в одном случае, с базальным КТ 2000 пг/мл, на стадии IVC.

Заключение. Выявляемость МРЩЖ при активном скрининге составила 1,41% (примерно 3 случая МРЩЖ на 200 скринированных), что оказалось выше, чем в других популяционных исследованиях (0,14–0,7%) [1, 2]. При этом большинство случаев были выявлены на ранней стадии заболевания, что существенно улучшает прогноз для пациентов.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МЕЖДУНАРОДНОГО ИНДЕКСА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ АКТИВНОСТИ КИШЕЧНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Мухаметова Д.Д., Акчурина О.Э., Абдулганиева Д.И.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Актуальность. Ультразвуковое (УЗ) исследование кишечника является неинвазивным, точным, воспроизводимым, предпочтительным для пациента инструментом диагностики и мониторинга болезни Крона (БК). УЗ индексы для оценки активности БК, являясь количественными параметрами, позволяют объективно оценить активность воспаления в кишечной стенке, повышают точность и воспроизводимость исследования.

Цель. Оценить диагностическую ценность УЗ параметров и Международного индекса УЗ сегментарной активности кишечного воспаления (IBUS-SAS) для определения активности БК.

Материал и методы. В исследование включены 74 пациент с БК. Клиническая оценка тяжести атаки БК проводилась с помощью индекса Харви–Брэдшоу: легкая степень – у 36 (48,6%), среднетяжелая – у 24 (32,4%), тяжелая – у 4 (5,4%) и ремиссия была у 10 (13,6%) пациентов. Трансабдоминальное УЗ исследование кишечника проводилось на приборе Sonoscape S2N, за норму толщины кишечной стенки (ТКС) принято 3 мм. Для оценки УЗ активности БК использовался индекс IBUS-SAS. Пороговым значением для отличия активного БК от не активного авторами было предложено 37,5.

Результаты. При обострении БК утолщение кишечной стенки выявлено у 63 (98%) пациентов, медиана ТКС составила 4,9 [3,8; 6,6] мм, что было выше, чем у пациентов в ремиссию БК – 3,18 [2,6; 3,5], $p=0,0001$). В зависимости от выраженности активности БК, было выявлено утолщение кишечной стенки, так при тяжелой атаке ТКС (8,55 [7,53; 9,63] мм) было выше, чем при среднетяжелой (4,65 [3,9; 6,2] мм, $p=0,009$) и легкой атаке (4,08 [3,5; 5,68], $p=0,00008$). При этом в ремиссию БК утолщение ТКС выявлено у 6 (60%) пациентов. При пороге ТКС 3 мм для разграничения ремиссии и обострения чувствительность – 87,0%, специфичность – 71,4%, PPV – 92,2%, NPV – 58,8%. У 53 (82%) пациентов с обострением обнаружено усиление кровотока в стенке кишки, у пациентов в ремиссию – не наблюдалась. Индекс IBUS-SAS при обострении БК (46,8 [27; 71,5]) был выше показателя ремиссии (12,6 [11,2; 30,2], $p=0,001$). При пороге 37,5 IBUS-SAS имел Se 92,6%, Sp – 61,5%, при пороге индекса 45,2, Se составила 92,6%, Sp – 87,2%. Значение индекса IBUS-SAS коррелировало с эндоскопической активностью БК ($r=0,86$; $p<0,05$), уровнем фекального кальпротектина ($r=0,65$; $p<0,05$), лейкоцитов крови ($r=0,36$; $p<0,05$), СОЭ ($r=0,35$; $p<0,05$), и уровнем С-реактивного белка крови ($r=0,29$; $p<0,05$).

Заключение. УЗ визуализация является полезным и эффективным инструментом для оценки активности БК, пороговое значение индекса IBUS-SAS 45,2 предполагает лучшую диагностическую ценность для различения обострения и ремиссии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ

Николаева Н.А., Дёмина А.А., Воронкова О.О., Лишута А.С., Беленков Ю.Н.

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

Актуальность. Хронические заболевания легких остаются одной из актуальных проблем здравоохранения. Несмотря на оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ), толерантность к физической нагрузке у таких пациентов остается достаточно низкой, что повышает интерес к немедикаментозным методам лечения, таким как усиленная наружная контрпульсация (УНКП).

Цель. Изучить изменение структуры легочных объемов, диффузионной способности легких и толерантности к физической нагрузке у стабильных пациентов с различными типами вентиляционных нарушений (ВН) после курса УНКП.

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациентов с верифицированными тяжелыми и среднетяжелыми ВН, которые были разделены на 3 группы: обструктивные ВН (n=10), рестриктивные ВН (n=10) и смешанные ВН (n=10). Критериями невключения являлись противопоказания к проведению УНКП: нарушения ритма, влияющие на синхронизацию работы устройства; тромбозы в анамнезе; тяжелые окклюзионные поражения артерий нижних конечностей; аневризма аорты, требующая хирургического вмешательства; недавно проведенная катетеризация сердца; клинически значимые поражения клапанов сердца; геморрагические состояния; неконтролируемая артериальная гипертензия; язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки; беременность. Все пациенты в дополнение к ОМТ получали курс УНКП из 20 процедур (220–280 мм рт.ст.) в течение 4 недель. Эффективность оценивалась через 1 месяц с использованием спирометрии, бодиплетизмографии, исследования диффузионной способности легких и 6-минутного шагового теста (6МШТ).

Результаты. У пациентов с обструктивными нарушениями отмечено увеличение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) на 12% (с 1,65 до 1,85 л; $p < 0,001$), а также улучшение толерантности к физической нагрузке – дистанция в 6МШТ увеличилась на 18% (с 285 до 336 м; $p < 0,001$). У пациентов с рестриктивными нарушениями наблюдалось увеличение общей емкости легких (ОЕЛ) на 15% (с 3,45 до 3,97 л; $p < 0,001$) и жизненной емкости легких (ЖЕЛ) на 20% (с 1,98 до 2,38 л; $p < 0,001$). Дистанция в 6МШТ возросла на 14% (с 298 до 340 м; $p < 0,001$). В группе пациентов со смешанными нарушениями ОФВ1 увеличился на 8% (с 1,72 до 1,86 л; $p < 0,05$), ОЕЛ – на 10% (с 3,50 до 3,85 л; $p < 0,001$), а дистанция в 6МШТ – на 12% (с 310 до 347 м; $p < 0,001$). Значимой динамики диффузионной способности легких ни в одной из групп выявлено не было.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об эффективности УНКП у пациентов с различными типами вентиляционных нарушений, что делает возможным её использование в качестве немедикаментозного метода лечения у таких пациентов.

ВЛИЯНИЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА ПОДВИЖНОСТЬ ДИАФРАГМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Николаева Н.А., Карташова Е.А., Воронкова О.О., Рогова Е.Ф., Лишута А.С.,
Беленков Ю.Н.

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

Введение. У пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких слабость дыхательной мускулатуры является значимым фактором, усугубляющим дыхательную недостаточность и снижающим качество жизни. Помимо оптимальной медикаментозной терапии, важным в ведении таких больных является использование дополнительных методов лечения. В данном клиническом случае представлены результаты применения усиленной наружной контрпульсации (УНКП) у пациента с сочетанием бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Описание случая. Пациент, 58 лет, с длительным анамнезом БА и ХОБЛ, обратился с жалобами на постоянный непродуктивный кашель, приступы удушья и прогрессирующую одышку при физических нагрузках. В течение нескольких месяцев самостоятельно снизил дозу базисной терапии (будесонид + формотерол). При поступлении отмечались умеренные вентиляционные нарушения по обструктивному типу: ОФВ1/ФЖЕЛ 48%, ОФВ1 65% от должного, положительная проба с бронхолитиком (прирост ОФВ1 на 400 мл – 17%). На фоне коррекции базисной терапии наблюдалась положительная динамика по данным спирометрии, однако одышка субъективно сохранялась, что снижало качество жизни пациента. Другие причины одышки при обследовании были исключены. Через 3 месяца после купирования обострения пациенту было проведено 20 сеансов УНКП (давление компрессии 220 мм рт.ст.). Перед курсом выполнена бодиплетизмография, по результатам которой выявлены признаки гиперинфляции легких (ФОЕ 164% от должного) и наличие «воздушных ловушек» (ООЛ 174% от должного), что свидетельствовало о выраженной слабости дыхательной мускулатуры. После курса отмечена положительная динамика: уменьшение одышки (по шкале mMRC с 4 до 2 баллов), увеличение толерантности к физической нагрузке (дистанция в 6-минутной ходьбы увеличилась с 380 до 440 метров), уменьшение признаков гиперинфляции (ФОЕ снизилось до 142% от должного), увеличение силы диафрагмы (MIP до курса 70,7% от должного, MEП до курса 56,7% от должного, MIP после курса 130,5% от должного, MEП после курса 72,4% от должного), увеличение экскурсии диафрагмы по данным УЗИ (до курса DEquiet 12,9 мм, после курса DEquiet 18,9 мм).

Заключение. Формирование дисфункции дыхательных мышц является важной проблемой для пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких с прогрессированием вентиляционных нарушений. При легочной гиперинфляции происходит уменьшение длины диафрагмы, ее уплощение, а, следовательно, увеличение радиуса кривизны диафрагмы и снижение силы ее сокращения. В данном клиническом случае впервые показано, что применение УНКП способствует улучшению подвижности диафрагмы, что подтверждается динамикой инструментальных показателей (снижение гиперинфляции, уменьшение «воздушных ловушек») и клиническим улучшением (уменьшение одышки, увеличение толерантности к физической нагрузке).

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ «БЕЛОГО ХАЛАТА»

Николенко Е.С., Чулков В.С., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, РФ

Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Актуальность. Гипертензивные расстройства во время беременности повышают частоту развития неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. Артериальная гипертензия (АГ) «белого халата» – это повышенное артериальное давление (АД) на амбулаторном приёме и нормальные цифры АД дома. Было показано, что АГ «белого халата» повышает риск развития преэклампсии, преждевременных родов, рождения маловесных детей.

Цель. Провести сравнительный анализ клинических факторов, биоэлектрического импеданса и биохимических показателей у беременных с АГ «белого халата».

Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование методом сплошной выборки с включением 88 беременных. Женщины были разделены на две группы: группа 1 – 44 женщины с АГ «белого халата» (возраст $32,5 \pm 5,7$ лет); группа 2 – 44 женщины с нормальным АД (возраст $28,1 \pm 5,9$ лет), $p=0,001$. Анализ биоэлектрического импеданса проводился на аппарате InBody 370 (Южная Корея). Статистический анализ проводился с помощью пакета статистических программ SPSS (IBM, США). Статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты. В группе 1 значительно преобладали ожирение (54,5% против 13,6%, $p < 0,001$), преэклампсия в анамнезе (11,4% против 0%, $p=0,021$). В группе 1 чаще встречались первородящие (22,7% против 4,5%, $p=0,026$), в группе 2 – чаще первобеременные (18,2% против 50,0%, $p=0,002$). Получены различия в группах 1 и 2 по следующим показателям: процентное содержание жира ($40,3 \pm 6,3\%$ против $31,9 \pm 5,8\%$, $p < 0,001$), висцеральная жировая масса ($16,0 [11,8-20,3]$ кг против $10,0 [6,0-13,0]$ кг, $p < 0,001$), абдоминальное ожирение (90,9% против 47,7%, $p < 0,001$), масса скелетной мускулатуры ($26,45 [23,7-31,5]$ кг против $24,2 [22,2-25,5]$ кг, $p=0,001$). В группе 1 были выше уровни глюкозы ($4,5 [4,1-4,8]$ против $4,1 [3,8-4,3]$ ммоль/л, $p < 0,001$), липопротеинов низкой плотности ($3,164 \pm 0,64$ против $2,87 \pm 0,77$ ммоль/л, $p=0,034$), мочевой кислоты ($0,19 [0,15-0,23]$ против $0,15 [0,12-0,19]$ ммоль/л, $p=0,004$). В группе 1 чаще развивался гестационный сахарный диабет (79,5% против 29,5%, $p < 0,001$).

Заключение. Наиболее значимые различия по частоте факторов риска получены по абдоминальному ожирению и наличию преэклампсии в анамнезе у беременных с АГ «белого халата». АГ «белого халата» сопровождается высокой распространенностью кардиометаболических факторов по сравнению с нормотензивными женщинами.

Оценка факторов кардиометаболического риска у беременных с АГ «белого халата» важна для тщательного наблюдения за такими женщинами во время беременности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Новикова М.С., Минушкина Л.О., Затейщиков Д.А., Боева О.И., Котенко О.Н., Аллазова С.С., Шилов Е.М.

ФГБУ ДПО «ЦГМА», Москва, РФ

ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ, Москва, РФ

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

Актуальность. Результаты EMPAREG-OUTCOME, CANVAS, CREDENCE, DECLARE-TIME, DAPA-CKD и EMPA-KIDNEY стали основанием для назначения ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа (иНГЛТ-2) пациентам с сахарным диабетом 2 типа (СД2), сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и хронической болезнью почек (ХБП). Однако, исследований по лечению иНГЛТ-2 у реципиентов почечного трансплантата (РПТ) очень мало и согласованных рекомендаций по их назначению в настоящее время нет.

Цель. Изучить влияние терапии иНГЛТ-2 у реципиентов почечного трансплантата (РПТ) на почечные и коронарные исходы.

Материал и методы. В открытое одноцентровое проспективное исследование с применением иНГЛТ-2 (эмпаглифлозин 25 мг/сут или дапаглифлозин 10 мг/сут) было включено 78 РПТ. В качестве группы сравнения методом псевдорандомизации из базы данных о 2146 РПТ г. Москвы, перенесших трансплантацию более 1 года назад со стабильной функцией трансплантата (расчетная скорость клубочковой фильтрации $\text{pСКФ} > 30 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$), среди которых посттрансплантационный сахарный диабет (ПТСД) был диагностирован у 303 РПТ (1843 РПТ без ПТСД), были отобраны 78 больных, не получавших иНГЛТ-2.

Сформированные группы были полностью сопоставимых по всем клиническим характеристикам, включая пол, возраст, длительность от аллотрансплантации почки (АТП) до включения в исследование, наличие в анамнезе острого инфаркта миокарда (ОИМ) до АТП, ПТСД, уровню гликированного гемоглобина (HbA1c), САД и ДАД, СКФ, микроальбуминурии (МАУ), мочевой кислоты, липидному профилю (ХС общ., ЛПНП), уровню C0 ингибиторов кальциневрина (ИКН), и терапии иАПФ/БРА, статинами, метформином ($p > 0,05$). Длительность наблюдения/лечения составила в опытной группе $2,76 \pm 0,921$ vs $2,64 \pm 1,161$ (лет) в контрольной группе ($p = 0,190$). Первичной конечной точкой была смертность от всех причин, в том числе сердечно-сосудистая и почечная смертность. Вторичной конечной точкой были почечные исходы, включая 50% снижение СКФ, рецидив терминальной почечной недостаточности и реваскуляризацию трансплантата. Отдельно мы оценивали коронарные исходы, включая нефатальный ОИМ, коронарное стентирование, и аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Результаты. Относительный риск (ОР) смертности от всех причин в опытной группе составил 0,41; 95% Доверительный интервал (ДИ): 0,17–0,98 по сравнению с ОР=2,44; 95% ДИ: 1,01–5,86 в контрольной группе, $p = 0,04$. ОР почечных исходов в опытной группе составил 0,37; 95% ДИ: 0,13–1,1 по сравнению с ОР=2,6; 95% ДИ: 0,90–7,89 в контрольной группе, однако разница не была достоверной ($p = 0,07$). Но, мы показали торможение падения скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин/1,73 м^2) в опытной группе по сравнению с контрольной: $1,29 \pm 0,763$ vs $3,33 \pm 0,767$, $p = 0,047$. ОР коронарных исходов в опытной группе составил 0,25; 95% ДИ: 0,06–0,89 по сравнению с ОР 4,0; 95% ДИ: 1,11–14,42 в контрольной группе, $p = 0,03$. На протяжении исследования не было выявлено ни одного случая урогенитальной инфекции и кетоацидоза, которые бы потребовали отмены иНГЛТ-2.

Заключение. Ингибиторы НГЛТ-2 безопасно снижают сердечно-сосудистую, почечную смертность, коронарные исходы, и тормозят падение СКФ у РПТ. Нужны дальнейшие крупные исследования иНГЛТ-2 среди РПТ, позволяющие внедрить их в клиническую практику после трансплантации почки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ И ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ 20 ЛЕТ

Олейникова В.Д., Щербина Е.С., Ларина В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Введение. Язвенный колит (ЯК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта. К наиболее распространённым осложнениям ЯК относится железодефицитная анемия (ЖДА), которая отягощает течение заболевания. Представленный ниже клинический случай является отражением негативного вклада ЖДА тяжелой степени в течение ЯК у молодого мужчины с низкой приверженностью к лечению.

Описание случая. Пациент А., 20 лет, из анамнеза известно, что с мая 2023 года отмечал учащение стула с примесью крови до 5 раз в день. В августе 2023 года обратился за помощью по месту жительства. Рекомендовано дообследование. По данным фиброколоноскопии (ФКС) - картина эрозивного колита с поражением поперечной ободочной кишки, нисходящей ободочной и сигмовидной кишки. В декабре 2023 года пациент консультирован гастроэнтерологом, назначен месалазин. В январе 2024 года проходил стационарное лечение. По данным ФКС – признаки язвенного колита. Рекомендован длительный прием месалазина. В июне 2024 года пациент обратился по месту жительства с жалобами на учащенный стул до 15 раз в день с примесью крови, одышку при нагрузке. По результатам клинического анализа крови (КАК) установлена гипохромная анемия тяжелой степени тяжести (Hb 62 г/л). Следующий осмотр врача-терапевта состоялся в сентябре 2024 года. При КАК уровень Hb 54 г/л, гематокрит - 19%. Пациент был экстренно госпитализирован в стационар, выполнена трансфузия 3-х доз эритроцитарной взвеси с дальнейшим увеличением уровня Hb до 79 г/л. Рекомендовано продолжить прием препаратов железа. В декабре 2024 года в связи с учащением стула до 12 раз в сутки, потери массы тела, пациент был госпитализирован в отделение патологии кишечника. На основании результатов КАК (Hb 68 г/л) была проведена гемотрансфузия 3-х доз эритроцитарной массы с достижением уровня Hb до 81 г/л. При однофотонной эмиссионной компьютерной томографии - тромбоз мелкой ветви легочной артерии в обоих легких. КАК: Hb 81 г/л, биохимический анализ крови: железо 1,0 мкмоль/л. Рекомендовано: месалазин, ривароксабан, преднизолон по схеме, препараты железа. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. При ведении пациента с ЯК следует учитывать факт системного поражения. ЖДА является частым сопутствующим состоянием, отягощающим течение ЯК, и требует раннего диагностического поиска, независимо от возраста пациента. Также важно помнить об изменении гемостаза на фоне активного течения и лечения ЯК и высоком риске развития тромботических осложнений на фоне подбора базисной терапии.

ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КАК СПОСОБ ПРОДЛИТЬ ЖИЗНЬ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Опалинская И.В., Бусалаева Е.И., Васильева Н.П., Протасов М.Е., Андреева Ю.О., Мамедов С.

*ФГБОУ ВО «Чувацкий государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, РФ
ГАОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, Чебоксары, РФ
БУ Республиканский кардиологический диспансер Минздрава Чувашии, Чебоксары, РФ*

Актуальность. Доля пациентов с тяжелой хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и низкой фракцией выброса (ФВ) увеличивается. Прогноз у таких пациентов чаще всего неблагоприятный. Годичная смертность превышает 20%. Доказанным методом лечения и продления жизни при тяжелой ХСН является сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ), подразумевающая стимуляцию обоих желудочков, синхронизированную с предсердным ритмом и приводящую к нормализации последовательности возбуждения отделов сердца.

Цель. Изучение клинических особенностей больных, нуждающихся в имплантации системы СРТ, анализ текущей динамики лабораторных и инструментальных показателей, оценка эффективности данной процедуры по клинико-инструментальным данным.

Материал и методы. Работа проводилась на базе БУ «Республиканский кардиологический диспансер» г. Чебоксары. Обследовано 15 прооперированных в 2022–2023 гг. пациентов (12 мужчин и 3 женщины). Все пациенты имели II стадию ХСН, из которых 67% – II Б, ФВ 0,13 с. Средний возраст составил $62,33 \pm 2,81$ года. Обследование включало методы: клинические, лабораторные, инструментальные, из истории болезни и амбулаторных карт после выписки пациентов, проведение теста 6-минутной ходьбы (ТШХ).

Результаты. Самыми частыми факторами риска ХСН у пациентов были артериальная гипертензия (100%), ишемическая болезнь сердца (73%), ожирение (40%), сахарный диабет (33%). После успешного проведения СРТ у пациентов в течение 2–4 недель наблюдалась положительная динамика. Средняя величина QRS изменилась до и после вмешательства ($0,16 \pm 0,02$ и $0,11 \pm 0,01$ с, соответственно). По данным ультразвукового исследования сердца (ЭХОКГ) отмечена значимая динамика: увеличение ФВ с $28,27 \pm 5,5\%$ до вмешательства и $41 \pm 11,02\%$ после; уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) – $233,21 \pm 40,48$ до $216,6 \pm 50,79$ г/м² – после вмешательства. Размеры полостей также уменьшились: левого желудочка с $7,14 \pm 0,65$ до $6,67 \pm 0,82$ см и левого предсердия с $5,69 \pm 1,08$ до $4,7 \pm 1,15$ см. Скорость клубочковой фильтрации увеличилась до $71,7 \pm 10,59$ с $60,1 \pm 11,7$ мл/мин/1,73 м². Заметно увеличилась толерантность к ходьбе по ТШХ и снижение ФК. Количество пациентов с высокими (III–IV) ФК снизилось с 73 до 40%, при этом самый тяжелый IV ФК с 27 до 7%.

Заключение. После проведенной СРТ у пациентов с тяжелой ХСН значительно улучшились основные показатели: выросла толерантность к физической нагрузке, улучшилась предсердно- и межжелудочковая проводимость, повысилась сократительная способность миокарда, уменьшились размеры полостей сердца, увеличилась скорость клубочковой фильтрации. СРТ может быть использована как средство для улучшения качества и продления жизни пациента с терминальной ХСН и асинхронией работы желудочков сердца.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ И ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Опалинская И.В., Бусалаева Е.И., Крылова А.С., Игнатьев А.П., Баглушкин С.А.

ФГБОУ ВО «Чувацкий государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Чувашская Республика, РФ

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, РФ

Актуальность. Теме гиперурикемии (ГУ) в последнее время уделяется большое внимание в медицинском сообществе. ГУ ставят в один ряд рисков в развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с такими факторами как ожирение, гиподинамия, гиперхолестеринемия, курение, возраст, наследственность и др.

Цель. Определить влияние нарушений метаболического обмена и, в частности - уровня мочевой кислоты (МК) на риск развития повторного инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Ретроспективное исследование проведено среди 117 пациентов, проходивших лечение в региональном сосудистом центре БУ «Республиканская клиническая больница» по поводу острого ИМ с января по февраль 2024 года. Пациенты были разделены на группы: 1 (n=62), группа пациентов, перенесших первый ИМ и 2 (n=55) – повторный ИМ. Встречаемость сахарного диабета составила 26%, без различий в группах. Пациентов с подагрой в группах не отмечено. Обследование включало методы: клинические, лабораторные, инструментальные.

Результаты. Средний возраст в общей группе больных составил $67,71 \pm 8,71$ лет, с разницей у женщин и мужчин ($72,86 \pm 8,90$ и $65,05 \pm 8,31$ лет, соответственно). Различий по возрасту в группах не было ($66,73 \pm 10,32$ и $68,82 \pm 9,12$ лет, соответственно).

Индекс массы тела (ИМТ) в группах: 1 ($27,71 \pm 4,17$ кг/м²) и 2 ($27,99 \pm 4,23$ кг/м²) также не различался. Но существенные гендерные отличия были у пациентов в 1 группе.

Так у женщин ИМТ был выше $29,71 \pm 4,84$ кг/м², чем у мужчин $26,6 \pm 4,09$ кг/м². Такой тенденции не отмечено при повторном ИМ, и, даже - ИМТ у женщин был ниже, чем у мужчин, хоть и без достоверной разницы ($27,59 \pm 5,06$ и $28,18 \pm 4,31$ кг/м², соответственно). Уровень общего холестерина (ХС) был выше в 1 группе, но за счет мужчин ($5,09 \pm 1,31$ и $4,38 \pm 1,02$ ммоль/л, соответственно). Также был различен уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у женщин и мужчин во 2 группе ($2,58 \pm 0,83$ и $3,19 \pm 1,03$ ммоль/л, соответственно). Статистическая достоверность при этом не достигнута, но отмечается, что женщины в меньшей степени контролировали уровень ХС. Уровень глюкозы был выше у женщин, чем у мужчин в 1 группе ($8,61 \pm 3,01$ и $6,22 \pm 3,23$ ммоль/л, соответственно) и достоверно - во 2 ($9,57 \pm 2,87$ и $7,0 \pm 1,13$ ммоль/л, $p < 0,05$). Более значимые изменения обнаружены по МК. При повторном ИМ его уровень был достоверно выше, чем при первичном ($428,89 \pm 13,25$ и $352,21 \pm 12,26$ мкмоль/л, соответственно, $p < 0,001$). Гендерных различий не было при первом ИМ. Но при повторном опять-таки у женщин этот показатель был выше, чем у мужчин ($452,78 \pm 15,23$ и $417,27 \pm 12,26$ мкмоль/л, соответственно).

Заключение. 1. Классическими факторами риска развития повторного ИМ являются недостижение целевого показателя уровня ЛПНП после перенесенного ранее ИМ и высокий уровень глюкозы, особенно у женщин.

2. Уровень МК у пациентов при повторном ИМ оказался достоверно выше, чем при первом, что является еще одним, существенным фактором риска, который необходимо контролировать у пациентов после перенесенного первого ИМ.

3. В целом, метаболические нарушения играют значительную роль в риске развития ИМ, особенно повторного и особенно у женщин.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Орзиев Д.З., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) протекает более злокачественно, что требует особого подхода к ведению таких больных.

Цель. Оценка эффективности лечения и реабилитации больных ИБС с МС после стентирования коронарных артерий (СКА).

Материал и методы. 38 пациентов ИБС, стабильной стенокардией напряжения (СС) III и IV функциональных классов (ФК) с МС после планового СКА на фоне базисной терапии занимались лечебной физкультурой (ЛФК) с учётом толерантности к физическим нагрузкам, соблюдали сбалансированную диету. Исходно и через 6 месяцев изучали агрегацию тромбоцитов (АТ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой плотности (ХСЛПНП), триглицериды (ТГ), полиморфизм генов CYP2C19*2 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), жизнеспособность миокарда. Базисное лечение включало статины, антиагреганты, β -блокаторы, ингибиторы АПФ.

Результаты. Под влиянием лечения выявлено уменьшение ХС до $4,83 \pm 0,21$, ХСЛПНП до $2,3 \pm 0,18$, ТГ до $1,55 \pm 0,12$ ммоль/л и увеличение ХСЛПВП до $1,18 \pm 0,04$ ммоль/л. До СКА наблюдали высокие значения АТ и сниженные параметры систолической функции левого желудочка (ЛЖ), которые были более выражены при СС IV ФК. В динамике показатели улучшились: фракция выброса (ФВ) ЛЖ – 62,5%; масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) 181,5 г; толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,05 см; толщина межжелудочковой перегородки 1,05 см; конечно-диастолический размер ЛЖ 4,9 см; конечно-диастолический объем (КДО) – 119 мл; конечно-систолический объем (КСО) 49,5 мл; ударный объем (УО) 77,5 мл. В конце наблюдения улучшились показатели ФВ, ММЛЖ, ТЗЛЖ, КДО и УО. В зависимости от генотипов изученных генов уменьшали или увеличивали дозы статина и антиагреганта. К концу наблюдения у больных, занимавшихся ЛФК второй степенью нагрузки, увеличились двигательные возможности, нормализовались частота дыхания и сердечных сокращений, увеличилась пороговая нагрузка с 51 до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. У больных, получавших ЛФК по третьей степени нагрузки, наблюдалось умеренное увеличение двигательных возможностей, ослабление одышки при быстром подъеме по лестнице с 2 до 1 баллов. Увеличилась пороговая нагрузка с 101 до 150 Вт. Намного улучшились показатели пробы Генча (до 22 сек) и пробы Штанге (40 сек). Побочных эффектов и осложнений не наблюдали.

Заклячение. У пациентов с МС наиболее актуален вопрос раннего выявления ИБС и ФК, своевременность выполнения интервенционного вмешательства. Оценка жизнеспособности миокарда, назначения препаратов с учетом фармакогенетических исследований и индивидуализированный подход к физическим нагрузкам с соблюдением соответствующей сбалансированной диеты больных ИБС с МС, подвергшихся СКА, повышают эффективность, а также безопасность лечения и реабилитации.

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Орлов Д.А., Миронова Т.Н., Махова У.В., Ларина В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Актуальность. Нарушение липидного обмена может приводить к развитию жизнеугрожающих сердечно-сосудистых событий, что требует своевременного выявления и коррекции его нарушений, особенно у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Цель. Сравнить липидный профиль у амбулаторных пациентов до и после перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 88 амбулаторных пациентов (39% мужчин) в возрасте от 45 до 91 лет (71 [63; 81] лет), которые перенесли ОНМК. Анализировались факторы риска, сопутствующая патология, липидный профиль, липидснижающая терапия.

Результаты. Артериальную гипертензию имели 88 (100%), инфаркт миокарда в анамнезе - 44 (50%), сахарный диабет - 19 (22%), ожирение - 14 (16%), атеросклероз сонных артерий - 70 (80%), атеросклероз периферических артерий - 18 (21%), хроническую болезнь почек - 33 (38%) пациентов. Вредные привычки в виде табакокурения выявлены у 5 (6%) пациентов. Статины принимали 88 (100%) пациентов, эзетимиб - 2 (2%), комбинацию статина и эзетимиба - 2 (2%) пациента. Достигли целевого уровня ($<1,4$ ммоль/л) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 4 (5%) пациента. Уровень ЛПНП до ОНМК составил 3,3 (2,6; 4,2) ммоль/л, после - 2,3 (1,7; 3,1) ммоль/л ($p=0,002$). Уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) до развития ОНМК составил 1,3 (1,1; 1,7) ммоль/л, после - 1,1 (0,8; 1,5) ммоль/л, ($p=0,035$) ммоль/л, уровни общего холестерина и не-ЛПВП после ОНМК составили 5,4 (4,5; 6,6) и 4 (3,3; 4,4) ммоль/л соответственно.

Заключение. Проведенный анализ подтвердил достижение целевого уровня ЛПНП всего у 5% пациентов очень высокого ССР, несмотря на приём статинов в 100% случаев после перенесённого ОНМК, что приводило к статистически значимому снижению этой фракции липопротеидов. Полученные данные подтверждают необходимость коррекции липидснижающей терапии в виде своевременного назначения рекомендованных дозировок и/или комбинаций препаратов для достижения целевого уровня липидов и улучшения прогноза.

AL-АМИЛОИДОЗ СЕРДЦА: ЦЕНА ПОЗДНЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ

Палиенко А.В., Куцакина Д.А., Буданова Д.А., Ильгисонис И.С.

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

Введение. Амилоидоз из легких цепей иммуноглобулинов (AL) – системное клональное заболевание, относящееся к группе плазмоклеточных дискразий. AL является неочевидным диагнозом в рутинной кардиологической практике. Своевременная диагностика и начало терапии являются определяющими для успеха лечения.

Описание случая. Пациент 55 лет, до 2023 г. регулярные профосмотры – без патологии. В конце 2023 г. отметил появление и прогрессирование одышки при привычной физической нагрузке, отеков нижних конечностей, тенденцию к гипотонии, немотивированное снижение массы тела. В сентябре 2024 г.: повышение уровня кардиоспецифических маркеров (NT-proBNP 35 000 пг/мл, тропонин Т 121,7 нг/л) и снижение функции почек (креатинин 165 мкмоль/л, рСКФ СКD-EPI 42 мл/мин/1,73м²); низковольтная ЭКГ; концентрическая гипертрофия миокарда обоих желудочков 1,0-2,4 см, ФВ ЛЖ 54%, диастолическая дисфункция по рестриктивному типу (Е/А 1,8), диаграмма «бычий глаз» при оценке GLS. Значимых нарушений ритма/проводимости не выявлено. Коронарный генез поражения миокарда, ATTR-амилоидоз исключены при КАГ и пирофосфатной сцинтиграфии миокарда, соответственно. С учетом быстрого прогрессирования сердечной недостаточности (СН), рестриктивно-гипертрофического ремоделирования миокарда, системной гипотонии заподозрен AL. При иммунохимическом исследовании сыворотки крови и суточной мочи методом иммунофиксации: М-градиент 20,6 г/л (N 10–15 г/л), СЛЦ-λ 520 мг/л (N 5,7–26,3); суточная протеинурия 2,8 г, белок Бенс-Джонса 0,15 г/л (N 0-0,1 г/л). Парампротеинемический гемобластоз исключен (плазмоциты в миелограмме 7,3%). При гистологическом исследовании трепанобиоптата костного мозга с окраской Конго-Рот обнаружены конгопозитивные депозиты, типированные при ИГХ-исследовании как λ-AL. Верифицирован AL с преимущественным поражением сердца IIIb стадии. Инициирована противоопухолевая терапия по программе monoDara (Даратумумаб) на фоне разрешенной кардиальной терапии (АМКР, и-НГЛТ-2, петлевые диуретики). Введение препарата осложнилось рецидивирующими вторичными инфекциями, массивной ТЭЛА. Отмечалось прогрессирование СН с исходом в острую декомпенсацию и летальный исход. По данным гистологического исследования аутопсийного материала депозиты амилоида обнаружены в сосудистой стенке, миокарде, плевре и почках.

Заключение. Клинический случай демонстрирует трудности диагностики AL и ограниченность терапевтических возможностей на поздних стадиях.

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У МОЛОДЫХ

Панкова Е.Д., Чулков В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, РФ

Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

Актуальность. На сегодняшний день наблюдается высокая распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которая, наряду с метаболическим синдромом и ожирением, часто ассоциируется с другими, часто встречающимися кардиометаболическими заболеваниями, что ухудшает качество жизни и ассоциируется с повышенной смертностью.

Цель. Провести оценку факторов кардиометаболического риска, тревоги и депрессии при неалкогольной жировой болезни печени у молодых лиц.

Материал и методы. В исследование «случай-контроль» вошли 100 пациентов (18–44 лет): группа 1 – с НАЖБП (n=50); группа 2 – без НАЖБП (n=50). Проводился клинический осмотр, опрос по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), лабораторное и инструментальное исследование. Применялся пакет статистических программ MedCalc (версия 22.0) и IBM SPSS Statistics (версия 19). Статистически значимыми принимались значения $p < 0,05$.

Результаты. Наиболее распространенными факторами кардиометаболического риска у исследуемых лиц в группе с НАЖБП были избыточная масса тела/ожирение (ОШ 12,7; 95% ДИ 4,9–32,7, $p < 0,001$), отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям (ОШ 3,2; 95% ДИ 1,4–7,8; $p = 0,008$), гиперурикемия (ОШ 5,3; 95% ДИ 1,1–25,8, $p = 0,04$), гипергликемия (ОШ 2,8; 95% ДИ 0,9–8,8, $p = 0,07$) в сравнении с группой без НАЖБП. Среди пациентов с НАЖБП наблюдались более высокие показатели триглицеридов (1,2 vs 0,8, $p = 0,013$) и более низкие значения холестерина липопротеинов высокой плотности (1,38 vs 1,67, $p = 0,001$) в сыворотке крови в сравнении с таковыми без НАЖБП. Наиболее значимые различия в группе «случаи» в сравнении с группой «контроли» были получены по величинам избыточной массы тела (29 vs 22,3, $p < 0,001$) и окружности талии (мужчины 100 vs 94, $p < 0,001$, женщины 86 vs 74, $p < 0,001$). Частота встречаемости синдрома тревоги/депрессии по шкале HADS была выше в группе «случаи» в сравнении с группой «контроли» (клинического уровня 32 vs 14, $p < 0,001$), отсутствие тревоги и депрессии встречалось чаще в группе «контроли» в сравнении со «случаями» (28 vs 9, $p < 0,001$).

Заключение. Наиболее значимые различия среди молодых лиц с неалкогольной жировой болезнью печени были получены по величинам индекса массы тела и окружности талии в сочетании с высокой концентрацией триглицеридов и низкой концентрацией холестерина липопротеинов высокой плотности, а также более выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой в виде тревоги и депрессии.

ЗНАЧЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Петрухнова М.Ф., Лишута А.С., Кожевникова М.В., Зекцер В.Ю., Беленков Ю.Н., Довженко К.И., Макарычева М.К.

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

Введение. Усиленная наружная контрпульсация (УНКП) является оптимальным дополнением к стандартному лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом (СД). УНКП способствует улучшению систолической функции левого желудочка, функции эндотелия, процессов микроциркуляции, чувствительности тканей к инсулину и показателей гликемического контроля. Неинвазивный характер и хорошая переносимость УНКП являются дополнительными преимуществами этого метода.

Описание случая. В 2018 г. в клинику госпитальной терапии обратился пациент М., 64 лет, с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба до 200 м), повышенную утомляемость. Более 10 лет он страдал артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 180/110 мм рт.ст., также наблюдался у эндокринолога по поводу СД 2 типа, целевой уровень HbA1c <6,5%, (2017 г. - HbA1c – 7,4%). В анамнезе – ИБС (безболевого ишемия миокарда), КАГ от 2014 г. – стеноз ДВ до 80%, стеноз ЗМЖВ (60%–75%), поражение ОВ – 95%, выполнено стентирование ОВ. По данным ОФЭКТ в покое и при нагрузке от 2017 г. – признаки гипоперфузии в области верхушки, боковой и передней стенок левого желудочка - площадью 38–41% от площади ЛЖ. По данным ЭХО-КГ от 2017 г. – ФВ 36%. По поводу ХСН и ФВ с 2017 года принимал квадротерапию (АРНИ, спиронолактон, небиволол, эмпаглифлозин – в рамках терапии СД 2). С 2016 года у пациента отмечалась тенденция к повышению уровня креатинина до 133 мкмоль/л, диагностирована нефропатия смешанного генеза. На фоне терапии в период с 2017 до 2018 года была отмечена незначительная положительная динамика в виде повышения ФВ до 38%, однако сохранялась клиника ХСН, эквивалентов стенокардии. С 2018 года пациент получает лечение УНКП (2 курса по 35 процедур; давление компрессии 220–280 мм рт.ст.), на фоне которого отметил положительную динамику в виде повышения толерантности к физическим нагрузкам. ОФЭКТ от 2020 г. – зона гипоперфузии уменьшилась до 30–33% от площади ЛЖ. По данным ЭХО-КГ – ФВ в 2020 г. – 46%, в 2023 г. - 52%; лабораторно - креатинин в 2024 г. – 118 мкмоль/л, HbA1c – 5,4%.

Заключение. Этот клинический случай демонстрирует, что УНКП является многообещающим неинвазивным методом лечения пациентов с ХСН и СД, обладающим двойными кардиометаболическими преимуществами. Помимо увеличения фракции выброса и толерантности к физическим нагрузкам, УНКП может способствовать улучшению гликемического контроля и защите почек, что делает его ценным дополнением к стандартной терапии.

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭЙКОЗАНОИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Победенная Г.П., Вагина Ю.И.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

ГБУЗ ЛГКМБ № 1 ЛНР, Луганск, РФ

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) является одним из частых инфекционных заболеваний органов дыхания у взрослых, и, к сожалению, одной из ведущих причин смертности от болезней органов дыхания. Ожирение (Ож), повышает риск госпитализации и смерти пациентов с ВП более, чем в 3 раза, в частности, из-за тромбозов различной локализации, в формировании которых принимают участие эйкозаноиды – тромбоксаны.

Цель. Изучить показатели тромбоксана В2 в сыворотке крови пациентов с ВП, сочетанной с ожирением.

Материал и методы. Обследовали 71 больного в среднем возрасте $36,4 \pm 3,6$ лет, с ВП клинической группы 2, в т.ч. мужчин было 32 (45%), женщин - 39 (55%). У 34 больных была диагностирована ВП, сочетанная с Ож - основная группа), у 37 пациентов была ВП без Ож - группа сравнения. В сыворотке крови всех больных определяли содержание ТхА2 по стабильному метаболиту ТхВ2 иммуноферментным методом. Для разработки референтной нормы были обследованы 34 практически здоровых донора того же возраста и пола.

Результаты. У всех пациентов (100%), лечившихся с ВП, отмечались клинические синдромы интоксикационный и респираторный, проявлявшийся кашлем с гнойной или слизисто-гнойной мокротой, астено-невротический - у 25 пациентов (74%) основной группы и у 21 (57%) - из группы сравнения. В основной группе содержание лейкоцитов в периферической крови было, в среднем, в 1,2 раза больше, чем в группе сравнения. У больных основной группы содержание ТхВ2 в сыворотке крови было в 23,5 раза выше ($p < 0,001$) нормы и в 3,1 раза выше аналогичного в группе сравнения. Нормализация температуры тела у пациентов группы сравнения происходила на 3-4 сутки пребывания в стационаре, у больных основной группы - на 5-6 сутки.

Показатели функции внешнего дыхания у пациентов основной группы характеризовались снижением жизненной емкости легких в 1,2 раза ($p < 0,001$) от аналогичного показателя в группе сравнения. У больных основной группы в 14 случаях (41,2 %) в клиническом течении ВП отмечался синдром бронхиальной обструкции со снижением объема форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) на 13,2 % от такового в группе сравнения.

Заключение. У пациентов с ВП, сочетанной с Ож, содержание ТхВ2 в сыворотке крови было значительно выше, чем у пациентов без Ож, что, на наш взгляд, способствовало более тяжелому и торпидному клиническому течению основного заболевания, осложнениям и нуждается в коррекции. Полученные результаты свидетельствует о том, что ЭС могут оказывать разное влияние на ЖКТ в зависимости от особенностей вегетативной регуляции.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Позднякова Н.В., Денисова А.Г.

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, РФ

Актуальность. Электрическая нестабильность миокарда проявляется в изменении электрофизиологических свойств при воздействии различных триггерных факторов, что клинически сопряжено с различной степенью риска нарушений ритма, в том числе фатальных.

Цель. Изучить клинико-функциональные показатели электрической нестабильности сердца у больных дилатационной кардиомиопатией.

Материал и методы. 52 пациента (14 женщин и 38 мужчин), средний возраст $44,5 \pm 6,3$ лет. Комплекс обследования: холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиография (ЭхоЭКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ вариабельности ритма сердца (BPC) и турбулентности ритма (начало турбулентности $TO > 0\%$, наклон турбулентности $TS < 2,5$ мс/RR), оценка временной реполяризации желудочков - дисперсия интервала Q-T (QTd), скорректированный интервал Q-T (QTc). Выделено две группы: ППЖ+ ($n=19$) – с наличием патологических показателей СУ-ЭКГ; ППЖ- ($n=33$) - без патологических изменений СУ-ЭКГ.

Результаты. Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) зарегистрированы в 100% наблюдений. У 15 (83,3%) пациентов с ППЖ+ классифицирована желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) высоких градаций - III, IV, V классов по Lown B, у 9 из них пробежки желудочковой тахикардии; выявленная ЖЭ у 3 пациентов с ППЖ+ отнесена ко II градации, ещё у 1 пациента с ППЖ+ к I градации. У больных группы ППЖ- отмечена ЖЭ III-V классов в 8 (24%) случаях, у 19 (57,6%) больных ЖЭ I градации, у 6 (18%) - ЖЭ II градации. Показатели BPC (SDNN, BB50, rMSSD, LH/HF) с указанием на резкое снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы при повышенной симпатической активности: SDNN- $36,3 \pm 2,3$ мс, LF/HF - $4,71 \pm 0,48$ усл.ед., BB50- $8,8 \pm 2,6\%$; признаки вегетативного дисбаланса отмечены в 50 (96%) случаях. При анализе показателей турбулентности сердечного ритма (TPC) патологические значения TS ($TS0\%$ достоверно чаще регистрировались в группе ППЖ+ (37% и 47,4%) в сравнении с группой ППЖ- (15% и 18%), $p < 0,05$. Установлена достоверная разница в регистрации патологических значений TO и TS у пациентов при ЖЭ III-V градаций ($n=23$) и ЖЭ I-II градаций ($n=29$), соответственно: 47,8% и 56,5% против 3,4% и 6,8% ($p < 0,05$). Получены корреляционные связи дисперсии скорректированного интервала Q-T с показателями СУ-ЭКГ: продолжительностью фильтрованного QRS комплекса – HF QRS-Dauer- $R=0,5574$ ($p < 0,05$), продолжительностью низкоамплитудных сигналов в конце фильтрованного QRS комплекса - LAN Fd- $R=0,6271$ ($p < 0,05$); между QTd и градациями ЖНР- $R=0,6642$, $p < 0,001$. В ходе проспективного наблюдения (длительность до 5 лет) летальность составила 4 пациента, во всех случаях постоянно регистрировались ППЖ, SDNN не превышала 16 мс, rMSSD не более 4 мс при патологических параметрах TPC.

Заключение. Для определения неблагоприятного стратификационного риска с целью профилактики аритмических осложнений у больных с кардиомиопатиями необходимо учитывать различные составляющие электрической нестабильности миокарда: анализ вариабельности и турбулентности ритма сердца, замедленной фрагментированной активности сердца (поздние потенциалы желудочков) и дисперсии QT-интервала.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Полевая О.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Аллергический ринит (АР) оказывает неблагоприятное влияние на течение бронхиальной астмы (БА). Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью сочетания БА и АР. Сочетание БА и АР повышает частоту обострений и госпитализаций, влияет на социальную активность, качество жизни пациентов, экономическую составляющую – значительные траты на лечение.

Цель. Провести сравнительный анализ, как современный подход к ведению пациентов с данной патологией влияет на частоту обострений и госпитализаций.

Материал и методы. В исследование были включено 199 человек с БА, в том числе 115 человек с БА и АР, что составляет 57,8%. Соответственно, контрольная группа без сопутствующего АР – 84 человека – 42,2%. Оценку контроля над БА проводили с помощью АСТ-теста. Оценку частоты обострений и госпитализаций проводили с помощью разработанной анкеты-опросника по выявлению причин частых обострений больных БА. Для анализа частоты обострений, требующих госпитализаций, была разработана анкета по выявлению причин частых обострений у больных бронхиальной астмой. Статистический анализ данных проводился с помощью программы для персонального компьютера, позволяющей проводить сравнение организованных пользователем групп данных с использованием статистических непараметрических критериев, не зависящих от характера распределения - точного метода Фишера и критерия «хи-квадрат», а также традиционно используемого в биомедицинских исследованиях t-критерия Стьюдента для нормально распределенных переменных. Использовались следующие уровни значимости различий: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Результаты. По результатам проведенного анкетирования в основной группе исследования частота тяжелых обострений, требующих госпитализаций, показала, что наибольшее количество пациентов – 53,8% - имело сочетанный с БА аллергический ринит. При сочетании БА и АР увеличилась частота обострений в 2,7 раза, частота госпитализаций в 2,2 раза по сравнению с контрольной группой при значениях $p \leq 0,05$. Таким образом, АР утяжеляет течение БА.

Закключение. По результатам проведенного анализа выявлено, что пациенты с БА, сочетанной с АР, имеющие тяжелые обострения, требующих госпитализаций, 53,8% не имели контроля над астмой и аллергическим ринитом, необходим динамический контроль и наблюдение у врачей смежных специальностей: терапевта, пульмонолога, аллерголога-иммунолога и отоларинголога; при наличии сочетания БА и АР для достижения контроля над заболеванием необходимо лечение обоих заболеваний в соответствии с тяжестью каждого из них; комплексный подход, включающий назначение рациональной фармакотерапии БА и АР, проведение элиминационных мероприятий и аллерген-специфической иммунотерапии приводит к снижению частоты обострений в 2,4 раза и улучшению качества жизни.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД И РОЛЬ ВИТАМИНА Д В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Полевая О.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Проблема частых ОРВИ остается актуальной и в настоящее время. Результаты проведенных исследований указывают на распространенность недостаточности и дефицита витамина Д. В настоящее время дефицит витамина Д рассматривают как новую неинфекционную пандемию 21 века. Распространенность дефицита витамина Д в Московском регионе, недостаточность витамина Д встречается у каждого третьего обследуемого. Умеренный дефицит – почти у каждого второго пациента. Выявлена ассоциация витамина Д со многими заболеваниями, в частности с БА. Недостаточная обеспеченность организма витамином Д проявляется частыми повторными респираторными заболеваниями. Актуально проведение исследования содержания витамина Д в сыворотке крови у взрослых пациентов с бронхиальной астмой.

Цель. Выявление и компенсация дефицита витамина Д у пациентов с БА с целью профилактики ОРВИ и обострений БА.

Материал и методы. Выявление дефицита витамина Д проводилось путем определения его в сыворотке крови. Наиболее информативным показателем является концентрация кальцидиола – 25(ОН)D – в сыворотке и плазме крови. При выявлении недостаточности или дефицита витамина D с лечебной, а также с профилактической целью назначался прием витамина D. Критерием обеспеченности организма витамином D является содержание 25(ОН)D в сыворотке крови. В России приняты следующие границы: адекватным уровнем в крови считается концентрация 25(ОН)D ≥ 30 нг/мл (≥ 75 нмоль/л); недостаточностью – концентрация 25(ОН)D 21–29 нг/мл (51–72,5 нмоль/л); дефицитом – < 20 нг/мл (< 50 нмоль/л).

Результаты. Недостаточность витамина Д выявлена у 31,2% пациентов с БА средней степени тяжести и тяжелого течения, умеренный дефицит у 42,5% пациентов и тяжелый дефицит выявлен у 6,5% пациентов. После выявления дефицита витамина Д ко всем пациентам проводился персонализированный подход, были рекомендованы лекарственные препараты витамина Д для профилактики и комплексной терапии респираторных заболеваний у пациентов с БА, что позволило компенсировать дефицит витамина Д и уменьшить в 2,4 раза частоту обострений БА.

Заключение. Проведенное исследование показало, что прием препаратов витамина Д способствует снижению риска респираторных инфекций и тяжелых обострений БА; в комплексном подходе по ведению пациентов с БА целесообразно использовать витамин Д для профилактики острых респираторных заболеваний и тяжелых обострений БА. Компенсация дефицита витамина Д уменьшает риск заболевания РВИ обострений у пациентов с БА в 2,4 раза. Чем выше уровень витамина Д, тем ниже риск тяжелого обострения БА.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Полевая О.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. В ведении пациентов с бронхиальной астмой (БА) важное место занимает обучение пациентов. Обращает на себя внимание низкий уровень образованности пациентов, позднее обращение к врачам приводит к тому, что многие пациенты имеют частые обострения и госпитализации, которые оказывают нежелательное действие на психологическое состояние и социальную жизнь пациентов, ограничивая профессиональную деятельность. Приводит к ухудшению качества жизни.

Цель. Информировать и обучить пациентов с БА правильной технике управления самоведения для снижения частоты обострений и улучшения качества жизни.

Материал и методы. В исследовании участвовало 163 пациента с БА средней степени тяжести и тяжелого течения. Оценку частоты обострений и госпитализаций проводили с помощью разработанной анкеты-опросника по выявлению причин частых обострений больных БА. В ведении пациентов с БА важное место занимает обучение пациентов правильному использованию лекарственных препаратов. В начале всем пациентам проводились занятия, предоставлялась информация о заболевании, составление индивидуального плана лечения для каждого пациента, обучение технике ингаляции, пикфлоуметрии. Ориентация пациентов на необходимость грамотного и своевременного лечения, ознакомление с современными методами специфической и неспецифической терапии, обучение пациентов современным мерам профилактики психологической реабилитации, самоконтролю над заболеванием, технике управляемого самоведения, знакомство пациентов на доступном уровне с последними научными достижениями в области пульмонологии, аллергологии и иммунологии. Со всеми пациентами проводились занятия на общие обучающие темы, затем пациенты были разделены на группы – одна группа БА, сочетанная с аллергическим ринитом, вторая группа – БА и ожирение, третья группа БА и психосоматические расстройства. Проводились индивидуальные занятия по группам с учетом индивидуальных потребностей в знаниях пациентов.

Результаты. Комплексный подход, включающий обучение пациентов, назначение и соблюдение приема рациональной фармакотерапии всей группы, участвующей в исследовании, привело к снижению частоты обострений в 2,5 раз и госпитализаций в 2,0 раза и улучшению качества жизни пациентов.

Заключение. В ведении пациентов с БА обучение занимает важное место; необходимо медицинским работникам информировать и обучать пациентов с БА для снижения частоты обострений и улучшения качества жизни пациентов.

РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В УХУДШЕНИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Полевая О.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание дыхательных путей, от которого во всем мире страдает более 348 миллионов человек. БА оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов. Психосоматические факторы у пациентов с БА усугубляют тяжесть течения заболевания. Роль психосоматических расстройств у пациентов с БА остается недостаточно изученной.

Цель. Выявить и изучить влияние психосоматических факторов - стресса, тревоги, депрессии - у пациентов с бронхиальной астмой (БА) на частоту обострений и качество жизни и методы их коррекции.

Материал и методы. В исследование включено 67 пациентов с БА и психосоматическими расстройствами. Возраст пациентов от 18 до 65 лет. Статистический анализ данных проводился с помощью программы для персонального компьютера, позволяющей проводить сравнение организованных пользователем групп данных с использованием статистических непараметрических критериев, не зависящих от характера распределения - точного метода Фишера и критерия «хи-квадрат», а также традиционно используемого в биомедицинских исследованиях t-критерия Стьюдента для нормально распределенных переменных. Использовались следующие уровни значимости различий: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Оценку частоты обострений и госпитализаций проводили с помощью разработанной анкеты-опросника по выявлению причин частых обострений больных БА. Определение выраженности депрессивных расстройств – по шкалам тревоги, депрессии Гамильтона. Анкетирование проводилось при первичном осмотре, через один, три, шесть, двенадцать месяцев.

Результаты. Полученные данные показали, что у исследуемой группы пациентов присутствовали депрессия, стресс, тревога. Средний балл выраженности депрессивных расстройств в обследованной группе составил $12,36 \pm 2,24$, что соответствует среднему депрессивному синдрому. Депрессия, тревога и стрессовое состояние усугубляет тяжесть течения БА. Нарушение приема базисной терапии у пациентов с депрессивными расстройствами приводит к повышению частоты обострений в 2,4 раза, ухудшая в целом качество жизни пациентов.

Заключение. Медицинские работники и родственники пациентов должны знать о влиянии психопатических расстройств на ухудшение течения заболевания и качество жизни пациентов с БА; в комплексном ведении пациентов с БА и психосоматическими расстройствами – депрессией, стрессом, тревогой – необходимо проводить коррекцию терапии совместно со специалистами: клиническим психологом и при необходимости с психиатром для снижения частоты обострений и улучшения качества жизни пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОЖИРЕНИЯ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ

Полевая О.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и ожирение представляют собой серьезную медико-социальную проблему мирового уровня. Фенотип БА, сочетанной с ожирением, приводит к снижению контроля над заболеванием, к повышению частоты обострений и длительности госпитализаций, к снижению качества жизни пациентов.

Цель. Изучить влияние ожирения на течение БА; влияние сочетанной патологии БА и ожирения на контроль над заболеванием; влияние на частоту обострений и госпитализаций; влияние ожирения на реактивность дыхательных путей.

Материал и методы. В исследовании участвовало 48 пациентов с БА от 18 до 70 лет с установленным диагнозом - БА, сочетанной с ожирением; из них 34 женщины и 14 мужчин. Основная группа – 48 пациентов с БА и ожирением, контрольная группа – 22 пациента с БА без ожирения. Клинический диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Оценка абдоминального типа ожирения проводилась с помощью антропометрического измерения окружности талии и определения индекса массы тела. Оценку контроля над БА проводили с помощью АСТ-теста. Оценку частоты обострений и госпитализаций проводили с помощью разработанной анкеты-опросника по выявлению причин частых обострений больных БА. Функцию внешнего дыхания оценивали с помощью спирометрии. После проведения обследования и подтверждения клинического диагноза лечение пациентов БА, сочетанной с ожирением, проводилось каждого из этих заболеваний вместе с терапевтом, пульмонологом, диетологом и эндокринологом.

Результаты. У пациентов основной группы с БА с сочетанным ожирением 2 и 3 степеней с ИМТ ≥ 30 кг/м² в 2,5 раза чаще были обострения, требующие госпитализаций $p=0,001$, по сравнению с контрольной. При снижении массы тела на 10% от исходного уровня прослеживалось увеличение ОФВ₁ с 69,3% до 78,1%.

Заключение. Абдоминальное ожирение приводит к хроническому воспалению; течение заболевания на фоне сопутствующего ожирения ухудшается. Неконтролируемое течение заболевания у 60% пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой, где недостаточный контроль над заболеванием составил 48%. Можно сделать заключение о положительном влиянии снижения массы тела на функцию дыхательной системы. Необходим междисциплинарный подход к ведению пациентов с БА, сочетанной с ожирением, специалистов - терапевта, пульмонолога, диетолога, эндокринолога, включая назначение рациональной фармакотерапии БА и ожирения.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕЙ РЕГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОРЕНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Пономарева О.В., Смирнова Е.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, РФ

Актуальность. Ранее выявление неблагоприятных исходов у пациентов кардиоренометаболического фенотипа ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ), является актуальной задачей.

Цель. Определить клинические, лабораторные и инструментальные предикторы полугодовой сердечно-сосудистой регоспитализации у больных кардиоренометаболического фенотипа ХСНсФВ.

Материал и методы. У 40 амбулаторных и 40 пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение, определены уровни маркеров фиброза миокарда в сыворотке крови методом ИФА (NT-proBNP, галектина-3, растворимой формы супрессора туморогенности 2 (sST2), фактора, индуцируемого гипоксией 1- α (HIF-1 α), карбоксиметиллизина (CML)), проведена эхокардиография. Методами логистической регрессии и ROC-анализа выявлены факторы повторной госпитализации в ближайшие 6 месяцев по сердечно-сосудистой причине.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 70 [65;74] лет, преобладали женщины (68,8%). Средняя ФВЛЖ - 61,5 [55;64] %. По шкале H2FPEF в среднем исследуемые набрали 5 [4;7] баллов, HFA-Peff – 4 [2,5;4]. Основными сопутствующими состояниями являлись: артериальная гипертензия - 100%, ожирение - 96,3%, ХБП 3А-5 – 78,8%, дислипидемия - 63,8%, ИБС - 63,8%, ФП - 36,3%. Исходные показатели NT-proBNP у амбулаторных больных меньше, чем у госпитализированных (127,9 [67,7;275,1] vs 349 [212,7;1144,7] пг/мл (AUC=0,847 $\pm$ 0,071; 95% ДИ: 0,707–0,987; p=0,002). Se, Sp - 92,9% и 57,1%. Логистическая регрессия показала, что предикторами ранней повторной госпитализации являются: H2FPEF = 6,5 баллов (Se 73,3%), СКФ 36,97 мл/мин/1,73м² (Se 93,3%), галектин-3 1,5 нг/мл (Se 93,3%).

Заключение. Раннюю повторную госпитализацию по сердечно-сосудистым причинам у пациентов кардиоренометаболического фенотипа ХСНсФВ определяют следующие предикторы: факт стационарного лечения в последние полгода, увеличение КДР, СДЛА, более 6,5 баллов по H2FPEF, снижение уровня СКФ и галектина-3.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ III СТАДИИ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ СЕРДЦА И МОЗГА

Поселюгина О.Б., Зенин Т.Т., Кузьмин И.С., Сами А.Ю., Цветков И.С., Беликов А.Н.,
Коричкина Л.Н.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ РФ, Тверь, РФ

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) при отсутствии контроля артериального давления, характеризуется поражением головного мозга, как органа мишени, с развитием когнитивных нарушений (КН).

Цель. Оценить состояние когнитивной функции (КФ) у пациентов с гипертонической болезнью III стадии с перенесенным инфарктом сердца и мозга при помощи Моса-теста и шкалы MMSE.

Материал и методы. Обследовано 100 больных с верифицированной ГБ III стадии в условиях ГБУЗ «Областной клинический кардиологический диспансер». Они были разделены на 2 группы, в 1-ю включили пациентов (мужчин – 35, женщин – 15, средний возраст – $69,0 \pm 8,71$ лет) с ГБ с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), во 2-ю – больных (мужчин – 25, женщин – 25, средний возраст – $62,6 \pm 9,8$ лет) ГБ с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения.

КФ оценивали Монреальской и MMSE шкалами. При использовании Моса шкалы максимально возможное количество баллов составляло – 30; 26 баллов и более принимали за норму, 25 баллов и менее свидетельствовало о наличии КН. Статистическую обработку осуществляли с помощью программы Microsoft Excel. Данные представлены в виде абсолютной (абс.) величины и процентного (%) соотношения, средней (М) $\pm$ стандартного отклонения (SD), для сравнения применяли критерий – χ^2 с поправкой Йейтса.

Результаты. При использовании Монреальской шкалы отмечено, что в 1-й группе снижение КФ наблюдалось у 31 (62,0%) пациента, из них мужчин было 20 (54,0%), женщин – 11 (35,0%, $p > 0,05$), во 2-й группе снижение КФ выявлено у 39 (78,0%, $p > 0,05$) больных, из них мужчин было 19 (48,0%, $p > 0,05$), женщин – 20 (51,3%, $p > 0,05$). Средний балл Моса-теста составил в 1-й группе $24,68 \pm 0,4$, во 2-й группе – $21,24 \pm 0,6$ ($p = 0,0001$).

При оценке КФ с использованием шкалы MMSE средний балл в 1-й группе составил – $27,3 \pm 0,34$ и во 2-й группе – $24,46 \pm 0,43$ ($p = 0,0001$). Преддеменция у пациентов в 1-й и 2-й группе выявлена одинаково часто, соответственно у 21 (48,0%) и 22 (44,0%) человека. Статистически значимо чаще во 2-й группе пациентов отмечалась деменция легкой степени (17 (34,0%) против 2 (4,0%), $p = 0,001$). Умеренная и тяжелая деменция обнаружена в единичных случаях и только во 2-й группе (1, 2,0%).

Заключение. 1. Результаты, полученные при использовании Моса и MMSE шкал, показали, что во 2-й группе пациентов КФ была статистически значимо ниже, чем в 1-й.

2. Во 2-й группе статистически значимо чаще выявлялась деменция легкой степени, чем в 1-й, преддеменция отмечалась одинаково часто в обеих группах.

ОЦЕНКА ПОТРЕБЛЕНИЯ НИКОТИНСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Преловская Д.И., Смирнова М.С.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. В настоящее время, особенно в молодежной среде, наравне с традиционным табакокурением широко используются новые формы никотинсодержащей продукции (НСП). Распространено мнение, что эти системы являются безвредными, в то время как их влияние на здоровье остается неизученным, а использование в вейпах различных добавок может приводить, в частности, к поражению легких (EVALI-синдрому).

Цель. Оценить распространенность и структуру потребления НСП среди студентов Приволжского исследовательского медицинского университета.

Материал и методы. Разработана анкета для анонимного экспресс-опроса из 9 вопросов, содержащая демографические данные, информацию об использовании НСП и отношении к его прекращению. Опрошено 50 студентов, из них 43 (86,0%) женщин. Возраст колебался от 18 до 33 лет; 42 (84,0%) респондентов относились к возрастной категории 20-24 года.

Результаты. Имели опыт курения или парения 41 (82%) студент, из них 8 (19,4%) впервые пробовали НСП в 11-13 лет; 12 (29,3%) в 14-16 лет; 12 (29,3%) в 17-18 лет; 9 (22,0%) в 18 и старше. Большинство - 39 (78,0%) считали, что не страдают никотиновой зависимостью, 11 (22,4%) признавали ее наличие. У 33 (66%) обучающихся табак употребляли родственники. В настоящее время 21 (40,8%) респондентов используют различные виды НСП, в частности, 13 (24,5%) употребляют вейпы, содержащие никотин; 2 (4,1%) - электронные средства нагревания табака; 3 (6,1%) - классические сигареты; 3 (6,1%) другое. После начала курения/парения 15 (30%) не заметили изменений самочувствия (считают себя здоровыми), у 9 (18%) появилась одышка при беге или подъеме в лестницу, у 12 (24%) кашель, у 5 (10%) слабость, 4 (8%) отмечали появление головных болей, 3 (6%) тошноты, 4 (8%) неприятного вкуса во рту, 3 (6%) болей в грудной клетке, 1 (2%) в животе. На вопрос о намерении прекратить использование НСП 12 (36,4%) анкетированных ответили, что им удалось побороть зависимость; 8 (24,2%) не считали это зависимостью и уверены, что смогут не курить/парить, когда захотят; 6 (18,2%) хотели избавиться от этой привычки, но не сейчас (неподходящее время); 3 (9,1%) много раз пробовали, но не получилось; 4 (12,1%) нравился сам процесс курения/парения, и они не планируют бросать, не считая опасным. Со всеми проводились разъяснительные беседы.

Заключение. По предварительным данным среди студентов-медиков употребление НСП (40,8%), в частности вейпов (24,5%), широко распространено, в то время как осведомленность о последствиях является низкой.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПИКФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДИНАМИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Приходько К.С.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава РФ, Благовещенск, РФ

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена неуклонным ростом числа больных бронхиальной астмой (БА), в том числе, среди женщин репродуктивного возраста, отмечаемым во всем мире.

Цель. Определить взаимосвязь клинического течения БА и показателей суточного мониторинга бронхиальной проходимости (пикфлоуметрии) у пациенток с БА в динамике гестационного периода.

Материал и методы. Изучены клинико-anamnestические данные, показатели пикфлоуметрии - пиковой скорости выдоха (ПСВ) - у 246 беременных с БА (у 126 – с легкой БА, у 92 – со среднетяжелой, у 28 – с тяжелой) в зависимости от уровня контроля заболевания и 30 беременных без бронхолегочной патологии (группа сравнения). Пикфлоуметрия проводилась в течение 2 - 3 недель в динамике I, II и III триместров беременности.

Результаты. У больных с легкой БА показатели ПСВ находились в пределах 80,5% от должных величин в утренние и 98% - в вечерние часы, достоверно не отличаясь от группы сравнения. При этом колебания ПСВ в течение суток были более выраженными, чем в контрольной группе, составляя в I триместре 11,5%, во II – 14%, в III – 16% вследствие более низких утренних значений ПСВ. У больных со среднетяжелой и тяжелой БА показатели ПСВ достоверно отличались от группы сравнения, составляя при среднетяжелой до 53% от должных величин в утренние часы, до 78% - в вечерние; при тяжелой, соответственно: 42,5% и 62,5%. Наиболее выраженная суточная вариабельность ПСВ регистрировалась у пациенток со среднетяжелой БА с увеличением срока беременности, суточная разница показателей ПСВ составил в I триместре – 21,5%, в III триместре – 26%, при тяжелой - 17% и 19%. Наибольшее снижение утренних значений ПСВ отмечалось при тяжелой БА: средний утренний показатель ПСВ в III триместре был в 1,5 раза меньше, чем в I, в то время как при легкой и среднетяжелой соответствующие показатели были: 1,1; 1,21. В то время как при контролируемом течении заболевания показатели ПСВ на протяжении беременности существенно не изменялись, при неконтролируемой БА наблюдалось ухудшение бронхиальной проходимости, характеризующееся как снижением значений от должных величин, так и большей их суточной вариабельностью ($p < 0,001$).

Заключение. *Снижение ПСВ и увеличение суточной вариабельности показателей у беременных с БА предшествовало появлению клинических симптомов обострения заболевания, подчеркивая важность проведения суточного мониторинга ПСВ и ведения дневника самоконтроля для ранней диагностики и предупреждения развития обострения заболевания.*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Приходько К.С.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава РФ, Благовещенск, РФ

Актуальность. Актуальность изучения психоэмоциональных особенностей у беременных с бронхиальной астмой (БА) определяется неуклонным ростом распространенности заболевания и необходимостью совершенствования диагностики, лечения и профилактики.

Цель. Определить взаимосвязь клинического течения БА и показателей суточного мониторинга бронхиальной проходимости (пикфлоуметрии) у пациенток с БА в динамике гестационного периода.

Материал и методы. У 165 пациенток с БА изучены клиничко-анамнестические данные, особенности темперамента (опросник Г. Айзенка), уровень личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера-Ханина) в период ремиссии заболевания. Группу сравнения составили 70 беременных без бронхолегочной патологии.

Результаты. У больных БА отмечено преобладание интровертированных черт личности и эмоциональной лабильности. Среди больных БА выявлено преобладание высокой степени личностной тревожности (ЛТ) – у 72 больных (43,6%), очень высокая тревожность – у 48 (29,0%), средняя степень тревожности – у 45 (27,3%). Низкой степени ЛТ у пациенток с БА не отмечено. У большинства здоровых женщин отмечалась средняя степень ЛТ – у 32 (45,7%), у 16 (22,9%) – низкая; очень низкая ЛТ – у 13 (18,6%); высокая ЛТ – у 9 (6,0%) ($p < 0,05$). При исследовании ситуативной тревожности (СТ) среди беременных с БА также преобладали высокий и средний уровни – соответственно, у 71 больных (43,0%) и у 60 (36,4%); очень высокая СТ выявлена у 34 больных (20,6%). Низкий уровень СТ среди больных БА не отмечен. В группе здоровых женщин в большинстве случаев определялась средняя степень СТ – у 25 беременных (35,7%); низкая тревожность – у 36 (51,4%), высокая тревожность – у 9 (12,9%) обследованных ($p < 0,05$). Анализируя показатели ЛТ и СТ в группе беременных с БА в зависимости от тяжести заболевания (по мере ее увеличения), выявлено нарастание показателей ЛТ. В процессе течения болезни СТ, возникающая как реакция на какую-либо ситуацию, в том числе и на имеющееся заболевание, с одной стороны – ухудшает его течение, с другой – со временем становится особенностью личности пациента, трансформируясь, таким образом, в личностную тревожность, тем самым еще более усугубляя течение заболевания. Интровертированность больных БА находилась в корреляционной связи с эмоциональной нестабильностью ($r=0,67$, $p < 0,05$) и с высокой степенью ЛТ ($r=0,59$, $p < 0,01$).

Заключение. У пациенток с БА определено преобладание интровертированных черт личности, в наибольшей степени выраженных при тяжелом течении неконтролируемой БА с утяжелением симптомов во время беременности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава РФ, Благовещенск, РФ

Актуальность. Актуальность исследования клинических особенностей течения бронхиальной астмы у беременных связана с неуклонным ростом заболеваемости бронхиальной астмой (БА), отмечаемым во всем мире.

Цель. Определение особенностей клинического течения БА у беременных при различных сроках ее дебюта и продолжительности заболевания.

Материал и методы. Изучены клинические особенности течения БА у 112 беременных: клиничко-anamnestические данные, показатели спирометрии, результаты теста по контролю над астмой (АСТ), статистические методы.

Результаты. В I группу вошли 63 беременных с длительностью БА до 10 лет, в среднем $4,2 \pm 1,1$ года. Средний возраст к моменту дебюта БА составил $22,3 \pm 1,5$ лет, то есть, начало пришлось на юношеский и первый зрелый возраст. II группа - 49 беременных с давностью заболевания более 10 лет, в среднем $19,1 \pm 2,1$ лет, средний возраст на начало болезни составил $9,4 \pm 2,5$ лет, то есть, дебют заболевания был в детстве.

В I группе легкое течение БА наблюдалось у 39 (61,9 %), среднетяжелое – у 23 (38,1%).

Длительность БА при легком течении была, в среднем, $4,7 \pm 2,1$ года, при среднетяжелом - $3,6 \pm 1,6$ лет. Возраст дебюта БА при легком течении был, в среднем, $22,8 \pm 2,1$ лет, при среднетяжелом – $21,9 \pm 2,1$. Во II группе легкая БА была у 32 (65,3%) больных, средней степени - у 17 (34,7%). Длительность БА во II группе при легком течении составила $15,6 \pm 2,4$ лет, при среднетяжелом – $16,9 \pm 2,3$ лет. Возраст больных к началу развития БА составил при легком течении – $9,1 \pm 2,2$ лет, среднетяжелом – $9,8 \pm 2,6$ лет.

В I группе у пациенток преобладала смешанная БА, во II группе – аллергическая.

Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям прослежена у 23 (36,5%) в I группе и у 32 (65,3%) - во II. У 16 больных БА развилась накануне беременности или на разных ее сроках (впервые диагностированная), при этом у большинства отмечалось отсутствие контроля заболевания. Из них легкая БА выявлена у 12 (75%) пациенток, среднетяжелая - у 4 (25%). У 46 (73%) пациенток I группы были обострения БА во время беременности, при легком течении – у 17 (36,9%), среднетяжелом – у 29 (63%). Во II группе обострения БА наблюдались у 26 (53,1%) больных: при легкой БА – у 10 (38,5%), при среднетяжелой БА – у 16 (61,5%).

Заключение. Таким образом, для большинства беременных с дебютом БА в зрелом возрасте характерно более тяжелое неконтролируемое течение.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ГЕСТАЦИОННОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава РФ, Благовещенск, РФ

Актуальность. Актуальность исследования связана с возрастающим интересом к проблемам диагностики, лечения и профилактики бронхиальной астмы (БА), представляющей одну из серьезных проблем здравоохранения во всем мире.

Цель. Изучение клинико-функциональных особенностей течения БА в гестационном и послеродовом периодах.

Материал и методы. Проведено наблюдение 136 больных БА в динамике беременности и послеродовом периоде на протяжении от 3 месяцев до 4-х лет. Группу сравнения составили 70 здоровых беременных. Использованы клинико-анамнестические данные, тест по контролю над астмой (АСТ), исследование вентиляционной функции легких (спирометрия, пикфлоуметрия).

Результаты. В гестационном периоде 63 (46,3%) пациентки отметили ухудшение в течении БА (усиление симптомов, больше обострений), у 59 (43,3%) оно было без динамики, улучшение – у 14 (10,3%). Проанализированы клинико-функциональные особенности течения БА у 32 пациенток при повторных беременностях и родах. У 18 (56,3%) было легкое течение БА, среднетяжелое – у 12 (37,5%), тяжелое – у 2 (6,2%). Обострение БА в первые трое суток после родов отмечено у 10 (7,3%), в течение последующих 2-4-х недель – у 43 (31,6%), через 2-4 месяца – у 32 (23,5%), через 6 месяцев – у 20 (14,7%). У 15 (11%) пациенток симптомы БА возобновились через год после родов. При оценке динамики течения БА в послеродовом периоде улучшение состояния после родов отмечено у 49 (36%) больных, без изменений – у 53 (42,7%), ухудшение – у 34 (25%). Во время беременности, в послеродовом периоде пациентки получали ту же терапию, на которой ранее, до беременности, был достигнут контроль. При обострении БА и утяжелении ее симптомов в послеродовом периоде увеличивали объем базисной терапии (будесонид) и бронхолитической – с целью быстрого купирования обострения. Улучшение после родов было у больных с контролируемым течением БА во время беременности. Только 11 (8,1%) пациенток с утяжелением симптомов БА во время беременности указывали на улучшение самочувствия в послеродовом периоде. Утяжеление течения БА после родов чаще наблюдалось у пациенток с обострением в I половине беременности, чаще при неаллергической БА.

Заключение. У большинства больных с БА течение заболевания в послеродовом периоде было без существенных изменений, большее количество обострений отмечено через 2–4 недели после родов. В послеродовом периоде пациентки получали ту же терапию, на которой ранее, до беременности, был достигнут контроль заболевания.

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ ТРЕТЬЕГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Прохоров Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, РФ

Актуальность. Психологический дискомфорт является традиционным фактором риска для студентов медиков. Студенты на третьем курсе из-за высокой учебной нагрузки и длительной экзаменационной сессии могут испытывать дополнительный стресс.

Цель. Целью работы явилось изучение проявлений депрессии и тревоги у студентов медиков 3 курса.

Материал и методы. Весной 2024 г. и весной 2025 г. в рамках лекционных занятий было проведено анкетирование с использованием опросника HADS (Zigmond, Snaith, 1983).

В анкетирование приняло участие 232 студента: 179 девушек и 53 юношей. Статистическая обработка проведена с использованием пакета анализа MS Excel 21.0 и Statistica 10.0.

Для оценки нормальности распределения использовался критерий Шапиро-Уилка.

Результаты. Медианные показатели HADS среди девушек и юношей были одинаковые, достоверных различий по шкалам тревоги и депрессии не наблюдалось, но у девушек преобладала шкала тревоги, у юношей депрессии. Среди всех студентов 85% отметили отсутствие проявлений депрессии и только 47% отсутствие тревоги. Без разделения по полу 35% отметили проявления субклинической депрессии, 10% субклинической тревоги; 18% клиническую тревогу, 5% клиническую депрессию. 88% девушек отметили, что не испытывают признаков депрессии, среди юношей 77%. Юноши достоверно чаще отмечали проявления субклинической депрессии по сравнению с девушками (17 и 8%; при $p < 0,05$). Достоверных различий по полу при оценке шкалы тревоги не наблюдалось.

Заключение. *При изучении психологического дискомфорта проявления тревоги чаще встречались у девушек и юношей 3 курса. Девушки достоверно ниже отмечали проявления субклинической депрессии.*

ДИНАМИКА ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОПУТСТВУЮЩЕГО ОБЫКНОВЕННОГО ПСОРИАЗА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Разин В.А., Нестеров А.С., Курганова Ю.Н.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, РФ

Актуальность. В настоящее время псориаз является самым распространенным заболеванием кожных покровов, около 5% населения на планете и данная патология часто встречается совместно с артериальной гипертензией.

Цель. Изучить динамику поздних потенциалов желудочков (ППЖ) у мужчин с артериальной гипертензией с сопутствующим тяжелым течением обыкновенного псориаза на фоне длительной терапии дерматоза.

Материал и методы. Обследовано 59 мужчин, страдающих артериальной гипертензией (АГ) 2 стадии с прогрессирующей стадией обыкновенного (вульгарного) псориаза тяжелого течения - индекс PASI $\geq$ 20 баллов. Всем пациентам исходно проводилась регистрация сигнал-усредненной электрокардиограммы высокого разрешения (СУ-ЭКГ ВР). Для лечения псориаза все пациенты получали системную терапию метотрексатом в средней дозе 15 мг 1 раз в неделю в сочетании с фолиевой кислотой и топическую терапию глюкокортикостероидами. Для коррекции артериальной гипертензии пациенты получали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента/блокаторы ангиотензина II в сочетании с тиазидным диуретиком. Все пациенты впоследствии достигли целевого уровня АД. Через 6 месяцев терапии псориаза повторно проводилась регистрация СУ-ЭКГ ВР.

Результаты. В ходе исследования исходно у пациентов с АГ с тяжелым течением дерматоза выявлено, что у 24 человек (40,7%) на СУ-ЭКГ регистрировались ППЖ. Через 6 месяцев консервативной терапии дерматоза при повторной регистрации СУ-ЭКГ частота выявления ППЖ у пациентов с тяжелым течением псориаза составила 23,7% (14 человек). Таким образом после лечения у пациентов с тяжелым течением псориаза снижение частоты регистрации ППЖ было статистически значимо - $\chi^2=3,88$; $p=0,049$. Через 6 месяцев терапии дерматоза такие показатели СУ-ЭКГ ВР как продолжительность фильтрованного комплекса QRS (TotalQRS), среднеквадратичная амплитуда последних 40 мс фильтрованного комплекса QRS (RMS40), продолжительность низкоамплитудных сигналов в конце комплекса QRS (LAS40) улучшились, однако изменения были статистически не значимы. Так, Total QRS исходно составил $112,5\pm 17,9$ мс, а через 6 месяцев - $108,3\pm 14,5$ мс ($p=0,075$).

Заключение. Длительная системная терапия при тяжелом течении псориаза с сочетанием с артериальной гипертензией оказывает положительное влияние на электрофизиологию сердца снижая частоту регистрации поздних потенциалов, механизм данного влияния, вероятно, реализуется посредством снижения системного воспаления, имеющегося при тяжелом дерматозе.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БРАДИКАРДИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТКИ С ДВУСТОРОННЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ COVID-19

Ракитина К.А., Коваленкова Е.И., Бычкова Л.В., Политидис Р.Р., Александрова М.Р.
РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, РФ

Введение. Многие лекарственные препараты обладают побочными действиями. Часто встречающиеся побочные действия дексаметазона - повышение АД, тахикардия, изменения на ЭКГ. Крайне редко в медицинской литературе описывается возникновение брадикардии при применении дексаметазона. Представляем вашему вниманию клиническое наблюдение пациентки, у которой при лечении двусторонней ковидной пневмонии назначен дексаметазон.

Описание случая. У пациентки 3., 1965 г.р., появилась лихорадка, сухой кашель, чему предшествовали миалгии. 27.06.2021 г. амбулаторно выполнена КТ ОГК: двусторонняя полисегментарная пневмония, ассоциированная с COVID-19. КТ2. Тест на ковид-положительный. Начата терапия триазеверином, бромгексином, апиксобаном в терапевтических дозах. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии госпитализирована 31.05.2021 г. в стационар. При поступлении состояние средней тяжести. КТ ОГК-без динамики. В легких-дыхание везикулярное, равномерно ослабленное. ЧДД 20/мин, сатурация 97%. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС=пульс 78/мин. В остальном - без особенностей. Отмечено повышение маркеров воспаления: СРБ 10N; СОЭ 42 ммоль/л. Начатая терапия была продолжена. Добавлен дексаметазон в/в 8 мг/сут. с увеличением до 12 мг (01.06.2021 г.). 02.06.2021 г. появилась слабость, пульс снизился до 60/мин. 03.06.2021 г. слабость усилилась (пульс - 45/мин). Учитывая крайне редкое побочное действие дексаметазона, как урежение пульса, его отменили. 05.06.2021 г. пульс повысился до 55/мин. 06.06.2021 г. - до 68/мин, исчезла слабость. 11.06.2021 г. пациентка выписана с улучшением состояния. 31.12.2021 г. - повторная госпитализация по поводу Covid-19 пневмонии (КТ1). Беспокоил сухой кашель и лихорадка. По органам без особенностей. Сатурация 98%, ЧДД 18 в мин.; АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС=пульс 80/мин. Начата терапия дексаметазоном в/в 8 мг/сут. 31.12.2021 г. у пациентки возникла слабость, головокружение, пульс снизился до 42/мин. Учитывая предыдущий опыт госпитализации, пациентка категорически отказалась от его применения. 01.01.2022 г. в 8 утра пульс составлял 58/мин., к вечеру - 74/мин. Также у пациентки исчезла слабость и головокружение. Через неделю выписана из стационара с улучшением.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует редкое побочное действие дексаметазона - брадикардию, которая подтверждена у пациентки с двусторонней ковидной пневмонией дважды при его назначении в отсутствии препаратов, урежающих пульс. Следует помнить о возможном возникновении данного побочного эффекта на фоне его приема, так как это позволит избежать лишних обследований для поиска другой причины брадикардии.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

Ребров Б.А., Благодаренко А.Б., Блудова Н.Г., Князева А.К.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Распространенность тиреоидной патологии в целом среди больных РА по литературным данным достигает 30%. Выявление субклинического гипотиреоза (СГ) представляет определенные трудности, что связано со сходством клинических проявлений артрита, особенно на ранних этапах.

Цель. Изучение особенностей изменений объемных показателей щитовидной железы при РА на фоне СГ, их зависимость от клинического течения артрита.

Материал и методы. Обследованы 68 больных РА с признаками СГ (I группа). Группу сравнения (II группа) составили 44 пациента с РА без СГ. Для выявления заболеваний ЩЖ применялось клиническое, биохимическое исследование крови, УЗИ ЩЖ. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ Statistica 10. Достоверность статистических показателей (p) определялась при $p < 0,05$.

Результаты. Больные I и II группы не различались по возрасту ($47,6 \pm 0,58$ лет и $46,2 \pm 0,64$ лет, $p > 0,05$) и продолжительности РА ($9,38 \pm 0,6$ лет и $7,6 \pm 0,8$ лет, $p > 0,05$). В ходе исследования установлено, что показатели ТТГ у больных I группы были существенно выше, а Т4 св. ниже, чем у больных II группы. Так, средние показатели ТТГ и Т4 св. в I группе составляли $5,52 \pm 0,18$ мЕд/л и $12,87 \pm 0,21$ пмоль/л, во II – $1,51 \pm 0,09$ мЕд/л и $14,63 \pm 0,26$ пмоль/л ($U=345$, $p < 0,01$; $U=415$, $p < 0,01$). Объем ЩЖ в I группе составлял $11,15 \pm 0,48$ мл и был достоверно ниже, чем во II группе – $14,06 \pm 0,51$ мл ($U=780$, $p < 0,05$).

При низкой степени активности РА объем ЩЖ в I группе был несколько ниже, чем у больных II группы ($p > 0,05$). У больных с умеренной активностью артрита сохранялась тенденция к снижению объемных показателей ЩЖ в основной группе, но различия по данному показателю приобретали значимость только при третьей степени активности РА ($U=534$, $p < 0,01$). Анализ показателей ЩЖ у больных с разной длительностью заболевания РА (все пациенты были поделены на 3 группы с длительностью до 5, 5-10 и более 10 лет) выявил также тенденцию к снижению объемных значений ЩЖ с увеличением давности артрита, однако достоверные различия обнаружены только в группе с длительностью РА 5-10 лет ($U=715$, $p < 0,05$).

Заключение. Изменения объемных параметров ЩЖ возрастали с увеличением активности артрита, а также зависели от длительности основного заболевания. Уменьшение объема ЩЖ при РА может быть обусловлено не только аутоиммунным тиреоидитом, а также быть следствием глюкокортикоидной терапии, развития раннего атеросклероза, что требует динамического наблюдения и дальнейшего изучения этого вопроса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ГИПОТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

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

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее частых заболеваний соединительной ткани аутоиммунной природы. Тиреоидная дисфункция (ТД) в виде субклинического и явного гипотиреоза встречается у 4,3% и 0,3% среди населения, при этом в популяционных когортах в районах с умеренным йод-дефицитом, к которым относится и Донбасс, явный гипотиреоз был зарегистрирован у 2-2,8%, а субклиническая гипотиреоидная дисфункция (гипоСТД) у 5,5–5,8% участников. РА и ТД имеют ряд общих клинических, иммунологических и даже генетических признаков.

Цель. Выявить клинические особенности РА у больных с гипоСТД.

Материал и методы. Больные РА с признаками гипоСТД были отнесены к I группе (63 чел.). Во II группу включены 44 больных РА без сопутствующей гипоСТД. Больные I и II групп, все женского пола, статистически не различались по возрасту ($47,6 \pm 0,58$ лет и $46,2 \pm 0,64$ лет) и продолжительности основного заболевания ($9,38 \pm 0,6$ лет и $7,6 \pm 0,8$ лет), $p > 0,05$.

Критериями включения были: верифицированный диагноз РА в соответствии с рекомендациями ACR/EULAR (2010) и Ассоциации ревматологов России (2024), а также гипоСТД в соответствии с критериями European Thyroid Association (2015) и Российской ассоциации эндокринологов (2024) для йод-дефицитных регионов.

Результаты. Больные I группы, по сравнению с пациентами II группы, достоверно чаще имели серопозитивный вариант течения заболевания 79,4% и 45,5% соответственно ($\chi^2=6,1$, $p=0,014$), но значимо не различались по наличию антител к циклическому цитруллиновому пептиду. Больные в группах имели разную активность воспалительного процесса, у больных I группы выявилась тенденция к увеличению процента лиц с умеренной активностью РА.

В обеих группах поражение суставов установлены рентгенологически от I до IV стадии и статистически не различались. При оценке функционального класса (ФК) выявлено наличие более высокого класса у больных I группы, особенно значимо преобладали лица с ФК IV ($p=0,032$). При установлении внесуставных (системных) проявлений РА у больных сравниваемых групп частота встречаемости их у больных I группы была выше по всем параметрам. Однако значимые различия наблюдались по числу изменений со стороны сердца ($\chi^2=15,4$, $p < 0,001$), проявлений невропатии ($\chi^2=12,4$, $p < 0,001$) и анемии ($\chi^2=7,6$, $p=0,006$).

Заключение. Клиническими особенностями РА у больных с гипоСТД является более тяжёлое течение РА с большим числом системных проявлений и более выраженными функциональными нарушениями, преобладание серопозитивных вариантов заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, РФ

Актуальность. Почечная и цереброваскулярная патологии имеют общие факторы риска и патогенетические механизмы, они часто сопровождают друг друга и ведут к неблагоприятным исходам [Гердт А.М. и соавт., 2015; Chen X. et al, 2021]. Анализ исследований, посвященных ведению пациентов старшего возраста с цереброваскулярной патологией, демонстрирует недостаточное внимание оценке функции почек у данной популяционной группы.

Цель. Оценить распространенность почечной дисфункции среди пациентов старшей возрастной группы с цереброваскулярными заболеваниями.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании приняли участие пациенты старшей возрастной группы, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и находящиеся в раннем восстановительном периоде (3 месяца) в отделении медицинской реабилитации ГУЗ «ГКБ святого апостола Андрея Первозванного» в количестве 120 человек. Из них мужчин – 69 (57,5%), женщин – 51 (42,5%), средний возраст – $66,6 \pm 6,1$ лет.

На основании медицинской документации при госпитализации в стационар по поводу ОНМК проведен анализ распространенности почечной дисфункции. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали согласно критериям KDIGO (2012), Хроническая болезнь почек (ХБП) – клиническим рекомендациям Национальной Ассоциации Нефрологов (2024).

Результаты. Пациенты имели высокую коморбидность: артериальная гипертензия выявлена у 116 (96,7%), ишемическая болезнь сердца – у 89 (74,2%), хроническая сердечная недостаточность – у 52 (43,3%), фибрилляция предсердий – у 57 (47,5%), сахарный диабет 2 типа – у 34 (28,3%), ожирение – у 38 (31,2%) пациентов. ХБП в анамнезе имели 52 пациента (43,4%): 1 стадия – 2 пациента (3,9%), 2 стадия – 9 (17,3%), 3а стадия – 24 (46,2%), 3б стадия – 12 (23,1%), 4 стадия – 5 (9,6%). ОПП наблюдалось у 41 (34,2%) пациента с ОНМК: из них ОПП первой стадии установлено у 38 пациентов (92,7%), второй стадии – у 3 (7,3%). Распределение госпитальное/догоспитальное ОПП: 15 пациентов (36,6%) / 26 пациентов (63,4%). ОПП на ХБП имели 19 пациентов (15,8%), из них преимущественно прerenальное ОПП – 16 (84,2%), вновь возникшее ОПП (de novo) – 22 пациента (18,4%).

Заключение. ХБП в анамнезе наблюдается у 43% пациентов старшей возрастной группы, перенесших ОНМК. ОПП, преимущественно догоспитальное, отмечается у каждого третьего пациента пожилого и старческого возраста с ОНМК, что требует динамического наблюдения и мониторингирования функции почек в реабилитационном периоде.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ПАЦИЕНТА С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ, ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ АКТИВНОСТЬ 2, С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОЧАГАМИ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМ ОРГАНОВ

Рубцова А.С., Вовк Е.А., Воловатова И.Н.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Введение. Системная склеродермия (прогрессирующий системный склероз, М34.0) – стадийно протекающее полиорганное заболевание с характерными вазоспастическими сосудистыми реакциями по типу синдрома Рейно и облитерирующей васкулопатией с ишемическими нарушениями, при котором развиваются специфические аутоиммунные расстройства, сопровождающиеся активацией фиброзообразования и избыточным отложением коллагена в тканях.

Описание случая. Пациентка Т., 59 лет заболела в 2013 году, когда стала отмечать зябкость, посинение, побеление и покраснение пальцев кистей, появление плотного отека кистей. В 2017 г. впервые выявлено поражение легких (проходила лечение у терапевта с диагнозом бронхит, далее – пневмония затяжного течения). Выполнена КТ легких – заподозрен диссеминированный процесс, туберкулёз не подтверждён. Отмечено изменение черт лица («кисетный рот», заострение черт лица), высокий титр АНА. Ревматологом поставлен диагноз системной склеродермии с поражением легких. Пациентка госпитализирована в р/о, где проводилась пульс-терапия ГКС, далее назначены 4 таблетки преднизолона с последующим снижением дозы с 4 до 1 таб., циклофосфамид, купренил. Из-за плохой переносимости, купренил и циклофосфамид заменены на азатиоприн. При плановой госпитализации в июне 2023 г. наблюдались: прогрессирующий синдром Рейно с формированием двигательных язв на кончиках пальцев кистей, нарастающая одышка на фоне поражения легких (двустороннее поражение ИЗЛ, бронхоэктазы). При выписке назначены: 7,5 мг преднизолона, амлодипин, ивабрадин, силденафил, муколитические препараты (внутрь), алендроновая кислота, витамин Д. Учитывая прогрессирование симптоматики, принято решение о назначении пациентке нинтеданиба (варгатеф) с марта 2024 г, как базисного препарата для лечения прогрессирующего легочного фиброза. При использовании нинтеданиба, субъективная переносимость неудовлетворительная (астения, тошнота, слабость, снижение аппетита). Госпитализирована в ревматологическое отделение для коррекции терапии. Настоящий клинический диагноз: «Системная склеродермия, диффузная форма, хроническое течение активность 2, с поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, сосудов (синдром Рейно), ЖКТ (дисфагия), легких (интерстициальное поражение легких двустороннее, бронхоэктазы), сердца (легочная гипертензия), вторичный синдром Шегрена, повышение титров АНА (6,1), анти Scl-70 (914 МЕ/мл), перикардит в анамнезе».

Заключение. В представленном клиническом случае отображены особенности развития системной склеродермии, с поражением легких, прогрессированием интерстициального поражения легких, что потребовало назначения нинтеданиба, и развитием вторичной легочной гипертензии.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Рубцова Е.В.

ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган, РФ

Актуальность. Увеличение числа обращений пациентов с астеническим и кардиологическим синдромами после перенесенного COVID-19 свидетельствует о негативном влиянии на сердечно-сосудистую систему. Длительно существующая анемия пролонгирует период реабилитации в постковидном периоде, ухудшая общее состояние пациента и снижая качество его жизни.

Цель. Изучить роль анемии и ее возможный патогенез при формировании кардиологических проявлений у пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Проведен анализ 72 пациентов (66 женщин, 6 мужчин) в возрасте от 20 до 64 лет, первично обратившихся к терапевту с сохраняющимися жалобами астенического и кардиологического профиля в течение первых 12 месяцев после перенесенного COVID-19, с диагностированными нарушениями сердечного ритма (НСР), признаками кардиомиопатии (КМП) при стандартном ЭКГ-исследовании. В 72% наблюдалась анемия легкой, в 28% – среднетяжелой степени при нормальных МСН, МСV. В 71% (n=51) – нормосидеремия на фоне референсного диапазона уровня ферритина, в 29% (n=21) – гиперсидеремия на фоне повышения уровня ферритина сыворотки крови. Лабораторное исследование проведено с помощью геманализатора Mindray BC-2800 и биохимического анализатора Mindray BS-240Pro.

Результаты. Основные жалобы исследуемых пациентов с анемией: немотивированная выраженная общая слабость (уже при лёгкой степени тяжести), быстрая утомляемость, дискомфорт за грудиной (88%), снижение толерантности к привычным физическим нагрузкам (83%), ощущение «замирания» сердца и/или сердцебиения (71%).

Среди пациентов с поствирусной анемией, у всех диагностированы НСР: синусовая тахикардия у 12 женщин 24,2±3,5 лет, синусовая брадикардия у 2 мужчин 25,3±2,1 лет и 3 женщин 23,2±4,2 лет. Зарегистрированы признаки нарушения процессов реполяризации (n=8), одиночные моно-политопных наджелудочковые экстрасистолы (НЭС) (n=5), НЭС на фоне КМП (n=5), НСР за счет нарушения проводимости (n=19, 3м/16ж), смешанные НСР (n=22, 1м/21ж). НСР впервые диагностированы в 69%, прогрессирование – в 31% в виде присоединения признаков КМП.

Субъективное улучшение и нормализация гемограмм зафиксированы в 71% случаев (n=51) после первых 30 дней антиоксидантной и метаболической, кардиопротекторной терапии (без назначения препаратов железа), через 2 месяца – в 10%, через 3 месяца – в 6%.

Заключение. COVID-19 инфекция является причиной поствоспалительной (цитокиновой) анемии с симптомами кардиопатологий, отвечающих на антиоксидантное, метаболическое, кардиопротекторное лечение без использования препаратов железа. Избыток ферритина и его нормальный уровень при анемии – воспалительный биомаркер на фоне альтерации клеток организма, что характеризует продолжающееся суммарное воздействие воспалительного процесса и способствует усугублению анемии.

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Руденко И.Б., Таирова Д.М., Бажанова М.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Цель. Определить ведущие отрасли Удмуртской республики (УР) и наиболее часто выявляемые профессиональные заболевания среди населения (работников и медицинских сотрудников).

Материал и методы. Проанализированы 85 карт здоровья «Центра профессиональной патологии» на базе БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», данные официальной статистики по социально-экономическому положению УР с 2019 по 2024 гг. Возраст исследуемых составил от 44 до 71 года, из них 34% женщин и 66% мужчин.

Результаты. Ведущей отраслью экономики УР является промышленность. Ключевую роль в ней играют крупные предприятия оборонно-промышленного комплекса, выпускающие высокотехнологичную продукцию. В Удмуртии производятся 90% российских охотничьих и спортивных ружей, ракетно-космическая техника, кальциевая и циркониевая продукция, оборудование для атомных электростанций, беспилотные летательные аппараты, медицинская техника, нефтегазовое оборудование, средства связи, радиоэлектроника. Также развиты машиностроение, стальной прокат и металлообработка. Среди профессий в УР наибольшее количество профзаболеваний выявлено у пилотов воздушного судна и бурильщиков (сенсоневральная тугоухость). Чуть меньше выявлений у водителей сельхоз- и большегрузных автомобилей (радикулопатия) и электрогазосварщиков (пневмокониоз). На начало 2025 г. в УР работает 435 врачей 959 медработников среднего звена. Медработники чаще всего подвергаются воздействию биологических факторов и как следствие – у них развиваются такие профзаболевания как Covid-19 и туберкулез, в меньшей степени – вирусные гепатиты. Наибольшее число профессиональных заболеваний зафиксировано в 2022 г. В последние 2 года наблюдалось снижение количества проведенных медицинских осмотров в Центре профпатологии в связи с тем, что основной контингент работников с профвредностью был обследован в «ковидное время» за период 2021–2022 гг. А также, частные клиники взяли на себя часть нагрузки по проведению медицинских осмотров категорийных работников.

Заключение. Таким образом, пик профессиональной заболеваемости в УР приходится на 2022 г.. Среди населения первое место занимает сенсоневральная тугоухость, а среди медработников лидируют короновиральная инфекция и туберкулез. Профилактика профзаболеваний должна включать обязательное проведение мероприятий: организационно-технических, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических. Обязательное прохождение периодических медицинских осмотров, раннее выявление начальных признаков профзаболеваний и групп риска среди работающих. Профилактика медработников должна включать: соблюдение личной гигиены, ношение специальной одежды, исполнение приказов по профилактике внутрибольничной инфекции и техники безопасности на рабочем месте, а также вакцинация против инфекционных заболеваний.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТАЦИОНАРНОГО ЗВЕНА

Руденко И.Б., Пашкина Е.О., Каримова Г.А.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. Гиперурикемия (ГУ) – часто встречаемая проблема для врача. Длительно неконтролируемая ГУ – одна из ведущих причин смертности среди пациентов из-за её связи с сердечно-сосудистыми, ренальными и метаболическими расстройствами. Контроль за уровнем мочевой кислоты (МК) имеет ключевое значение для профилактики серьезных осложнений и улучшения выживаемости пациентов.

Цель. Провести анализ между ГУ и ряда заболеваний в практике врача стационарного звена.

Материал и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезни 618 пациентов, проходивших лечение на базе ревматологического (400 чел.) и нефрологического (218 чел.) отделений БУЗ УР ГKB 6 МЗ УР г. Ижевска за период с 2024 по 2025 гг. Основным критерием отбора явился уровень МК в крови выше 360 мкмоль/л. ГУ выявлена у 130 пациентов, что составило 21%. Из них: ревматологические больные составили 39% (51) и нефрологические – 61% (79).

Результаты. Из всей когорты ГУ наблюдалась у 49,2% (64) женщин, преимущественно с нефрологическим диагнозом и 50,8% (66) мужчин с преобладанием ревматологической патологии. Средний возраст исследуемых в ревматологии составил $54,8 \pm 11,1$ года, в нефрологии - $64,7 \pm 15,1$ года. В 92,5% случаев (87) ГУ ассоциирована с АГ, с метаболическим синдромом - в 16,1% (21) и с СД 2 типа - в 30,9% (29). Пациенты с ХБП составили 89,4% случаев (84). Распределение по стадиям показало, что ГУ в большей степени выявлялась при ХБП С3б – 26,19% (22) и ХБП С4 – 44,05% (37). В ревматологической группе (N=51) ГУ была наибольшей у пациентов с псориатическим артритом (ПсА) - 35,3% (18), менее: с подагрой - 29,4% (15), анкилозирующим спондилитом - 13,7% (7) и ревматоидным артритом - 11,8% (6). Уратснижающую терапию (УСТ) в виде назначения аллопуринола получали в стационаре только 62,3% (81 чел.). Средний уровень МК при поступлении составил $471 \pm 62,49$ мкмоль/л, при выписке - $374 \pm 78,71$ мкмоль/л, что соответствовало снижению уровня МК на 19,3%.

Заключение. 1. ГУ чаще выявлялась у мужчин в среднем возрасте, а у женщин – в пожилом.

2. ГУ чаще всего ассоциирована с АГ, ХБП С4 и ПсА.

3. На стационарном этапе прием аллопуринола приводил к недостаточному снижению уровня МК. Поэтому, согласно «Консенсусу для врачей по ведению пациентов с бессимптомной гиперурикемией...» от 2024 г., следует назначать УСТ всем пациентам с ГУ, титруя дозы аллопуринола до достижения целевых значений МК в сыворотке крови не только на стационарном, но и амбулаторном этапах лечения.

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У МУЖЧИН, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ШУМОМ

Рудой М.Д., Макарова Е.В.

ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт гигиены и профпатологии»

Роспотребнадзора, Нижний Новгород, РФ

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Согласно данным литературы, одним из факторов, увеличивающих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, может быть шум. Однако, данные об особенностях биохимических маркеров кардиоваскулярного риска у лиц, подверженных воздействию высокого уровня шума, ограничены.

Цель. Определить уровни биохимических маркеров кардиоваскулярного риска у мужчин, контактирующих с высоким уровнем шума, и сопоставить полученные данные с нормативными показателями.

Материал и методы. Обследовано 230 мужчин, подвергающихся в процессе трудовой деятельности воздействию шума выше 80 дБА. Из исследования исключены лица с соматической патологией и подозрением на нее. По стандартной методике с использованием современных наборов реагентов проведен забор крови и определены липидный спектр крови, уровни окисленных липопротеидов низкой плотности (оx – ЛПНП), эндотелина – 1, ST2 – белка, тропонина I. Результаты обрабатывались статистически (программа Statistica 6.1). Применялись однонаправленный статистический критерий Т и критерий знаковых рангов Вилкоксона. Уровень статистической значимости принимали при $p \leq 0,05$.

Результаты. У мужчин, контактирующих с шумом, уровень общего холестерина (ОХС) составил $5,21 \pm 1,05$ ммоль/л и превышал верхнюю границу нормального диапазона (5,2 ммоль/л), $p=0,05$. При этом уровень оx – ЛПНП был сопоставим с верхней границей нормального диапазона (1,17 мкг/мл) и составил 1,04 [0,175; 2,56] мкг/мл ($p=0,27$). А уровень липопротеидов высокой плотности был достоверно ниже установленного норматива (1,55 ммоль/л) и составлял 1,26 [1,02; 1,54] ммоль/л ($p < 0,001$). Уровни липопротеидов низкой плотности и триглицеридов находились в пределах референсных значений. Выявленные изменения липидного профиля могут свидетельствовать о повышении атерогенного потенциала сыворотки крови у лиц, контактирующих с шумом. Медиана уровня эндотелина-1 в плазме крови обследованных составляла 2,76 [2,24; 4,44] пг/мл и была сопоставима с верхней границей установленной нормы (3,5 пг/мл) ($p=0,305$). При этом почти у 1/3 части пациентов (29,1%) уровень эндотелина-1 в плазме крови превышал верхнюю границу референсного интервала, что указывало на наличие у них признаков эндотелиальной дисфункции. Уровень вчСРБ у мужчин, контактирующих с шумом, составлял 2,35 [1,35; 5,30] мг/л, что соответствовало границе, разделяющей средний и высокий кардиоваскулярный риск (3,0 мг/л). Прочие проанализированные лабораторные маркеры (ST2 – белок, тропонин I) в группе лиц, контактирующих с шумом, существенно не отличались от установленных нормативов.

Заключение. Валидизированные лабораторные маркеры указывали на повышение кардиоваскулярного риска у мужчин, работающих в условиях воздействия шума.

РАСЧЕТ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РИСКОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИ НЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ДЛЯ РАЗНЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ

Саморукова Е.И., Саможенова П.С., Фомина Е.И., Адашева Т.В.

ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, Москва, РФ

Актуальность. Около 313 миллионов взрослых пациентов ежегодно подвергаются оперативным вмешательствам, при этом уровень периоперационной внутрибольничной летальности после плановых операций составляет примерно 0,5%. Несмотря на успехи в развитии медицины, вероятность неблагоприятных событий при оперативном вмешательстве все еще сохраняется. Другой проблемой является то, что не все коморбидные, пожилые пациенты, пациенты с заболеваниями легких (ХОБЛ, бронхиальная астма, интерстициальные заболевания легких) могут быть допущены к плановому оперативному лечению. Для расчета периоперационных рисков необходима комплексная и объективная оценка функционального состояния (ФС) пациента. ФС – понятие, отражающее состояние физических резервов организма и способность человека выполнять повседневную деятельность.

Цель. Показать методики расчета периоперационных рисков врачу-терапевту для разных групп пациентов (заболевания легких, пожилые пациенты, коморбидные пациенты, пациенты с морбидным ожирением).

Материал и методы. Обзор актуальных отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных различным способам оценки функционального состояния пациента и расчету периоперационных рисков.

Результаты. Для оценки и расчета периоперационных рисков преимущественно используют анестезиологические опросники: оценка физического статуса пациентов по классификации ASA, оценка MET по опроснику DASI, шкала Lee, индекс Goldman, индекс Detsky, шкала GUPTA, шкала POSSUM, шкала ARISCAT. Однако, главным недостатком опросников является субъективная оценка функциональных резервов пациента и отсутствие комплексного представления о ФС пациента. Необходимо использовать функциональные методы (спирометрия, определение диффузионной способности легких, тест с 6 минутной ходьбой) для повышения точности расчетов периоперационных рисков.

«Золотым стандартом» в оценке ФС является кардиореспираторный нагрузочный тест, оценивающий пиковое потребление кислорода (VO_{2max}). Исследование организма в состоянии немедленной адаптации в условиях предельной нагрузки дает наиболее точное представление о функциональных резервах. Чем выше резервы, тем выше толерантность к физической нагрузке и, соответственно, ниже периоперационные риски.

Заключение. *Имеющиеся анестезиологические опросники не всегда дают объективные данные о ФС пациента и периоперационных рисках. Сочетание нагрузочных и функциональных тестов имеет хороший потенциал в определении толерантности к физической нагрузке и оценке ФС, что поможет более точно рассчитать периоперационные риски у пациентов с разными патологиями при плановых несердечных операциях.*

Врачу-терапевту необходимо знать, как правильно интерпретировать полученные результаты для оценки периоперационных рисков. В данном докладе будут продемонстрированы клинические примеры расчетов периоперационных рисков у пациентов с заболеваниями легких, пожилых пациентов, коморбидных пациентов, пациентов с морбидным ожирением при плановых несердечных операциях.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Сидоренко Ю.В., Демидов В.В., Ветчинникова Т.А.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания, прежде всего гипертоническая болезнь (ГБ), способствуют прогрессированию сопутствующей патологии внутренних органов. Согласно данным эпидемиологических исследований, ГБ и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОБЛ) составляют около 62% в структуре заболеваемости старших возрастов и взаимно отягощают течение коморбидной патологии. Известно, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) связано с многими соматическими заболеваниями, в том числе доказано наличие взаимосвязи между ПТСР и кардиоваскулярными заболеваниями.

Цель. Оценить влияние левокарнитина в комплексе медицинской реабилитации на клинко-патогенетические проявления коморбидной ГБ.

Материал и методы. Под диспансерным наблюдением после проведения основного курса лечения находилось 80 пациентов в возрасте от 32 до 59 лет (женщины - 60,0%, мужчины – 40,0%) с ГБ в сочетании с ХОБЛ на фоне ПТСР. Для изучения эффективности различных схем медицинской реабилитации пациентов разделили на 2 подгруппы: А (43 человека), больные которой получали левокарнитин; Б (37 человек), пациенты которой продолжали базисную терапию ГБ и ХОБЛ.

Результаты. В период диспансерного наблюдения проведено комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование с использованием наиболее информативных и доступных в клинической практике показателей. У большинства больных (63,9%) в этот период обследования сохраняется кашель с выделением небольшого количества мокроты, одышка при физической нагрузке, единичные сухие хрипы, а также снижение работоспособности и эмоционального состояния. При создании рациональной программы медицинской реабилитации больным с неустойчивой ремиссией назначали препарат левокарнитина. Наряду с существенным улучшением общего самочувствия, эмоционального состояния и ликвидацией проявлений ПТСР, у пациентов подгруппы А, которые получали препарат левокарнитина, в течение первых 2-3 недель с момента назначения курса реабилитации происходит уменьшение проявлений астено-вегетативного синдрома, восстанавливаются показатели метаболического гомеостаза, улучшается КЖ, увеличивается толерантность к физической нагрузке, что свидетельствует о положительном эффекте назначения данного препарата.

Заключение. Таким образом, результаты проведенной медицинской реабилитации с использованием левокарнитина у пациентов с сочетанным течением ГБ и ХОБЛ на фоне ПТСР показывают, что комплексный подход способствует эффективному контролю за клиническими симптомами, положительно влияет на качество жизни пациентов, психоэмоциональное состояние и повышают физическую выносливость больных.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Сидоренко Ю.В., Балабаева Н.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – важная медико-социальная проблема мира. Коморбидные и фоновые заболевания существенно влияют не только на проявления ХОБЛ у пациента, но и вообще на все сферы его жизнедеятельности, а значит ухудшают качество жизни, которое в общей популяции больных ХОБЛ остается низкой.

Цель. Изучить особенности морфологических и функциональных сдвигов со стороны микроциркуляторного русла (МЦР) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2-го типа на фоне туберкулеза легких (ТЛ) и возможности их фармакологической коррекции.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 80 больных с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на фоне ТЛ, которые до начала лечения методом слепой рандомизации были распределены на две группы: основную – 43 чел. и сопоставления – 37 чел, а также 48 пациентов с ХОБЛ на фоне ТЛ (контрольная группа). Больным основной группы дополнительно к базисному лечению назначали карбоцистеин и таурин. Состояние МЦР изучали с помощью фотоцелевой лампы ШД-2М для биомикроскопии бульбарной конъюнктивы (ББК).

Результаты. При проведении исследований было установлено, что выраженность нарушений со стороны МЦР у обследованных больных зависит, от наличия, сопутствующего СД 2-го типа. В начале лечения у обследованных больных отмечалось относительно умеренное нарушение микроциркуляции. Эти изменения характеризовались неравномерностью калибра венул и капилляров, уменьшением числа функционирующих капилляров с созданием аваскулярных зон, в части случаев появлялась сетчатая структура сосудов; замедлением кровотока, а у некоторых больных и наличием ретроградного кровотока; сладж-синдром I-II степени в венулах и капиллярах в виде гранулярно-зернистого кровотока; наличием периваскулярного отека. Обращает внимание, что у больных при поступлении в стационар отмечалось повышение всех конъюнктивальных индексов (КИ), что свидетельствовало о нарушении со стороны микрогемодинамики.

После завершения лечения у пациентов основной группы отмечена четко выраженная положительная динамика проанализированных показателей: КИ1 снизился в среднем в 1,75 раза относительно исходного уровня ($p < 0,01$); КИ2 – уменьшился в 2,2 раза ($p < 0,01$); КИ3 снизился в среднем в 5 раз ($p < 0,001$). Интегральный коэффициент КИобщ снизился в ходе лечения в среднем в 2,1 раза и достиг $4,1 \pm 0,32$, что соответствует верхней границе нормы ($p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, под влиянием комплексного лечения у пациентов основной группы отмечается улучшение показателей МЦР и в большинстве случаев происходит нормализации КИ.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО И КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скиба Т.А., Ярцева С.В., Победенная Г.П.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Сложность течения и трудности подбора базисной терапии, значительные затраты человека и государства на лечение больных с бронхиальной астмой (БА) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа определяют трудности ведения пациентов с такой коморбидностью. Тяжесть течения обоих заболеваний определяет состояние иммунной системы пациента.

Цель. Изучить показатели гуморального и клеточного звеньев системы иммунитета больных БА, сочетанной с СД 2-го типа.

Материал и методы. Под наблюдением находились 56 пациентов с обострением средней тяжести персистирующей БА, в т.ч. 27 больных БА (I группа) и 29 – с БА, сочетанной с СД 2-го типа (II группа), в среднем возрасте $37,9 \pm 1,2$ лет. Среди больных БА женщин было 34 (61%), мужчин – 22 (39%). Контрольную группу составили 32 практически здоровых донора такого же пола и возраста. У всех исследованных в крови определяли состав IgA, IgM, IgG, IgE, CD3⁺-, CD4⁺-, CD8⁺- CD22⁺-лимфоцитов, фагоцитарную активность моноцитов по фагоцитарному индексу (ФИ), фагоцитарному числу (ФЧ) и НСТ-тесту.

Результаты. У больных II группы уровень в крови IgA был достоверно ниже, чем в I группе, на 16%, IgM – на 9,0%, IgG – на 17% ниже, чем в I группе и ниже, чем в контрольной группе. При этом концентрация в крови IgE во II группе выявилась ниже, чем в I группе, в 2,3 раза. Количество CD3⁺- лимфоцитов во II группе был ниже, чем в I группе, в 1,7 раза ($p < 0,001$). Показатель CD4⁺-клеток у больных II группы был в 1,2 раза ниже, а CD8⁺ -несколько выше, чем в I группе, что отразилось на снижении соотношения CD4/CD8 у больных II группы в 1,3 раза ($p < 0,001$) по сравнению с I группой и в 1,4 раза – с контролем. Значение CD22⁺--клеток во II группе было ниже, чем в I – в 1,3 раза. Показатель ФИ у пациентов II группы оказался ниже, чем в I группе, в 1,7 раза, а ФЧ – в 1,6 раза, при этом разницы в НСТ-тесте выявлено не было.

Заключение. При обострении БА, сочетанной с СД 2-го типа, по сравнению с только БА, у больных было отмечено развитие вторичного иммунодефицита по клеточному и гуморальному типу со снижением количества CD3⁺ и CD4⁺-лимфоцитов, соотношения CD4/CD8, фагоцитарной активности моноцитов, и ослабление аллергического компонента системного воспаления, что, очевидно, связано с СД 2-го типа.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скиба Т.А., Ярцева С.В., Победенная Г.П.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Несоблюдение базисного лечения, обострения с эпизодами системной глюкокортикостероидной терапии способствуют частому сочетанию бронхиальной астмы (БА) и сахарного диабета (СД) 2-го типа с ранним формированием осложнений обоих заболеваний.

Цель. Изучить возможные механизмы формирования осложнений у больных БА, сочетанной с СД 2-го типа.

Материал и методы. Исследование проведено у 215 пациентов с обострением персистирующей БА средней степени тяжести в возрасте ($38,6 \pm 2,4$) лет, в т.ч. у 88 мужчин (40,9%), у 127 женщин (59,1%). Больных с БА было 64 - I группа, лиц с БА в ассоциации с СД 2-го типа – 151 (II группа). Диагноз БА и СД 2-го типа, а также объем лечения устанавливали в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями.

У всех пациентов, наряду с рутинными лабораторными исследованиями, в сыворотке крови определяли показатели малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК), а также каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), концентрацию матриксной металлопротеиназы (ММП)-9, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), уровень микроальбуминурии (МАУ).

Результаты. У больных I группы отмечено повышение показателей МДА и ДК, в среднем, соответственно, в 1,7 и 1,6 раза по сравнению с нормой. При этом повышение активности каталазы составило, в среднем, на 60%, а СОД – на 30% от нормы. У больных II группы уровень МДА был выше, в среднем, в 2,6 раза, а ДК – в 2,0 раза от референтной нормы ($p < 0,05$) и соответственно по сравнению с показателями I группы – в 1,5 раза и 1,2 раза. Активность ферментов АОЗ каталазы и СОД тоже характеризовалась увеличением, но не так существенно, соответственно: на 30,0% и на 5,0 %. Уровень ММП-9 во II группе в 19,7 раз превышал аналогичный в I группе. Показатель СКФ у больных II группы был в 1,24 раза ниже, а МАУ – в 4,2 раза выше, чем в I группе. При этом в I группе оба показателя: СКФ и МАУ не отличались от контрольных значений, а концентрация ММП-9 в I группе была выше контрольной в 1,25 раза ($p < 0,001$).

Заключение. *Повышение показателей липопероксидации над активностью антиоксидантной защиты, значительное повышение уровня ММП-9 с учетом их деструктивного характера в патогенезе обоих заболеваний, наряду со снижением СКФ и МАУ у больных БА, сочетанной с СД 2-го типа, предопределяет быстрое формирование изменений со стороны дыхательной системы и почек у коморбидных больных.*

ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV-2

Слюсарь А.А.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Актуальность. Клинические проявления, вызванные острым респираторным коронавирусом 2 (SARS-CoV-2), обычно сопровождаются развитием вирус-ассоциированной пневмонии с тромбозом и васкулитом мелких сосудов легких. Визуализация и анализ количественных изменений на компьютерной томографии (КТ) облегчает оценку тяжести состояний пациентов с COVID19. Однако несоответствие тяжести клинического течения SARS-CoV-2 и объема поражения легочной ткани по КТ может вызывать трудности в интерпретации клинικο-рентгенологической картины, что вероятно связано с особенностями активации иммунной системы и системно-воспалительным ответом.

Цель. Оценить у пациентов с SARS-CoV-2 по данным компьютерной томографии органов грудной клетки с помощью полуколичественной визуальной шкалы степень поражения легочной паренхимы и тяжесть клинического течения.

Материал и методы. В исследовании участвовало 117 пациентов, проходивших лечение COVID19. Все пациенты с SARS-CoV-2 получали стандартную схему терапии согласно клиническим рекомендациям COVID19. Всем участникам проведено КТ органов грудной клетки на 6-7 день от начала заболевания. Пациенты разделены на три группы по объему поражения ткани легкого: первая - 39 пациентов без признаков поражения (КТ-0); вторая — 57 человек с поражением 1 степени (КТ-1); третья — 2 степень поражения (КТ-2). Всем участникам проведено исследование общего анализа крови с лейкоцитарной формулой, определение С-реактивного белка, Д-димера.

Результаты. По результатам общего анализа крови у пациентов с COVID19 и КТ-0 чаще наблюдается нейтропения и моноцитопения, чем в других группах. Лимфопения чаще регистрируется у лиц с КТ-1 и КТ-2. Повышение уровня СРБ коррелирует с тяжестью клинических проявлений COVID19 и распространенностью воспаления. Пациенты с КТ-2 имеют более высокие показатели СРБ, по сравнению с КТ-1 и КТ-0. SARS-Cov-2 вызывает активацию коагуляции в виде имунотромбоза, основанного на воспалении эндотелия альвеолярных сосудов с образованием тромбов. Повышение Д-димера у пациентов с КТ-2 ассоциируется с неблагоприятным течением заболевания. При анализе частоты госпитализаций, ухудшения состояния по КТ и летальных исходов наблюдается значимое повышение этих параметров у пациентов с КТ-1. У 51% пациентов с КТ-1 наблюдается ухудшение состояния по КТ и 35% требуют госпитализации в связи с ухудшением состояния.

Заключение. *Определение тяжести состояния пациентов с COVID19 на основании КТ-картины позволяет точнее оценить тяжесть и прогноз заболевания. Пациенты с поражением КТ-1 считаются амбулаторными и обычно не требуют госпитализации, однако тяжесть их состояния может быть недооценена.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ТАКОЦУБО НА ФОНЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Смирнова В.В., Раужева В.П., Суворова Н.А., Гордеев И.Г.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, РФ

Введение. Синдром такоцубо (СТ) – острое, обратимое нарушение функции миокарда, характеризующееся временной дисфункцией левого желудочка, обычно в ответ на эмоциональный или физический стресс. Описаны случаи развития СТ на фоне тиреотоксикоза. Избыток гормонов щитовидной железы увеличивает экспрессию бета-адренорецепторов в миокарде, делая сердце более уязвимым к воздействию катехоламинов, вызывает ускорение метаболизма, что может привести к энергетическому истощению кардиомиоцитов и их временной дисфункции.

Описание случая. Пациентка М., 37 лет, поступила в ГКБ №15 им. О.М. Филатова 07.11.2024 г. с жалобами на эпизод повышения АД до 190/110 мм рт.ст., боль в области левой лопатки, левой руки, одышку, сердцебиение. В августе 2024 г. проходила стационарное лечение в связи с вирусным миокардитом, вызванным COVID-19, осложненным дилатацией всех камер сердца, ХСН со сниженной ФВ до 27 %, также выявлен гипертиреоз. Настоящее ухудшение 07.11.2024 г, когда стала отмечать вышеуказанные жалобы на фоне самостоятельной отмены препаратов. Хронические заболевания, вредные привычки отрицает. Из семейного анамнеза известно, что бабушка умерла в возрасте 48 лет от неизвестного сердечного заболевания. Объективно бледность кожного покрова, пастозность обеих стоп и голеней. АД 138/86 мм рт.ст., ЧСС 104/мин. Ритм сердца не нарушен, тоны сердца приглушенные, шумы не выслушиваются.

Лабораторно: лейкоцитоз $9,27 \times 10^9/\text{л}$, NT-proBNP 4880 пг/мл, повышение уровня тропонина до 0,721 пг/мл, в динамике – 4,835 нг/мл.

По данным ЭхоКГ: полости ЛП, ЛЖ умеренно расширены. Нарушение сократимости верхушки ЛЖ, МЖП, верхушечного и среднего сегментов передней стенки ЛЖ, верхушечного сегмента боковой стенки ЛЖ, аневризматическое расширение ЛЖ. ФВ ЛЖ 36%. Проведена коронарография: коронарные артерии без гемодинамических значимых стенозов. Выставлен диагноз: «Кардиомиопатия такоцубо на фоне декомпенсированного гипертиреоза, тиреотоксическое сердце». Лечение: карведилол, дапаглифлозин, торасемид, спиронолактон, валсартан+сакубитрил, тирозол в лечебных дозировках. На фоне проводимой терапии состояние пациентки улучшилось, была выписана под наблюдение эндокринолога, кардиолога по месту жительства. По данным амбулаторного ЭхоКГ отмечается увеличение ФВ ЛЖ до 51%.

Заключение. Заболевания щитовидной железы являются причиной развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, чаще всего аритмий, как правило, у больных с уже имеющимися структурными патологиями сердца. В описанном случае декомпенсация тиреоидного статуса у пациентки с перенесенным миокардитом в анамнезе привела к состоянию, маскирующему ОКС – кардиомиопатии такоцубо. Терапия, в первую очередь, должна быть направлена на достижение медикаментозной компенсации тиреотоксикоза, во вторую – на симптоматическое и патогенетическое лечение ХСН.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ «ЖЁСТКОСТИ» СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Смирнова А.Ю., Гноевых В.В., Павлова Е.С., Зиганшина С.Р., Чебакова Е.С.
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, РФ

Актуальность. По данным литературы повышенная жесткость сосудов у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) ассоциирована со снижением вентиляционной и диффузионной способности легких, более низкой сатурацией гемоглобина кислородом во время 6-минутного нагрузочного теста (6-MWT) и более тяжелым течением ХОБЛ.

Цель. Оценить клиническое значение жесткости сосудов у больных ХОБЛ в зависимости от тяжести обострения.

Материал и методы. Обследовано 70 больных ХОБЛ, из них $n=11$ (15,7%) с тяжелым обострением вошли в основную группу (ОГ), а с обострением средней и легкой степени тяжести $n=59$ (84,3%) - в контрольную группу (КГ). У всех больных анализировали каротидно-фemorальную скорость пульсовой волны (кфСПВ), лёгочную вентиляцию и оксигенацию крови (в покое и при 6-MWT), риск смертности по BODE-индексу, биохимический анализ крови.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту ($p=0,692$), ИМТ кг/м² ($p=0,696$). Определение каротидно-фemorальной скорости пульсовой волны выявило достоверное повышение кфСПВ у пациентов с тяжелым обострением до 14,59 [14,36; 19,02] м/с против 10,10 [8,04; 10,94] м/с в КГ ($p=0,040$). По нашим данным у больных ХОБЛ повышенная жесткость сосудов ассоциирована с большей интенсивностью курения ($p=0,030$), продолжительностью кашля ($p=0,019$), выраженностью одышки по шкалам mMRC и CAT как до, так и после обострения ($p < 0,05$), с более выраженной обструкцией дыхательных путей ($p < 0,05$) и гипоксемией в покое ($p < 0,05$). По данным биохимического анализа крови уровень С-реактивного белка у пациентов с тяжелым обострением ХОБЛ был достоверно выше, чем в КГ ($p=0,009$). Анализ результатов 6-МШТ выявил, что несмотря на исходно более выраженную одышку, пройденная дистанция и доля «десатураторов» во время 6-МШТ в ОГ не отличались от КГ ($p > 0,05$). Однако, среднее значение SpO₂ ($p=0,028$) и доля SpO₂ в диапазоне менее 89% ($p=0,023$) во время теста были достоверно ниже в ОГ. Кроме того, наблюдалась негативная реакция сердечно-сосудистой системы в виде повышения диастолического давления в конце теста ($p=0,022$). При этом распространённость сочетанных сердечно-сосудистых заболеваний ($p > 0,05$) и индекс коморбидности Чарлсона ($p=0,345$) в группах не различались. Высокий риск летальных исходов по BODE-индексу у пациентов ОГ составил 55,6% против 22% у больных КГ ($p=0,048$).

Заключение. Пациенты с тяжелым обострением ХОБЛ характеризуются большей жесткостью сосудов вне зависимости от наличия сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенная жёсткость сосудов при этом ассоциирована с более выраженной бронхиальной обструкцией и нарушениями оксигенации крови как в покое, так и во время 6-MWT, системным воспалением и высоким риском летальных исходов.

НЕМОТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Спесивцева А.А., Смертина Л.П., Абдулаева Ф.Б.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, РФ

Актуальность. Немоторные симптомы при болезни Паркинсона (БП) часто являются дебютом болезни – появляются до развития двигательных нарушений, сохраняются, нарастают и в значительной степени влияют на качество жизни человека. Для коррекции немоторных проявлений БП необходимо их раннее выявление и мультидисциплинарный подход к терапии.

Цель. Исследовать немоторные симптомы у пациентов с БП. Провести тестирование пациентов посредством специальных шкал-опросников; проанализировать распространенность немоторных проявлений в конкретной выборке пациентов; оценить вызванный ими дискомфорт; провести сопоставление немоторных симптомов с началом двигательных проявлений, с гендерными различиями, с длительностью заболевания.

Материал и методы. Пациенты с БП, обратившиеся на амбулаторный прием к врачу-паркинсологу в Центр лечения экстрапирамидных нарушений и ботулинотерапии СОКБ г. Сургут (всего 50 человек, из них 27 мужчин, 23 женщины); результаты проведенного анкетирования с применением специальной шкалы оценки немоторных проявлений болезни – анкета НМС (NMS Quest), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты. Все пациенты были протестированы посредством анкеты НМС и HADS. У всех обследуемых были представлены немоторные симптомы, при этом наименьшее число у 1 пациента составило 5, максимальное – 15. Наиболее часто преобладают вегетативные проявления (у 75% опрошенных): запоры (53%), слабость и головокружение при вставании (21%), позывы к мочеиспусканию (32%), чрезмерная потливость (27%), излишнее слюноотечение (12%), эректильная дисфункция (7%). Также выявлены расстройства сна (71%), психоэмоциональные нарушения (57%) – чувство тревоги, паники, испуга, грусти, депрессия (56%), психосенсорные расстройства (35-55%) – беспричинные боли, потеря или изменение ощущения запахов. Появляются немоторные симптомы задолго до появления двигательных расстройств (у 70%) и доставляют значительный дискомфорт (у 53%). У женщин чаще выявляется потливость и тревожность, у мужчин – учащенное мочеиспускание, запоры. На ранних стадиях преобладают вегетативные расстройства и тревожность, на поздних стадиях – сенсорные расстройства и депрессия.

Заключение. Немоторные проявления выявляются у всех пациентов с БП, в большинстве случаев появляются на ранней, премоторной стадии болезни и вызывают дискомфорт у больных наравне с двигательными нарушениями. Учитывая многообразность данных симптомов, лечение пациентов предполагает мультидисциплинарный подход к терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Спицина С.С.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, РФ

ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», Волгоград, РФ

Введение. Заболеваемость инфекционным эндокардитом за последнее время не уменьшилась, несмотря на достижения антибактериальной терапии. Из-за многообразия клинических проявлений такой больной может стать пациентом любого специалиста, в том числе ревматолога.

Описание случая. Пациент А., 1991 года рождения, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на слабость, ежедневное повышение температуры тела до 39 °С, снижение веса на 8 кг, боли в суставах; беспокоящие на протяжении 6 месяцев. Был обследован амбулаторно; в инфекционном стационаре, где проводимая антибактериальная терапия имела кратковременный положительный эффект; а также консультирован онкогематологом (патологии не было выявлено). В ревматологическом отделении было продолжено обследование: онкопоиск, компьютерная томография органов грудной клетки, головного мозга, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и сердца (двустворчатый аортальный клапан), выполнены бактериологические посевы крови и мочи (без роста), прокальцитониновый тест (отрицательный), иммунологические анализы (антинуклеарный фактор, антитела к нативной ДНК, АНА-профиль, АНЦА). Сохранялись воспалительные изменения в анализах крови (повышение СОЭ до 50 мм/ч, СРБ до 31 мг/л), признаки анемии, а также изменения мочевого осадка (лейкоцитурия, эритроцитурия протеинурия). Во время госпитализации нарастала азотемия (креатинин до 350 мкмоль/л, мочевины – до 21 ммоль/л). При чреспищеводной эхокардиографии выявлен инфекционный эндокардит аортального клапана с флотирующими вегетациями на створках. Пациент с диагнозом «Двустворчатый аортальный клапан. Вторичный инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана III степени. ХСН I, ФК2. Вторичный геморрагический васкулит с поражением почек: вторичная гломерулопатия по типу IgA-нефропатии с тубулоинтерстициальным компонентом, смешанного генеза. Продуктивная азотемия. Острое повреждение почек, ренальное, неолигурическая форма. ХБП С3А (рСКФ 55 мл/мин/1.73 м²). Вторичная анемия средней степени тяжести» переведен в кардиологическое отделение с последующей консультацией кардиохирурга, продолжена антибактериальная (меропенем, линезолид), глюкокортикоидная, диуретическая терапия, ферротерапия, на фоне чего снизились уровни креатинина и мочевины, СОЭ и СРБ, исчезли изменения в анализах мочи.

Заключение. «Ревматические» симптомы являются частым проявлением инфекционного эндокардита и обуславливают необходимость проведения дифференциальной диагностики с ревматическими болезнями.

БОЛЕЗНЬ ДЕНТА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Спицина С.С.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, РФ

ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», Волгоград, РФ

Введение. Болезнь Дента – X-сцепленная проксимальная тубулопатия, характеризующаяся протеинурией, гиперкальциурией, нефрокальцинозом и прогрессированием в хроническую почечную недостаточность. Распространенность остается неизвестной, что связано с редкой диагностикой данного заболевания.

Описание случая. Пациент Е., 2001 г. рождения, поступал на стационарное лечение с целью обследования и коррекции проводимой терапии. Из анамнеза было выявлено, что в возрасте 6 месяцев выявлялось повышение сывороточного креатинина, в 8 месяцев – массивная протеинурия, сопровождающаяся уратурией, оксалатурией. В 2002 г. проведена биопсия почек: выявлены признаки мембранопрлиферативного гломерулита. Затем начали проявляться рахитические изменения конечностей. В 2004 г. в ФГБУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России проведен повторный анализ биоптата: признаки дисэмбриогенеза почечной ткани, мезангиального склероза. Ребенок постоянно получал метаболическую коррекцию витаминами и митохондриальными активаторами; препараты для нефропротекции и растворения микролитов. На фоне проводимой терапии рахитические деформации уменьшились, однако, отмечались отставание в росте, избыточные весовые прибавки, оссалгии при ходьбе. С 2008 г. появились полиурия, артериальная гипертензия, аутоиммунный тиреоидит. Было проведено молекулярно-генетическое обследование в Германии, подтвержден синдром Дента 2 типа. В 2016 г. был назначен метформин, на фоне которого стало отмечаться снижение веса. С 2017 г. выявляются низкий уровень витамина Д, гиперпаратиреоз. По результатам остеоденситометрии выявлен тяжелый остеопороз, по данным КТ позвоночника – компрессионные переломы. После обследования выставлен клинический диагноз «Болезнь Дента 2 типа. ХБП С4 (pСКФ 24 мл/мин/1.73 м² по СКD-EPI 2011). А1. Вторичный остеопороз, тяжелая форма с компрессионными переломами тел позвонков (Th11-12, L1). Вторичный гиперпаратиреоз. Задержка роста (без дефицита соматотропного гормона). Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз. Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки, НК0».

Заключение. *Болезнь Дента – редкая орфанная патология почек. Дебют мочевого синдрома в раннем возрасте всегда требует исключения врожденной или наследственной патологии.*

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ КАК МАРКЕРЫ ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ СПОРТСМЕНА

Суздалева И.А., Чернова А.А., Кардашова О.О.

ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России, Красноярск, РФ

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

Актуальность. Идентификация типов адаптационных реакций крови, характеризующих неспецифическую резистентность организма, состоит из определения в крови общего содержания лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов. В качестве сигнальных показателей используется относительное содержание лимфоцитов с выделением типа неспецифической адаптации и значение показателей реактивно-защитного потенциала. Лейкоцитарные индексы являются интегральными показателями, отражающими ответную реакцию организма на адаптационные и патологические процессы. При интенсивной физической нагрузке у всех спортсменов возникает острое или хроническое утомление, что приводит к угнетению неспецифической резистентности, а также к развитию синдрома перетренированности.

Цель. Проанализировать лейкоцитарные индексы крови и оценить их информативность как маркеров перетренированности спортсмена.

Материал и методы. Обсервационное поперечное выборочное одномоментное исследование 180 спортсменов различных видов спорта проводилось в амбулаторных условиях на базе ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России. Всем включённым спортсменам проводился общий анализ крови с последующим подсчётом лейкоцитарных индексов. По результатам показателей лейкограммы рассчитывали лейкоцитарные индексы, представляющие собой интегрально-математические значения, позволяющие дать комплексную оценку состояния организма: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), лимфоцитарный индекс (ЛИ) и индекс соотношения лимфоцитов к моноцитам (ИСЛМ). ЛИИ определяли по упрощённой формуле В. К. Островского с соавт. (2011). Все спортсмены были разделены на две группы по половому признаку. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 7.0.

Результаты. ИСЛМ в подгруппе женщин 4,50, мужчин – 4,88, $p=0,356$. ИСЛМ отражает взаимоотношение аффекторного и эффекторного звеньев иммунологического процесса. ЛИ у женщин 0,67, у мужчин 0,83 при $p=0,003$. ЛИ отражает взаимоотношение гуморального и клеточного звена иммунной системы. ЛИИ 1,13 – женщины, 0,93 – мужчины ($p=0,002$). ЛИИ показатель процессов тканевой деградации и уровня эндогенной интоксикации. В группах мужчин и женщин имеются статистически значимые различия по интегральным показателям ЛИ и ЛИИ при уровне значимости 0,05. Спортсменов, у которых все четыре индикаторных показателя в пределах нормы, не выявлено. У 46 спортсменов все четыре индикаторных показателя не соответствуют норме.

Заключение. У большей части спортсменов наблюдается изменение лейкоцитарных индексов в ответ на интенсивные физические нагрузки, что говорит о хорошей пригодности этих показателей для описания воспаления, индуцированного тренировками, а также о возможности их использования как потенциальных маркеров иммунного воспаления при синдроме перетренированности. Анализ лейкоцитарных индексов представляет собой доступный, ранний, простой и дешёвый ориентир для диагностики синдрома перетренированности.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

Суморокова Е. Ю., Китаева Ю.С., Праскурничий Е.А., Кузнецова Е.В., Кичигина Д.В.
ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна», Москва, РФ
ФМБА Российской Федерации, Москва, РФ
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, РФ
ФГБУ ДПО «ЦГМА», Москва, РФ

Актуальность. Для профилактики остеопороза и патологических переломов у пациентов с лимфомой Ходжкина (ЛХ) после полихимиотерапии (ПХТ), которые имеют благоприятный прогноз и высокую выживаемость (до 90%), перспективна разработка прогностических моделей (ПМ), оценивающих риск снижения минеральной плотности кости (МПК), т.к. этиопатогенетическое лечение нарушает баланс в минерально-костном обмене.

Цель. Оценить гормональные нарушения и степень нарушения МПК, а также разработать ПМ снижения МПК у пациентов с ЛХ, получающих патогенетическую терапию.

Материал и методы. В исследовании участвовали 118 человек: 88 пациентов с ЛХ и 30 здоровых добровольцев, сопоставимых по антропометрическим и демографическим параметрам. На основе опроса, лабораторных исследований и линейной регрессии были определены факторы риска, использованные для построения прогностической модели.

Результаты. По данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии костной ткани, у пациентов с ЛХ во всех исследованных областях наблюдалось статистически значимое снижение МПК по сравнению с группой контроля. В группе пациентов с ЛХ остеопения и остеопороз чаще встречались в проксимальном отделе бедренной кости. У пациентов с ЛХ также отмечались изменения гормонального фона, а именно статистически значимые изменения уровней иммунореактивного инсулина (ИРИ), инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1) и соматотропного гормона (СТГ) наблюдалось у 32 (53%), 31 (52%) и 27 (45%) пациентов соответственно. Взаимосвязь между уровнями гормонов (СТГ, ИФР-1, лютеинизирующего гормона (ЛГ)) и значениями площади поверхности тела и их влияние на показатели МПК позволили разработать прогностическую модель.

Вероятность прогнозирования результата (ВПР) рассчитывалась по следующей формуле: $ВПР = 1 / (1 + e^{(-x)})$, где: ВПР – вероятность прогнозирования наличия заболевания; $x = +7.322 * (\text{Низкий уровень активности}) + 3.819 * (\text{Другие переломы}) + 3.02 * (\text{Уровень физической активности}) + 2.096 * (\text{Средний уровень активности}) + 0.95 * (\text{Курение}) + 0.344 * (\text{Индекс массы тела (ИМТ), кг/м}^2) + 0.036 * (\text{Переломы у родителей в анамнезе}) + 0.091 * (\text{Возраст, лет}) + 0.1 * (\text{Прием заместительной гормональной терапии}) + 0.194 * (\text{Низкий уровень потребления кальция}) + 0.195 * (\text{Масса тела, кг}) + 1.872 * (\text{Пол}) + 1.978 * (\text{Количество других переломов})$; e – число Эйлера (≈ 2.71828). При $ВПР \geq 0.64$ (cut-off) рекомендуется профилактика остеопороза. Точность прогностической модели на тестовой выборке модель показала точность 65.7% [54.3; 80.0]%, чувствительность 70.0% [52.6; 87.0]%, специфичность 60.0% [40.0; 80.0]%, ROC-AUC = 0.707 [0.553; 0.850].

Заключение. У пациентов с ЛХ, получающих противоопухолевую терапию, гормональные изменения (ИФР-1, ИРИ, СТГ) ассоциированы с повышенным риском остеопороза. Разработанная прогностическая модель позволяет с высокой точностью определить необходимость профилактики остеопороза.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Суслова О.А., Зубеев П.С., Зубеева Г.Н., Кожевникова А.В., Лони́на С.В.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Обусловлено растущей распространенностью хронической болезни почек, в том числе, и ее терминальной стадии; растёт число больных, получающих лечение программным гемодиализом (ГД) в среднем на 10,8% в год и увеличением коморбидной патологии у этой категории больных.

Цель. Проанализировать распространенность коморбидной патологии у пациентов на ГД с целью определения основных направлений реабилитации.

Материал и методы. В исследование включено 145 пациентов с терминальной ХПН, находящихся на программном ГД на базе отделения амбулаторного диализа Городской больницы № 33 г. Н. Новгорода в возрасте от 24 до 86 лет, 75 женщин и 70 мужчин, в том числе, 67 человек (46,4%) в возрасте 60 лет и старше. Средний возраст пациентов – $48,6 \pm 1,4$ лет. Ведущими заболеваниями почек у пациентов являлись: хронический гломерулонефрит (43,4%), диабетическая нефропатия (19,3%), пиелонефрит (14,5%), прочие заболевания почек (поликистоз, вторичный амилоидоз, гипертоническая нефропатия, гипоплазия почек, мочекаменная болезнь, ишемическая нефропатия) – 22,8%.

Результаты. Из общего количества у 58 (40,1%) больных отмечена патология сердечно-сосудистой системы (ССС): 14 (9,7%) человек перенесли инфаркт миокарда, 25 (17,3%) – имеют стенокардию напряжения II-III функционального класса, 7 (4,5%) – выраженную патологию клапанов сердца, 16 (10,9%) – фибрилляцию предсердий, 72 (49,1%) -хроническую сердечную недостаточность (ХСН) различной стадии, 12 (8,2%) – перенесли мозговой инсульт; среди несердечных заболеваний: 33(22,7%) – имеют анемию средней или тяжелой степени, 16 (10,9%) – диабетическую полинейропатию и ретинопатию, 72 (49,7%) – патологию опорно-двигательного аппарата (ОДА), в том числе, затруднения с самообслуживанием отмечают 10,2% больных. Сердечно-сосудистые заболевания в 20,9% случаев сочетались с патологией ОДА, или анемией, или полинейропатией, или последствиями мозгового инсульта. Наибольшая распространенность коморбидных состояний отмечена при диабетической нефропатии: патология СССР и ОДА выявлена с одинаковой частотой – у 66,7% больных.

Заключение. Наиболее распространенной объективной причиной ограничения физической активности является клинически выраженная патология сердечно-сосудистой системы (40,1%) и патология ОДА – 49,7%. Оценка ассоциированных заболеваний в общей группе больных на ГД показала необходимость разработки индивидуальных и групповых (по сходной патологии) методик реабилитации. При составлении программы реабилитации для максимального вовлечения пациентов целесообразно ориентироваться по величине физической нагрузки на методики кардиореабилитации, а подбор упражнений осуществлять с учетом наличия патологии ОДА.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ КАК ВОЗМОЖНЫЕ МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Суханов С.С.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. COVID-19 - системная инфекция, значительно влияющая на картину периферической крови. Разработаны гематологические индексы, отражающие прогноз заболевания. В постковид общие гематологические нарушения не являются достаточными для постановки диагноза постковидный синдром, но могут быть значимы в качестве маркеров хронического воспаления.

Цель. Оценить значимость изменений лейкоцитарной формулы у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) в постковидном периоде в качестве возможных маркеров хронического воспаления.

Материал и методы. Было осмотрено 260 больных СД2, находившихся в эндокринологическом отделении ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко. Отобраны 224 пациента, не вакцинированные от новой коронавирусной инфекции (НКИ). У всех при поступлении был определен уровень антител (IgM, IgG) к SARS-CoV-2. Из них 121 перенес covid-19 более трех месяцев назад (в среднем, 6 месяцев), 103 не болели. Группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности СД2, сопутствующим заболеваниям, уровню гликированного гемоглобина. Средний возраст всех обследованных составил 56,5 лет, длительность заболевания – 6,7 года, гликированный гемоглобин – 7,6%. Особое внимание уделялось расчёту лейкоцитарных индексов:

NLR – отношение абсолютных показателей периферических гранулоцитов к лимфоцитам,
PLR – отношение абсолютных показателей тромбоцитов периферической крови к лимфоцитам,

MLR – отношение абсолютных показателей моноцитов к лимфоцитам,

LMR – отношение абсолютных показателей лимфоцитов к моноцитам,

SII – индекс иммунного воспаления на основе показателей крови периферических тромбоцитов, гранулоцитов и лимфоцитов.

Для формирования базы данных использовался Microsoft Excel, статистическая обработка – с помощью Statistics 10. Для количественных показателей определялся характер распределения критерием Колмогорова – Смирнова. Описание нормально распределенных количественных данных представлено в виде среднего арифметического значения (M) и стандартного отклонения (SD). Достоверность различий оценивалась критерием Стьюдента.

Результаты. Статистически достоверно у пациентов, перенесших НКИ, по сравнению с не переболевшими ковидом отмечается повышение MLR, т.е. отношения моноцитов к лимфоцитам ($0,27 \pm 0,17$ vs $0,17 \pm 0,07$, $p=0,005$).

Другие индексы были выше у больных, перенесших НКИ, но не имели уровень статистической значимости по сравнению с пациентами, не болевшими covid-19 (NLR $2,39 \pm 0,781$ vs $1,64 \pm 0,99$, $p=0,08$; PLR $112,28 \pm 63,14$ vs $94,94 \pm 26,91$, $p=0,25$; LMR $6,78 \pm 7,79$ vs $5,79 \pm 1,77$, $p=0,56$; SII $502,25 \pm 407,42$ vs $353,29 \pm 182$, $p=0,27$).

Подтверждая сопряжение с хроническим воспалительным процессом, отмечена корреляционная взаимосвязь между коэффициентами, имеющая уровень статистической достоверности ($p < 0,05$). MLR положительно коррелирует с NLR ($r=0,669$), PLT ($r=0,515$), отрицательно – с LMR ($r=-0,254$).

Заключение. Лейкоцитарные индексы могут быть использованы у больных СД2 в постковидном периоде в качестве возможных маркеров хронического воспаления.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ТЕРАПИИ: СУБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ ИЛИ ОБЪЕКТИВНАЯ ПРОБЛЕМА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Сухомлинова И.М.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

Актуальность. Проникновение искусственного интеллекта (ИИ) во все отрасли медицины происходит все глубже и все более всесторонне: от определения групп риска, обследования и первичной постановки диагноза – до подбора терапии, прогнозирования исходов и полного определения врачебной тактики. Однако многими людьми ИИ воспринимается неоднозначно, и зачастую имеет место скептическое отношение к применению данных методик в персонифицированной медицине, несмотря на превосходящую точность программ над возможностями человеческих решений в ряде опубликованных мировых исследований.

Цель. Оценить отношение пациентов, врачей и программистов к использованию ИИ в медицине. Определить субъективные факторы, препятствующие внедрению ИИ в рутинную практику.

Материал и методы. Проведен опрос 243 человек, с участием пациентов и врачей «Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ», СПбГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн», IT-специалистов ООО «Техтранс» г. Санкт-Петербург, студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Результаты. Лица более молодого возраста активнее пользуются инструментами на основе ИИ в своей жизни ($p < 0,03$). Имеет место гендерное различие отношений к продуктам на основе ИИ: мужчины негативнее относятся к использованию ИИ в медицине ($p = 0,024$), при этом все опрошенные положительно отнеслись к использованию ИИ на этапе обследования, присутствует неприятие варианта полного лечения ИИ. Для мужчин значимо наличие контроля человека над процессами, выполняемыми ИИ, для женщин превалировали в неприятии личностные психологические препятствия, потребность в общении.

Дополнительно указанным фактором, препятствующим внедрению ИИ, опрашиваемые указали страх обхода/обмана модели во время ее формирования и риск ошибок в ее работе.

Заключение. Ведущими субъективными предикторами неприятия внедрения ИИ в персонифицированной медицине в терапевтической практике, являются риск потери гуманистического и эмоционального аспекта взаимодействия между врачом и пациентом, что более выражено у представителей женского пола, а также личностный страх нововведений. Максимально опасным исследуемые посчитали страх факта обхода/обмана модели во время ее формирования с риском ошибок последующей работы.

Информированность о точности экспериментальных исследований, статистической эффективности позволяет людям скорректировать страх внедрением в практическую медицину ИИ на отдельных этапах диагностики и/или подбора терапии.

Важнейшим звеном взаимодействия с людьми в терапии остаются медицинские работники за счет присутствия необходимых пациенту морально-этических качеств, эмпатии и следованию общественным ценностям. ИИ в терапевтических специальностях представляется пациентом как совершенствующийся инструмент повышения качества и удобства медицинской помощи, позволяющий снизить нагрузку на медперсонал, расширить географию и скорость оказания медицинской помощи.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ: СПОСОБ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ МЕТОДИК С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Сухомлинова И.М., Громова Н.П., Якушина И.Н., Кабанов М.Ю

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

Актуальность. Фармакотерапия ведущих нозологий, в том числе возраст ассоциированных заболеваний, должна осуществляться с учетом принципов гериатрической фармакологии. Необходимость объективной оценки уровня старческой астении для назначения медикаментозного сопровождения гериатрического пациента на всех этапах его жизни, подбора оптимальной лекарственной формы препарата у лиц пожилого и старческого возраста прописана в клинических рекомендациях, но на практике соблюдается врачами неоднозначно.

Цель. Формирование способа оценки старческой астении на основании определения прогностически значимых клинических данных у полиморбидных пациентов.

Материал и методы. В СПбГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн» выполнен ретроспективный анализ данных 268 пациентов, планово госпитализированных на отделение для дообследования и коррекции медикаментозной терапии в 2022, 2023 и 2024 годах.

Определены статистически независимые показатели, линейно взаимосвязанные с индексом старческой астении (ИСА), являющимся ведущим критерием стратификации астении на сегодня, для предсказания значений ИСА. Для исключения мультиколлинеарности в создаваемую модель в качестве дополнительных предикторов выбраны переменные, между которыми значимые корреляции отсутствовали, или были слабыми. Остатки сформированной модели имели нормальное распределение ($p=0,873$, критерий Колмогорова-Смирнова). Дисперсия остатков регрессионной модели определялась постоянной на всех уровнях независимой переменной (подтверждена гомоскедатичность). Таким образом, модель обладает достаточной адекватностью и потенциальной возможностью ее практического применения.

Результаты. Методом множественной линейной регрессии сформирован способ прогнозирования старческой астении на основании инструментально - анамнестических данных для пациентов в возрасте 61–100 лет.

Заключение. *Старческая астения может быть спрогнозирована на основании установленных статистически значимых данных, без проведения комплексной гериатрической оценки (КГО), что практически исключает субъективизацию и потенциальные ошибки в технике проведения КГО, обучаемость пациента при повторных проведениях КГО, а значит – объективизирует расчет данного показателя. Сформированный способ прогнозирования в медицинской практике может быть вспомогательным инструментом для смежных гериатрии медицинских специальностей.*

СОЛНЕЧНЫЕ ВСПЫШКИ И ВЫЗОВЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ: ВОЗМОЖНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Толстов П.В., Калягин А.Н.

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск, РФ

Актуальность. Гелиогеофизические факторы демонстрируют взаимосвязь с различными процессами на земле, в том числе – с изменениями в состоянии биологических объектов разных видов. При этом зоной научно-исследовательских изысканий является обнаружение наиболее информативных показателей, описывающих гелиогеофизические феномены, обладающих предсказательной ценностью для верификации тех или иных событий. В системе здравоохранения особую значимость имеет установление связи гелиогеофизических факторов с острыми сердечно-сосудистыми событиями.

Цель. Установить взаимосвязь между числом вызовов скорой медицинской помощи по поводу нестабильной стенокардии в различных возрастных группах и солнечными вспышками.

Материал и методы. Использовались данные по числу обращений в скорую медицинскую помощь по поводу нестабильной стенокардии, которая была верифицирована в дальнейшем на госпитальном этапе, за 2006–2022 годы. Данные о солнечных вспышках получались из открытых источников профильных научно-исследовательских организаций. Вызовы скорой медицинской помощи дифференцированы на три возрастные группы: 25–44 года, 45–54 года и старше 55 лет. Числовые данные подвергались исследованию на нормальность с использованием критерий Шапиро-Уилка, для описательной статистики использовались медианы, оценка различий в возрастных группах осуществлялась с использованием критерия Мана-Уитни в статистическом пакете SPSS v. 10. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что наибольшее число вызовов по поводу нестабильной стенокардии наблюдалось в возрастной группе старше 55 лет. Наибольшее число вызовов скорой медицинской помощи наблюдалось в дни без вспышек – медиана 11 (в дни вспышек – 10, через 1 сутки после вспышки – 10), различия между днями со вспышками и днями без вспышек статистически значимы ($p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные указывают, что отсутствие солнечных вспышек является самостоятельным негативным фактором возникновения острых сердечно-сосудистых событий, в частности – нестабильной стенокардии, который необходимо учитывать при определении возможной нагрузки системы здравоохранения, в частности, при формировании количества бригад скорой медицинской помощи.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ

Топчубаев Д.Э., Вахламов В.А., Любавина Н.А., Макарова Е.В.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. ХОБЛ относится к группе заболеваний с высоким социальным бременем. Табакокурение является основным этиологическим фактором, вызывающим развитие ХОБЛ, а также способствующим ее прогрессированию. Значительный вклад в течение болезни и прогноз вносят коморбидные состояния, такие как заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение, метаболический синдром и др.

Цель. Оценить особенности питательного статуса у больных ХОБЛ в зависимости от длительности и интенсивности курения.

Материал и методы. Проведено обследование 130 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ, госпитализированных по поводу обострения заболевания в пульмонологическое отделение ГБУЗ НО «ГКБ №10» г. Н.Новгорода. В зависимости от статуса курения пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа некурящие пациенты (n=21), 2 группа (n=15) курящие с индексом курения (ИК) 10-25 пачко-лет и 3 группа (n=94) злостные курильщики (ЗК) с ИК более 25 пачко-лет. Обследование проводилось в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, кроме того, оценивался индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$), объем талии (см), индекс ОТ/рост, а также анализ состава тела с использованием весов с биоимпедансным анализом.

Результаты. Распространенность табакокурения у больных ХОБЛ составила 84%, причем к категории «злостных курильщиков» отнесены 72% пациентов. ИМТ был достоверно выше у некурящих пациентов и соответствовал значениям ожирения 1 степени и составил 34,7 [29,3;40,6] против 28,4 [25,5;33,5] и 27,9 [21,6;33,1] во 2 и 3 группах соответственно. У больных ХОБЛ распространенность ожирения составила 45,5%. При этом ожирение 1 степени было у 20% больных, 2 степени – у 17%, 3 степени - у 8,5% всех обследованных. По данным импедансометрии % жировой ткани также был повышен в 1 группе и наиболее низким у злостных курильщиков и составил соответственно $37,9 \pm 9,9$ против $30,7 \pm 10,9$ и $26,1 \pm 11,2$ в 1, 2 и 3 группах обследуемых. При этом % висцерального жира не различался в сравниваемых группах. Обнаружены отрицательные корреляционные связи стажа курения и ИМТ, а также с % содержанием жировой ткани и висцерального жира.

Заключение. Курение сигарет ассоциируется не только с развитием и прогрессированием ХОБЛ, но и с сопутствующими метаболическими нарушениями. У интенсивно и длительно курящих больных ХОБЛ выявлено снижение массы тела и % содержания жировой ткани в отличие от некурящих пациентов с ХОБЛ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПЛЕОМОРФНОЙ САРКОМЫ СЕРДЦА

Трофимова М.Е., Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Ильина В.А., Рысев А.В., Скородумова Е.Г., Новицкая Н.Ю.

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Опухоли сердца относятся к редкой группе заболеваний, которые встречаются с частотой 0,002–0,3% по данным аутопсии и 0,15% по результатам эхокардиографии (ЭХОКГ), 20% из них – недифференцированные саркомы.

Описание случая. Мужчина 61 года поступил в отделение экстренной медицинской помощи ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с жалобами на чувство дискомфорта в грудной клетке, одышку, общую слабость. Из анамнеза известно: за неделю до госпитализации обращался в стационар, где был обследован, выставлен диагноз: подострый неуточненный перикардит. Предложен торакоцентез. Пациент не согласился, подписал отказ от лечения и выписался из стационара. В связи с сохранением вышеописанных жалоб вызвал скорую помощь и госпитализирован в ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. На момент поступления: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, артериальное давление 120/80 мм рт.ст. При аускультации тоны сердца приглушены. Ритм правильный с ЧСС 80 ударов в минуту, частота дыхания 17 в минуту, сатурация 96%, аускультативно дыхание жесткое, проводится билатерально, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена. Лабораторные показатели: лейкоциты $13.7 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы $10 \times 10^9/\text{л}$, билирубин общий 73.9 Umol/l , снижение СКФ до 39 мл/мин/1,73 м², D-димер 1.958 мкг/мл, повышение уровня трансаминаз более чем в 40 раз, СРБ 28.26 мг/л.

Электрокардиография: синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту, ПБПНПГ. ЭХОКГ: значительный гидроперикард, расхождение листков перикарда в диастолу за задней, боковой стенками левого желудочка – 34 мм, за правым желудочком – 28 мм, за правым предсердием – 35 мм. Спиральная компьютерная томография грудной полости с внутривенным контрастированием: гидроперикард (гемоперикард?). Камеры сердца резко сдавлены. В ходе обследования проводилась дифференциальная диагностика между: тромбоэмболией лёгочной артерии, инфарктом миокарда, декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, инфекционным перикардитом. Через час от момента поступления пациент отметил значительное усиление одышки, потерял сознание. Экстренно переведен в отделение реанимации, проводилась сердечно-легочная реанимация с применением экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Реанимационные мероприятия были прекращены в связи с неэффективностью. Результаты патологоанатомического вскрытия. Макропрепарат: крупнобугристое серо-коричневое образование на широком основании, неоднородной плотности, без чётких границ, размером 6х5х5 см. Расположено субэпикардially в области ушка правого предсердия с прорастанием в перикард. Микропрепарат: вытянутые веретенообразные и полигональные клетки с крупными ядрами, митозами. Мононуклеарная инфильтрация.

Диагноз: недифференцированная плеоморфная саркома.

Заключение. Представленный случай отражает трудности клинической диагностики саркомы сердца, за счет большого числа масок заболевания и молниеносного развития острой сердечной недостаточности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЧАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

Турчик Е.В.

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

Актуальность. Несмотря на установленную связь псориаза с рядом коморбидных заболеваний, точный механизм, описывающий и объясняющий эту ассоциацию, не установлен, что определяет актуальность дальнейших исследований в этой области.

Цель. Оценить взаимосвязь атеросклероза и показателей липидного спектра у молодых пациентов с различными формами псориаза.

Материал и методы. Включены 106 пациентов с ПсО и ПсА в возрасте от 18 до 45 лет, обратившиеся в КГБУЗ «Красноярский кожно-венерологический диспансер №1». Период включения (12.03.2022 - 31.12.2024 гг.), охват случаев обращений пациентов с диагнозом плп-ПсО (01.01.2018 - 31.12.2024 гг.). Пациенты разделены на 3 группы: с диагнозом пустулезный ладонно-подошвенный ПсО (плп-ПсО, группа 1, n=31), с диагнозом ПсО и ПсА (группа 2, n=37), с диагнозом бляшечный ПсО (группа 3, n=38). Проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) брахиоцефальных артерий (БЦА) и артерий нижних конечностей (АНК), а также исследование липидного спектра. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR, пациенты заполняли вопросник modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool. Тяжесть поражения кожи оценивалась по индексу PASI.

Результаты. Плп-ПсО дебютировал позднее (в 35 лет, против 21 года, $p < 0,001$). Лица с сочетанием ПсО и ПсА (группа 2) имели больший стаж заболевания (10 лет против 7 лет, $p=0,002$). Индекс PASI был наименьшим в группе пациентов с плп-ПсО, в то время как пациенты 2 и 3 группы имели тяжелые и среднетяжелые формы соответственно. ЛПНП и ХС-нелПВП в 3 группе (пациенты с ПсО) были ниже, чем в группах 1 и 2. Концентрация Апо А у пациентов с плп-ПсО была выше (1,71 против 1,38 и 1,39 в группах 2 и 3 соответственно, $p=0,004$ и $0,003$), в то время как статистически значимых различий концентрации Апо В обнаружено не было. Доля лиц с начальными признаками атеросклероза (АТ) составила 41,9%, 45,9% и 23,7% соответственно (различия между группами 2 и 3, $p=0,042$). По результатам ROC-анализа на вероятность возникновения АТ в группе с плп-ПсО влияет возраст (пациенты с АТ старше в среднем на 7,5 лет), а также коэффициент атерогенности более 3,55 и возраст дебюта псориаза более 31,5 года.

Заключение. Распространенность начального АТ у пациентов с псориазом составляет 36,79%. Предикторами возникновения АТ в группе с плп-ПсО являются возраст, коэффициент атерогенности более 3,55 и возраст дебюта псориаза более 31,5 лет. Пациенты с плп-ПсО имеют более высокие уровни не только ОХС и ЛПНП, но и ЛПВП и аполипопротеина А, что обеспечивает сопоставимый уровень индекса атерогенности в сравнении с пациентами, имеющими бляшечный ПсО.

КЛИНИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Тюрин А.В.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, РФ

Актуальность. Наследственные заболевания соединительной ткани представляют собой группу генетически обусловленных синдромов с различной частотой встречаемости. Чаще они относятся к орфанным заболеваниям, наиболее известные из которых – несовершенный остеогенез (НО) и синдром Элерса-Данло (СЭД). Как генетическая архитектура, так и клинические проявления данных синдромов в российской когорте пациентов исследованы недостаточно.

Цель. Оценить спектр клинических проявлений у пациентов с НО из Республики Башкортостан.

Материал и методы. Мы провели исследование фенотипических проявлений у 64 пациентов с несовершенным остеогенезом. У всех пациентов проведена оценка основных клинических критериев заболеваний, также некоторым пациентам проведено углубленное клиническое и инструментальное обследование.

Результаты. Голубая окраска склер встречалась у 36 пациентов из 43 (83,7%), количество переломов варьировало от 3 до 50, в среднем составляя $13,11 \pm 10,85$. Среди 20 пациентов из 10 семей голубая окраска склер встречалась только у 10 (50%) обследованных, количество переломов варьировало от 3 до 20 ($9,0 \pm 5,75$). 12 пациентов ($24,75 \pm 5,31$ лет) прошли углубленное обследование на базе Клиники БГМУ. Счет фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) составил $13,08 \pm 4,39$ баллов при пороговом значении 8 баллов. У всех пациентов была выявлена гипермобильность суставов различной степени выраженности. При этом не у всех были выявлены такие базовые фенотипические признаки, как голубой оттенок склер (9/12), несовершенный дентиногенез (5/12), нарушение слуха отмечалось только у одного пациента, как и гиперэластичность кожи. Количество переломов до 18 лет варьировало от 4 до 35 (медиана 9,5 [6; 13,5]). После 18 лет переломы продолжились у 7 пациентов. Средний уровень МПКТ составил $1,045 \pm 0,208$ г/см², показатель Z-критерия составил $-0,375 \pm 1,43$. Боль в спине отмечали 8 пациентов (67%), боль в суставах – 11 (92%). Помимо измерения МПКТ проводилось исследование метаболической активности костей с применением сцинтиграфии с радиоактивным технецием. Отмечаются различные уровни гиперфиксации радиофармпрепарата у пациентов с несовершенным остеогенезом.

Заключение. У пациентов с несовершенным остеогенезом клиническая картина характеризуется высокой вариабельностью, отмечается высокая частота встречаемости фенотипических признаков ДСТ, типичным проявлением является хронический болевой синдром.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Уланова Н.Д., Починка И.Г.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) — одна из ведущих причин смертности и инвалидизации. Его течение нередко осложняется венозными тромбоэмболиями (ВТЭ), включая тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), что увеличивает риск летального исхода. Прогностическая значимость ВТЭ при ИИ до конца не определена.

Цель. Оценить влияние ВТЭ на выживаемость пациентов с ИИ.

Материал и методы. Обследованы 94 пациента с ИИ, госпитализированные в ГБУЗ НО ГКБ №13 (Нижний Новгород) с декабря 2022 по февраль 2024 гг. Критерии включения: ИИ, подтверждённый нейровизуализацией, и индекс Rivermead (RMI) ≤ 3 . Ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей выполнялось на 3 $\pm$ 1 и 10 $\pm$ 1 сутки. При подтверждении ТГВ проводилась компьютерная ангиопульмонография. Исход оценивали на 200-й день заболевания. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного интервала.

Результаты. ВТЭ зарегистрированы у 46 (49%) пациентов (в том числе ТЭЛА у 31 из них), в 48 (51%) случаях ВТЭ не выявлены. Группы не различались по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям. Средний возраст: 76 [66; 84] лет с ВТЭ и 72 [62; 83] без ВТЭ ($p=0,34$); мужчины: 28% и 27% соответственно ($p=0,89$). Частота фибрилляции предсердий: 41% и 42% ($p=0,66$). В группе с ВТЭ отмечались более выраженные неврологические дефициты National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): 18 [13; 22] против 14 [8; 21]; $p=0,02$ и худшая функциональная подвижность по RMI на 10-е сутки 0 [0; 1] против 0 [0; 2]; $p=0,03$. Улучшение по NIHSS к выписке было менее выраженным у пациентов с ВТЭ: -3 [-6; 0] против 0 [-3; 2]; $p=0,03$. К 200-му дню зафиксировано 56 (60%) летальных исходов: 38 (83%) в группе с ВТЭ и 18 (38%) — без ВТЭ ($p<0,001$). Кривые выживаемости достоверно различались ($p<0,001$, тест Гехана–Вилкоксона).

Заключение. Развитие ВТЭ у пациентов с ИИ ассоциировано с отсутствием регресса неврологического дефицита к моменту выписки и достоверно более высокой 200-дневной летальностью.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЧИСЛО КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Файрушина И.Ф., Кущева А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Актуальность. Коморбидная патология (КП), распространенная среди пациентов с псориатическим артритом (ПсА), значительно утяжеляет течение заболевания, ухудшает качество жизни и увеличивает риск неблагоприятных исходов.

Цель. Изучить взаимосвязи между числом КП и клиническими, лабораторными и ультразвуковыми (УЗ) параметрами течения ПсА и Patient Reported Outcomes у пациентов с ПсА молодого и среднего возраста.

Материал и методы. У 92 пациентов возрастом от 18 до 60 лет с ПсА проанализированы демографические; клинические; антропометрические; УЗ (признаки активного суставного и энтезеального воспаления); лабораторные (высокочувствительный СРБ, скорость оседания эритроцитов) данные. Все пациенты заполнили опросники по оценке: усталости (FACIT-Fatigue), физического функционирования (HAQ-DI), качества жизни (SF-36, PsAQoL). Анализ включает описательную статистику и линейную регрессионный анализ.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 43 (35,5; 50) лет, длительность ПсА - 7 (2; 11,8) лет, активность ПсА (DAPSA) - 15,2 (10,2; 21,4) и псориаза кожи (PASI) 3,8 (1,2; 9,6), индекс массы тела (ИМТ) 26,4 (23,7; 30,4) кг/м², число КП 2 (1; 4).

Среди больных ПсА КП наблюдалась у 71 (77,2%) пациентов. Более одной КП наблюдалось у 60,9% (56 из 92) пациентов, более 3 КП – у 30 (32,6%) пациентов.

С целью определения силы и направления влияния УЗ признаков воспаления, клинических, лабораторных параметров, а также качества жизни (усталости, физического функционирования и др.) на число КП проведен линейный регрессионный анализ. Окончательная модель включала возраст, ИМТ, количество болезненных энтезисов (выявленных в ходе пальпации). ($R=0,701$, $R^2=0,546$, $p<0,01$).

Заключение. Выявлена высокая частота КП у пациентов с ПсА молодого и среднего возраста. На основании результатов проведенного линейного регрессионного анализа можно заключить, что возраст, ИМТ и количество болезненных энтезисов являются значимыми предикторами числа КП у исследуемой группы. Модель объясняет 54,6% ($R^2=0,546$) вариативности числа КП, что свидетельствует о существенном, но не исчерпывающем, влиянии включенных факторов. Дальнейшие исследования могут быть направлены на выявление других факторов, а также на уточнение характера влияния возраста, ИМТ и количества болезненных энтезисов на этот показатель.

ВЗАИМОСВЯЗИ АКТИВНОГО ЭНТЕЗИТА, ВЫЯВЛЕННОГО С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИИ SUPERB MICROVASCULAR IMAGING ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТЕ

Файрушина И.Ф., Кущева А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Актуальность. Энтезит является характерным признаком псориатического артрита (ПсА), который может протекать субклинически и выявляться при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Superb Microvascular Imaging (SMI) представляет собой новую доплеровскую методику, которая может быть использована для диагностики активного энтезита.

Цель. Изучить взаимосвязь количества SMI-позитивных энтезитов с клиническими, УЗ и биологическими данными у пациентов с ПсА.

Материал и методы. В исследование было включено 67 пациентов с ПсА. Были проанализированы данные: демографические, клинические, антропометрические, УЗ (количество суставов с синовитом в серой шкале (СШ), утолщение и гипоехогенность энтезов (СШ + энтезит), SMI + энтезит), биологические (высокочувствительный С-реактивный белок (вЧСРБ), скорость оседания эритроцитов (СОЭ)). Проводилось УЗИ 938 суставов (двусторонне плечевых, акромиально-ключичных, локтевых, лучезапястных, тазобедренных, коленных, голеностопных) и 3618 энтезов в их проекции (общее количество = 54). УЗ признаки энтезита определялись и оценивались в соответствии с критериями Outcome Measures in Rheumatology. Все пациенты заполнили анкету FACIT-Fatigue для оценки выраженности усталости. Анализ включал описательную статистику, определение коэффициента ранговой корреляции Спирмена и построение модели линейной регрессии.

Результаты. В общей сложности: мужчин - 25 (37,3%), средний возраст $42,9 \pm 9,9$ (стандартное отклонение) лет, длительность ПсА составила 6,5 (3; 10) лет, длительность Пс 1 (0; 3) год; у 56 (98,5%) был кожный Пс, активность псориаза (PASI) 3,7 (1,2; 9,7), индекс активности ПсА (DAPSA) 15,2 (8,5; 20,1), тяжести псориатической ониходистрофии (NAPSI) 38 (0; 72), индекс массы тела (ИМТ) 26,5 (25,6; 29,9) кг/м², вЧСРБ 5,1 (2,4; 15,4), СОЭ 18 (10,5; 28) мм/ч.

Количество SMI-позитивных энтезитов коррелировало с числом СШ + энтезитов ($p < 0,01$) и синовитов ($p < 0,01$), вЧСРБ ($p < 0,01$), СОЭ ($p < 0,01$), NAPSI ($p < 0,01$). Не было обнаружено корреляции между количеством SMI+ энтезитов и возрастом, активностью и длительностью ПсА и Пс, ИМТ, клиническими параметрами поражения периферических суставов ($p > 0,05$). В окончательную модель линейной регрессии вошли ИМТ, NAPSI, FACIT-F, СШ + энтезит, количество болезненных энтезов и СОЭ ($R=0,733$, $R^2=0,537$, $p < 0,01$).

Заключение. В нашем исследовании SMI + энтезит имеет субклиническое течение. Наличие SMI-сигнала при УЗИ энтезита в сочетании с повышенными уровнями воспалительных биомаркеров крови может рассматриваться как признак активности ПсА. SMI+ энтезит связан с усталостью, NAPSI, СОЭ, ультразвуковым энтезитом, ИМТ и количеством болезненных энтезов. Связь с ИМТ указывает на роль биомеханической нагрузки в патогенезе энтезита, но в то же время ассоциация с NAPSI, СОЭ, клиническим энтезитом, усталостью и СШ + энтезитом демонстрирует связь этих признаков энтезита как проявления активности ПсА.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ТЕРАПЕВТУ?

Файрушина И.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Актуальность. В условиях высокой распространенности ревматических заболеваний (РЗ) и значительной задержки в их диагностике, обусловленной неспецифичностью ранней симптоматики, актуализируется необходимость повышения компетенций врачей первичного звена, в частности терапевтов, в вопросах раннего выявления РЗ.

Цель. Повышение осведомленности врачей-терапевтов о ключевых аспектах ранней диагностики ревматических заболеваний (РЗ) для улучшения исходов и качества жизни пациентов.

Материал и методы. Обзор современных клинических рекомендаций, научных публикаций и аналитических данных, касающихся ранних признаков, диагностических критериев и алгоритмов обследования при подозрении на РЗ. Анализ включал данные об иммунологических маркерах, визуализационных методах и клинических проявлениях, требующих направления к ревматологу.

Результаты. Обобщены сведения о наиболее распространенных РЗ, включая ревматоидный артрит, системную красную волчанку и спондилоартриты. Выделены ключевые красные флаги (например, стойкая утренняя скованность, воспалительная боль в суставах, необъяснимая лихорадка, кожные высыпания), указывающие на необходимость исключения РЗ. Представлен алгоритм обследования пациентов с подозрением на РЗ, включающий перечень обязательных лабораторных и инструментальных исследований.

Заключение. *Ранняя диагностика РЗ является критически важной для предотвращения необратимых повреждений органов и улучшения прогноза заболевания. Врачи-терапевты играют ключевую роль в раннем выявлении пациентов с подозрением на РЗ и должны быть осведомлены о современных подходах к диагностике и необходимости своевременного направления к ревматологу. Повышение настороженности и улучшение знаний о красных флагах позволит оптимизировать маршрутизацию пациентов и улучшить результаты лечения РЗ.*

ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Фахрутдинова А.Ш, Синеглазова А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Республика Татарстан, РФ

Актуальность. С позиции кардиометаболической профилактики важна оценка как наличия ожирения, так и его типов. Что обусловлено различной метаболической активностью подкожного и висцерального жира. Особую важность представляет изучение данного вопроса среди лиц молодого возраста.

Цель. Изучить динамику типов ожирения в когорте лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 94 пациента без кардиометаболических заболеваний и вторичных причин ожирения, включая 45 (47,9%) мужчин и 49 (52,1%) женщин, медиана возраста составила 33 [28,7-38,0] года. Медиана длительности наблюдения составила 18,1 [17,4; 20,1] мес. Дизайн исследования соответствовал проспективному двухлетнему обсервационному исследованию с изучением типов ожирения. Измерялись рост, вес, окружность талии (ОТ) и окружность бедер (ОБ), с расчётом индекса массы тела (ИМТ) и соотношения ОТ/ОБ. Уровень висцерального жира (УВЖ) был определен по результатам биоимпедансометрии. Повышенным считался уровень более 12 ЕД. Использована программа SPSS Statistics 26.

Результаты. В результате 18-месячного проспективного исследования в когорте лиц молодого возраста увеличились средние значения ОТ у женщин от 80 [71,5-86] см до 82 [72,5-86,5] см ($p=0,005$). Медианы показателей конституционального и висцерального ожирения в динамике достоверно не изменились. При этом частота различных типов ожирения значимо возросла: достоверно увеличилась доля лиц с абдоминальным ожирением, установленного как по повышению ОТ, так и по увеличению ОТ/ОБ (от 38,3%; $n=36$ до 51,1%; $n=48$, $p=0,002$); а также избыточной массы тела (от 35,1; $n=33$ до 36,2%; $n=34$, $p=0,004$). Об ухудшении метаболического здоровья в динамике 18-месячного наблюдения также свидетельствует появление новых случаев повышенного УВЖ (2%). При анализе фенотипов установлено, что на начальном этапе исследования среди типов ожирения наблюдалась более высокая частота ИзМТ ($p=0,000$), тогда как по результатам повторного осмотра преобладало АО ($p=0,004$) и шанс его наличия увеличивался в 3,6 раз (95% ДИ 1,46-8,86). В динамике наблюдения отмечено появление нового фенотипа ожирения – сочетания избытка массы тела с абдоминальным ожирением и повышенным уровнем висцерального жира.

Заключение. У лиц молодого возраста в ходе 18-месячного проспективного наблюдения произошло ухудшение метаболических параметров: увеличилась частота избыточной массы тела, абдоминального ожирения. А также диагностированы новые случаи повышенного УВЖ.

РОЛЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ДИНАМИКЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Фахрутдинова А.Ш, Синеглазова А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, РФ

Актуальность. Изучение приверженности модификации образа жизни на этапе первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний для формирования индивидуальных стратегий представляет как научный, так и практический интерес.

Цель. Оценить связь приверженности модификации образа жизни с динамикой количества факторов кардиометаболического и резидуального риска (ФР) у лиц молодого возраста при проспективном наблюдении.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование (Me 18,6 [17,4-20,1] месяцев), включавшее 94 обследованных: Ж/М=49(52,1%)/45(47,9%) в возрасте Me 33 [28,7-38] лет без кардиометаболических заболеваний. По опроснику КОП-25 оценена приверженность модификации образа жизни (ПМ), лекарственной терапии (ПТ), медицинскому сопровождению (ПС) и общая приверженность лечению (ПЛ). За низкий уровень принято значение <50%, средний – 50–74%, высокий $\geq 75\%$. Изучены ФР: повышенный холестерин липопротеинов низкой плотности, сниженный холестерин липопротеинов высокой плотности, гипертриглицеридемия, абдоминальное ожирение, высокое нормальное артериальное давление, нарушенная гликемия натощак, гликированный гемоглобин 6-6,5%, повышенный уровень висцерального жира, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность и уровень высокочувствительного С-реактивного белка ≥ 2 мг/л. Данные обработаны в SPSS Statistics 26.

Результаты. По результатам оценки приверженности по опроснику КОП-25 низкий уровень приверженности установлен у большинства обследованных: ПЛ – 64,9% случаев, ПС – 47,9%, ПМ – 53,2% и ПТ – 64,9%. Увеличение количества факторов риска произошло у 45%, уменьшение – у 32% обследованных. Методом построения дерева решений была изучена взаимосвязь всех видов приверженности с увеличением количества ФР при проспективном наблюдении. Значимым предиктором явилась приверженность модификации образа жизни менее 30,2%. У лиц, отнесенных в данную группу, риск увеличения числа ФР возрастал в 7,8 раз ($p=0,045$).

Заключение. Приверженность модификации образа жизни по КОП-25 менее 30,2% является предиктором прогрессирования количества факторов кардиометаболического и резидуального риска в краткосрочной перспективе в молодом возрасте. Данный факт должен учитываться при планировании профилактических программ. У лиц с низкой приверженностью в плане ведения особое внимание должно быть уделено мотивационным стратегиям по модификации образа жизни.

ПРЕПАРАТЫ АНДРОГЕНОВ И АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ В СПОРТИВНОЙ СРЕДЕ: СИТУАЦИЯ В РОССИИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ

Федяинова И.К, Баранов П.С.

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

Актуальность. Злоупотребление препаратами андрогенов анаболическими стероидами (ААС) становится все более распространенным явлением среди людей, стремящихся к улучшению физической формы, в том числе и в нашей стране.

Цель. Определение фактической и планируемой продолжительности использования ААС россиянами, изучение их мотивации и уровня осведомленности о возможном вреде данных групп препаратов.

Материал и методы. Исследование проводилось при помощи анкетирования. Было опрошено 106 человек.

Результаты. 42 (39,6%) респондента указали в анкетах, что принимают ААС менее 2 лет; 30 (28,3%) – что принимают ААС от 3 до 5 лет; 19 (17,9%) – что принимают ААС более 11 лет; 15 (14,2%) – что принимают ААС от 6 до 10 лет. 45 (42,5%) респондентов заявили, что планируют принимать ААС до тех пор, пока позволяет здоровье; 32 (30,2%) – что планируют принимать ААС всю жизнь; 20 (18,9%) – что планируют применять ААС до конца спортивной карьеры. 54 (50,9%) респондента признались в том, что им случалось принимать ААС в значительно больших количествах или в течение более длительного периода, чем они планировали изначально, из-за опасения потери достигнутых результатов. 29 (27,4%) респондентов сообщили, что, как оказалось, они недооценивали влияние ААС на организм (несмотря на наличие некоторых знаний об этих препаратах); 4 (3,7%) респондента считали, что ААС полностью безопасны. По мнению 61 (57,5%) респондента, без использования ААС у них не получилось бы поддерживать желаемую физическую форму. 29 (27,4%) респондентов заявили, что продолжают прием ААС, даже если в ходе обследования выяснится, что их влияние на организм хуже, чем они предполагали.

Заключение. *Результаты анкетирования свидетельствуют о высокой приверженности потребителей ААС к использованию этих препаратов, несмотря на потенциальный вред для здоровья. Почти треть (31,1%) респондентов при этом сообщили о том, что их знания о воздействии ААС на организм были недостаточными или неполными. Полученные сведения могут быть полезны для дальнейшего изучения влияния ААС на здоровье и поведение потребителей, а также для разработки программ по информированию населения о рисках использования данных препаратов.*

ВЕРИФИКАЦИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПОТИРЕОЗА

Холина Е.А., Иванова Л.Н.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания в сочетании с нарушениями функции щитовидной железы остаются актуальной проблемой современной медицины, что обусловлено не только распространенностью ишемической болезни сердца (ИБС) и гипотиреоза (ГТ), но и негативным взаимовлиянием, и не разработанностью методов лечения.

Цель. Выявить признаки атеросклеротического поражения коронарных артерий у больных с ИБС в сочетании с ГТ.

Материал и методы. Под наблюдением авторов находилось 306 (женщин - 69,9%, мужчины - 30,1%) больных хроническими формами ИБС, средний возраст составлял $56,9 \pm 5,4$ года. У 109 больных ИБС протекала в сочетании с ГТ (основная группа), у 197 - ИБС носила изолированный характер (группа сравнения). Для верификации наличия атеросклеротического поражения коронарных сосудов у 54 больных основной группы и 57 больных группы сравнения была проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием на компьютерном томографе PHILIPS BRILLIAN CE 64 (Япония). Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакетов лицензионных программ.

Результаты. Поражение коронарных артерий было обнаружено у 43 (79,6%) пациентов основной группы и у 47 (82,5%) пациентов группы сравнения ($p > 0,05$).

В основной группе признаки атеросклероза с поражением одного коронарного сосуда встречались у 9 (20,9%) больных, в группе сравнения – у 21 (41,1%), что в 2 раза чаще, чем в основной группе ($p < 0,05$) группы сравнения; 3-х сосудистое поражение выявлено у 14 (32,6%) больных основной группы и у 6 (11,8%) группы сравнения, т.е. у больных в случае сочетанного течения патологии многососудистое поражение венечных артерий встречалось в 2,8 раза чаще со статистически значимой разницей ($p < 0,05$).

Заключение. В случае сочетанного течения ИБС и ГТ многососудистое поражение коронарных артерий встречается чаще, чем у пациентов с изолированным течением ИБС, что, вероятно, обусловлено интенсивным прогрессированием атеросклероза.

МАРКЕРЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ И РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Холина Е.А., Иванова Л.Н.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Рост заболеваемости ишемической болезнью сердца, особенно при сочетанном течении с гипотиреозом и расстройством адаптации, диктует необходимость раннего выявления маркеров острых коронарных событий.

Цель. Выявить ранние прогностические маркеры внезапной сердечной смерти у больных стабильной ишемической болезнью сердца в сочетании с гипотиреозом и расстройством адаптации.

Материал и методы. Под наблюдением авторов находилось 306 больных стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС), которая в 107 случаях протекала в сочетании с гипотиреозом (ГТ) и расстройством адаптации (РА) – основная группа, у 199 носила изолированный характер – группа сравнения. Электрокардиограммы (ЭКГ) регистрировали на электрокардиографе 3-6-12 каналов «ЭК12Т-01-«Р-Д»/260» (РФ) в покое с оценкой общепринятых параметров; суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) проводилось на аппарате «КардиоЛаб» (РФ). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакетов лицензионных программ Statistica 6.0.

Результаты. При оценке проявлений электрической активности сердца по данным СМЭКГ у больных основной группы выявлено статистически значимое увеличение общего количества наджелудочковых экстрасистол (в 4,42 раза; $p < 0,05$), одиночных желудочковых экстрасистол (в 3,46 раза; $p < 0,05$), эпизодов групповых желудочковых экстрасистол (в 2,5 раза; $p < 0,05$) и эпизодов желудочковой аллоритмии за сутки (в 3,48 раза; $p < 0,05$) относительно группы сравнения. Корректированный интервала QT (QTc) у больных основной группы удлинялся (на 19,3%; $p < 0,05$) относительно группы сравнения. При анализе сегмента ST в основной группе больных регистрировались более частые (на 22,6%; $p < 0,05$) ишемические события с максимальной депрессии сегмента ST до 2 мм за сутки и эпизоды безболевого ишемии миокарда относительно группы сравнения. Электрическая нестабильность миокарда у больных основной группы достоверно значимо в 3,2 раза чаще ($p < 0,05$) проявлялась суправентрикулярной экстрасистолией, в 2,1 раза ($p < 0,05$) - желудочковой экстрасистолией, в 1,7 раза ($p < 0,05$) - синусовой тахикардией относительно группы сравнения. Нарушения процессов поздней реполяризации миокарда в основной группе встречались в 1,8 раза чаще ($p < 0,05$), чем в группе сравнения.

Заключение. Выявленные электрофизиологические изменения миокарда ассоциируются с высоким риском развития внезапной сердечной смерти, что необходимо учитывать при лечении данной когорты пациентов.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ И РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Холина Е.А., Иванова Л.Н.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, РФ

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания, в том числе стабильная ишемическая болезнь сердца (СИБС) остаются актуальной проблемой современной медицины из-за высокой распространённости, значительного процента инвалидизации и смертности. Морфологической основой СИБС является атеросклероз. На течение СИБС, наряду с традиционными факторами риска, влияют сопутствующие заболевания, в частности гипотиреоз (ГТ) и расстройства адаптации (РА), наблюдающиеся у лиц, проживающих в зоне военного конфликта.

Цель. Определить предикторы неблагоприятного течения стабильной ишемической болезни сердца с учётом патогенетической роли атеросклеротического процесса у больных с сочетанной патологией.

Материал и методы. Под наблюдением авторов находилось 306 больных СИБС, которые были распределены на основную группу - 107 человек, у которых наблюдалось сочетанное течение СИБС с ГТ и РА, и группу сравнения - 199 пациентов с изолированным течением СИБС. Для верификации наличия атеросклеротического поражения сосудов и получения непрямого свидетельства относительно коронарогенной природы СИБС проводили исследование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (КИМ), согласно Консенсусу Американского общества эхокардиографии (2008) в ручном режиме последовательно в правой и левой общей сонной артерии (ОСА) на расстоянии 1 см от бифуркации в трёх проекциях с расчётом среднего значения для каждой артерии (Зволинская Е.Ю. и соавт., 2012; Гингуляк А.Н., 2015). Критериями атеросклероза сонной артерии считали утолщение КИМ $>0,9$ мм. При наличии атеросклеротических бляшек оценивали их характер, размеры и гемодинамическую значимость. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакетов лицензионных программ Statistica 6.0.

Результаты. При проведении исследования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий толщина КИМ $>0,9$ мм наблюдалась у 60 (56,0%; $p < 0,05$) больных основной группы и у 81 (40,9%; $p < 0,05$) группы сравнения. Визуализированные атеросклеротические бляшки были преимущественно гетерогенной эхоструктуры с преобладанием гиперэхогенного компонента, с гладкими контурами, реже - неровными, без признаков изъязвления и гемодинамически значимого стенозирования ОСА. Таким образом, наличие сочетанной патологии потенциально ускоряло прогрессирование СИБС.

Заключение. Установление ранних прогностических маркеров у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца в сочетании с гипотиреозом и расстройством адаптации позволяет на ранних этапах диагностировать и, соответственно, предупреждать развитие кардиоваскулярных осложнений при своевременном назначении гиполлипидемической терапии.

СИПИНГОВОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА

Хохлов М.П.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, РФ

Актуальность. Несмотря на значительные достижения современного лечения бронхиальной астмы (БА), сохраняется ряд нерешенных вопросов, связанных, прежде всего, с ятрогенными нежелательными явлениями и рефрактерность к проводимому фармакологическому лечению. Одним из потенциальных вариантов решения этих проблем является применение новых немедикаментозных методов лечения. К таким методам относится сипинговое питание (СП). **Цель.** Оценка эффективности СП в лечении обострения БА с преобладанием аллергического компонента.

Материал и методы. В исследование было включено 40 пациентов с обострением аллергической БА. Во всех случаях обострения БА были легкими или средней степени тяжести. Пациенты распределены в группы 1 и 2 (по 20 человек). Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение обострения БА (короткодействующие бета-2-агонисты, антихолинергические препараты, ингаляционные и системные глюкокортикостероиды). Пациенты группы 1 дополнительно получили курс СП, состоящий из 5 приемов 200 мл высокобелковой гиперкалорической смеси, принимаемой пациентами маленькими глотками в течение часа; пациенты группы 2 получали только стандартное медикаментозное лечение. Дизайн исследования предполагал 2 контрольные точки (КТ): КТ №1 - исходно, КТ №2 - окончание курса СП в группе 1, через 5 дней в группе 2. На всех КТ проводили спирографию. **Результаты.** В КТ №2 в группе 1 зарегистрированы более высокие приросты ОФВ1 и ФЖЕЛ по сравнению с группой 2. Прирост ОФВ1 в группе 1 - $7,4 \pm 1,2\%$, в группе 2 - $2,8 \pm 0,5\%$. Прирост ФЖЕЛ ОФВ1 в группе 1 - $3,3 \pm 0,6\%$, в группе 2 - $1,4 \pm 0,5\%$. При анализе данных было замечено, что у пациентов с высоким уровнем общего иммуноглобулина Е (Ig E) применение СП сопровождалось более значимым улучшением бронхиальной проходимости. После курса СП в группе 1 среди пациентов с исходным уровнем $\text{IgE} \leq 500 \text{ МЕ/л}$ прирост ОФВ1 составил 5 (3; 6,5) %, а у пациентов с $\text{IgE} > 500 \text{ МЕ/л}$ - 11 (8; 14) %.

Заключение. Включение СП в комплексное лечение обострения БА с преобладанием аллергического компонента способствует дополнительному увеличению бронхиальной проходимости. Применение СП в лечении обострения БА с преобладанием аллергического компонента у пациентов с исходным уровнем общего $\text{IgE} > 500 \text{ МЕ/л}$ сопряжено с наибольшим приростом ОФВ1, по сравнению с пациентами, у которых уровень общего $\text{IgE} \leq 500 \text{ МЕ/л}$.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Хуснутдинова Р.Р, Егоркина С.Б.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. На сегодняшний день язвенный колит (ЯК) рассматривается как полиэтиологическое заболевание. Продолжается накопление знаний о влиянии окружающей среды, генетики и микробиоценоза кишечника на развитие и прогрессирование этого недуга. Одним из триггеров обострений язвенного колита могут являться стрессорные факторы (Пахомов С.М., 2010).

Цель. Определить зависимость психоэмоционального состояния пациентов с ЯК в период обострения от их возраста.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения ГКБ №8 г. Ижевска. В исследовании участвовали 15 пациентов (8 мужчин и 7 женщин) с диагнозом ЯК со среднетяжелым течением заболевания, возраст которых составил от 26 до 77 лет, (средний - $47 \pm 3,9$ лет), из них 10 человек – молодого, 1 - среднего, 3 – пожилого, 1 – старческого возрастов (классификация возрастов по ВОЗ).

Психоэмоциональный статус пациентов определялся с использованием опросника «SF-36 Health Status Survey» (J. Ware, C. Sherbourne, 1993) и шкалы депрессии А. Бека (1961).

Результаты. Из всех наблюдаемых пациентов 80% связывали свое обострение ЯК с перенесенным за последние месяцы стрессом. При определении корреляционных взаимоотношений между показателями опросника SF-36 и возрастом пациентов была обнаружена достоверная ($p < 0,05$) отрицательная корреляционная связь. Так, теснота связи между возрастом и показателями ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, составляла (-0,65), социального функционирования (-0,34), общего состояния здоровья (-0,34), психического здоровья (-0,39), жизненной активности (-0,43). При использовании опросника шкалы А. Бека: у 46,7% пациентов определялась тяжелая, у 33,3% - средняя, у 13,3% - умеренная степень депрессии и только в 6,7% - отсутствие депрессивных симптомов. При этом корреляционные отношения между показателями шкалы А. Бека и возрастом пациентов так же были отрицательными (-0,2) ($p < 0,05$).

Закключение. В работе выявлена отрицательная корреляционная связь между возрастом пациентов и показателями их психоэмоционального состояния на момент обострения заболевания. Люди, «продвинутые в годах» спокойнее относятся к этой ситуации, быстрее адаптируются. У пациентов молодого возраста больше проявляется эмоциональная нестабильность, тревожность и мнительность.

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Хуснутдинова Р.Р., Афанасьева Т.С.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. В последнее время отмечается рост заболеваемости и распространенности язвенного колита (ЯК).

Цель. Выявить клинические особенности течения ЯК.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения ГKB №8. В группу наблюдения входило 15 пациентов с ЯК, из них мужчин было 8, женщин - 7 человек. Средний возраст составил $(47 \pm 3,92)$ лет. Контрольную группу составили 15 практически здоровых студентов в возрасте от 18 до 20 лет. Использованы: Монреальская классификация, критерии Truelove-Witts, индекс Мейо, t-критерий Стьюдента для несвязанных и связанных совокупностей, индекс массы тела (ИМТ), анализаторы NemaLit-5500 и MIURA, видеоколоноскоп ЕС-500Т.

Результаты. В группе наблюдения пациенты предъявляли жалобы на общую слабость и одышку в 53,3%, снижение веса в среднем на 14,4 кг у 60%, головокружение в 46,7% случаев. У пациентов сохранялся хороший аппетит (46,7%). Боли по ходу толстого кишечника и в эпигастрии отметили 66,7% пациентов, боли отсутствовали у 33,3%. По характеру боли были схваткообразные, ноющие, колющие. Сатурация в группе наблюдения составила $98,3 \pm 1,2\%$, а в контрольной группе – $98,6 \pm 0,7\%$. Частота пульса в группе наблюдения – $71,8 \pm 4,7$ ударов в минуту, а в контрольной – $72,4 \pm 9,9$ ударов в минуту. ИМТ в группе наблюдения до болезни составлял $23,9 \pm 4,5$, а во время обострения – $20,9 \pm 4,2$.

ИМТ в контрольной группе был $21,7 \pm 2,3$. Общий анализ крови в группе наблюдения: лейкоциты $7,9 \pm 3,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), гемоглобин $118,4 \pm 20,5$ г/л ($p < 0,05$), эритроциты $4,6 \pm 0,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $274,3 \pm 88,3 \cdot 10^9/\text{л}$, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) $18,2 \pm 10,4$ мм/ч ($p < 0,05$), а в контрольной группе: лейкоцитов $5,0 \pm 0,5 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобин $139,7 \pm 11,0$ г/л, эритроциты $4,4 \pm 0,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $253,1 \pm 26,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ $8,1 \pm 4,4$ мм/ч.

Биохимический анализ крови в группе наблюдения: α -амилаза $59,0 \pm 24,0$ Ед/л, калий $4,1 \pm 0,5$ ммоль/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) $133,5 \pm 164,9$ Ед/л ($p < 0,05$), белок и белковые фракции $69,9 \pm 8,4$ г/л, а в контрольной группе α -амилаза $55,4 \pm 19,2$ Ед/л, калий $4,3 \pm 0,4$ ммоль/л, ЩФ $42,4 \pm 4,8$ Ед/л, белок и белковые фракции $75,4 \pm 5,9$ г/л. Кал на скрытую кровь в группе наблюдения был положительный у 100%. По результатам видеоколоноскопии в группе наблюдения в 80% случаев диагностирован хронический геморрой. По степени поражения толстой кишки: в 69,2% случаев было тотальное и у 30,8% - левостороннее. Тяжесть атаки по шкале Мейо: у 13,3% - легкая, у 80% - среднетяжелая, у 6,7% - тяжелая атаки.

Заключение. Пациенты предъявляли жалобы на боли в животе схваткообразного, ноющего, колющего характера и потерю веса. Наблюдалось значительное повышение лейкоцитов, СОЭ, ЩФ и снижение гемоглобина. У большинства пациентов был поражен весь толстый кишечник со среднетяжелым течением заболевания.

ДАПАГЛИФЛОЗИН КАК НОВЫЙ ВЕКТОР КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Царева А.А., Разин В.А.

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск, РФ

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, РФ

Актуальность. Распространенность ХСН по данным популяционных исследований в странах мира варьирует от 0,3% до 5,3%.

Цель. Изучение влияния включения в терапию пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ) дапаглифлозина 10 мг на параметры сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) и оценка влияния на электрическую нестабильность миокарда.

Материал и методы. Обследовано 112 пациентов с ХСНнФВ, которые при включении в исследование получали стандартную терапию ХСН (АМР, иАПФ/сартаны, бета-блокаторы). Всем исследуемым пациентам проведено Д-ЭХО-КС, ХМ-ЭКГ, СУ-ЭКГ. Пациентам основной группы добавляли дапаглифлозина 10 мг. Оценка тех же параметров в основной исследуемой группе производилась через 6 месяцев. Группа сравнения - 39 пациентов с ХСНнФВ, которые тоже получали стандартную терапию ХСН. Этим пациентам дапаглифлозин не назначали, проводилась лишь оптимизация доз ранее назначенных препаратов. Оценка вышеописанных параметров производилась через 6 месяцев.

Результаты. При анализе показателей СУ-ЭКГ, таких как QTc, TotalQRS, RMS40, LAS40 у исследуемых групп для пациентов, принимающих дапаглифлозин 10мг выявлена положительная тенденция в виде улучшения данных показателей. Для QTc уменьшение в среднем на 40,8 мс (8,2%), для TotalQRS уменьшение на 13,4 мс (9,1%), для RMS40 увеличение на 3,4 мкВ (15,1%), для LAS40 уменьшение на 1 мс (3,4%). Однако статистически значимое снижение отмечено только по показателям QTc ($p=0,001$), TotalQRS ($p=0,049$) и RMS40 ($p=0,035$). У группы пациентов, получавших терапию ХСН без дапаглифлозина 10 мг, отмечается улучшение СУ-ЭКГ, но статистически не значимо ($p > 0,05$). Следует отметить, что через полгода терапии, в группе, которая принимала дапаглифлозин показатели QTc и TotalQRS были ниже, причем различие по параметру QTc было статистически значимо ($p=0,014$).

Исходно проводился анализ частоты выявления ППЖ у группы пациентов с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса (на фоне стандартной терапии ХСН), и через 6 месяцев стандартной терапии ХСН (без дапаглифлозина), отмечено уменьшение частоты регистрации ППЖ с 78,0% до 68,4%, снижение было статистически незначимым ($\chi^2=1,26$, $p=0,26$). Проведен анализ частоты выявления ППЖ у группы пациентов с ХСНнФВ (на стандартной терапии), а также через 6 месяцев стандартной терапии ХСН с включением дапаглифлозина 10 мг, в результате чего отмечено статистически значимое уменьшение частоты выявления ППЖ с отметки 70,5% до 55,9% ($\chi^2=4,71$, $p=0,03$).

Заключение. При включении дапаглифлозина к стандартной терапии ХСНнФВ в течение 6 месяцев выявлено улучшение электрофизиологических параметров сердца.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Цыганова Ю.В., Тарасова Л.В.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Чувашская Республика, РФ

Актуальность. Непрерывный рост заболеваемости язвенным колитом (ЯК) требует выявления механизмов развития патологии, в том числе, её системных проявлений и профилактики возникновения осложнений.

Цель. Изучить особенности обмена веществ у пациентов с ЯК.

Материал и методы. Было обследовано 2 группы пациентов: 36 относительно здоровых наблюдаемых, 38 пациентов с хроническим рецидивирующим течением ЯК в момент начала обострений (до назначения стероидных гормонов), принимающие препараты 5-АСК в качестве базисной терапии. Были исключены все возможные патологии, употребление лекарственных препаратов (период исследования – 6 месяцев). Используемые методы исследования: ионообменная хроматография мочи с детектированием в ультрафиолетовом диапазоне (определение аминокислот в моче), ферментативный колориметрический метод (показатели липидограммы, желчных кислот в крови), иммуноферментный анализ (фекальный кальпротектин (ФК), использовался как идентификатор активности обострения). Корреляционный анализ осуществлялся путём определения коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. В результате обследования выявлены существенные изменения в метаболизме липидов в виде значимого снижения концентрации всех показателей липидограммы у пациентов с ЯК, по сравнению с представителями контрольной группы, с одновременным повышением коэффициента атерогенности («липидный парадокс»). Максимально выраженная выявленная зависимость была обнаружена между уровнем липопротеидов высокой плотности и ФК ($\rho = -0,929$), между индексом атерогенности и ФК ($\rho = 0,323$). Концентрация желчных кислот (ЖК) также была повышена в моменты обострений у пациентов с ЯК, в сравнении с относительно здоровыми пациентами ($\text{ржк/фк} = 0,47$). Были выявлены симптомы изменения белкового обмена: снижены концентрации общего белка и альбуминов, по сравнению с относительно здоровыми наблюдаемыми, обнаружены значимые изменения концентрации аминокислоты аргинин, которые коррелировали с концентрацией ФК ($\rho = 0,53$).

Заключение. У пациентов с ЯК наблюдаются изменения липидного и белкового обменов, принципиально важные для индивидуального прогноза пациента.

Полученные сведения могут быть значимы для профилактики сердечно-сосудистых и других осложнений, а также должны быть использованы в целях повышения эффективности проводимой терапии у пациентов с ЯК.

ИЗМЕНЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ У СТУДЕНТОВ С ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ

Чекулаева Ю.А., Любивая А.В., Гуляева А.В., Любавина Н.А.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. В современном мире количество людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, растет, что связано с распространением факторов риска: чрезмерный стресс, вредные привычки (курение) и др. Ранними неинвазивными методами выявления изменений в работе сердечно-сосудистой системы могут служить исследование ригидности сосудистой стенки и оценка вариабельности сердечного ритма.

Цель. Оценить параметры объемной сфигмографии и вариабельности ритма сердца у курящих студентов медицинского ВУЗа.

Материал и методы. В основную группу включено 20 курящих студентов лечебного факультета ПИМУ среднего возраста 20 [19;22] лет). Группу сравнения составили 15 некурящих студентов, сопоставимые по полу и возрасту. Всем были проведены объемная сфигмография с использованием аппарата VaSera VS-1500N с оценкой уровня систолического и диастолического артериального давления на обеих руках и ногах, сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI). Оценка вариабельности сердечного ритма проводилась с помощью аппаратно-программного комплекса «Поли-спектр-12/Е» с оценкой показателей RR min и max, SDNN, pNN50, RMSSD и RRNN во время фоновой и ортостатической пробы.

Результаты. Средние значения показателя CAVI в обеих группах были в пределах нормы, но в группе курящих студентов данный индекс превышал уровень группы сравнения на 4% справа и на 5% слева. В основной группе выявлено снижение показателей влияния парасимпатического отдела вегетативной системы: RMSSD 49 [35;79] против 85 [57;103]; pNN50 был 28 [11;48] против 45 [32;55] у некурящих ($p=0,003$). Показатель SDNN 56 [41;74] против 80[59;104] в группе сравнения, $p=0,0007$. Уровень АД, ЧСС и коэффициент вагосимпатического баланса LF/HF в обеих группах не отклонялся от нормы, однако в основной группе данные показатели были выше, чем в группе контроля. Обнаружены отрицательные корреляционные связи индекса пачко-лет и показателей pNN50, SDNN, RMSSD, а также положительные связи с уровнем LF/HF, САД RB и САД RA.

Заключение. У курящих студентов зафиксированы более высокие значения систолического артериального давления и ЧСС. Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI, не выходил за пределы возрастной нормы в обеих группах, однако у курящих студентов он был выше, чем в группе контроля. При оценке вариабельности ритма сердца в покое у студентов с вредными привычками выявлено снижение воздействия парасимпатической нервной системы и повышение симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему.

ИММУНИТЕТ ПРОТИВ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА И БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

Черничкина А.Д, Воронкова О.О, Тащян О.В.

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

Введение. Болезнь Крона (БК) — тяжелое хроническое заболевание с непредсказуемым течением. Нами описан клинический случай дебюта данного заболевания тяжелой атакой и наличием в анамнезе болезни Бехтерева (ББ). У пациента наблюдалось молниеносное развитие заболевания с множественными перфорациями толстой кишки. Особый интерес представляет сложность идентификации триггерного фактора и определения его влияния на степень тяжести атаки: предшествующая кишечная инфекция, использование инфракрасных физиопроцедур на фоне лечения секукинумабом анкилозирующего спондилита, который используется с осторожностью при БК. Данный случай демонстрирует трудности выбора терапии при сочетании БК с другими аутоиммунными патологиями и развитии жизнеугрожающих осложнений, когда стандартные алгоритмы лечения могут оказаться неэффективными и требуют выбора генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ), влияющего на оба патогенетических аутоиммунных механизмов развития заболеваний (цертолизумаб).

Описание случая. Пациент К., 42 года, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на абдоминальную боль, прогрессирующую в течение 4 дней, кашицеобразный стул до 3 раз в день, метеоризм, увеличение живота в объеме. Данные жалобы возникли после самостоятельного применения инфракрасного излучения 4 дня назад. Ухудшение состояние прогрессировало вследствие перфорации полого органа. Выполнено ушивание множественных дефектов толстой кишки. Заключение гистологического исследования подтвердило болезнь Крона. При более подробном сборе анамнеза было выяснено, что с сентября 2024 г. пациента беспокоили эпизоды диареи с кашицеобразным стулом (до 6 раз в день) с примесью алой крови в кале и лихорадкой до 38°C. При обследовании в октябре в инфекционном отделении инфекционный генез был исключен, и пациент был выписан с незначительным улучшением состояния (сохранялся кашицеобразный стул, добавилась слабость). Известно, что пациенту диагностирована HLA-B27-позитивная ББ в феврале 2024 г, клиническая картина которого постепенно развивалась с 2010 года (утренняя скованность и ночные боли позвоночника). В августе 2024 г. инициирована ГИБТ (секукинумаб), однако была отменена из-за начавшихся эпизодов кашицеобразного стула. Через месяц после операции была отменена терапия азатиоприоном в связи с ухудшением состояния. У пациента развился сепсис (рост гемокультуры *Klebsiella pneumoniae*), купированный с клиническим и лабораторным улучшением. На фоне топических глюкокортикостероидов была достигнута ремиссия БК. В данный момент идет обсуждение выбора препарата ГИБТ с целью терапии БК и ББ.

Заключение. *Представленный клинический случай иллюстрирует диагностические и терапевтические сложности при болезни Крона, обусловленные вариабельностью ее течения и необходимостью персонализированного подхода к ведению пациентов с данной тяжелой и клинически разнообразной патологией.*

УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ СНОМ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ РЕГУЛЯРНОСТИ РИТМА КИШЕЧНИКА

Чурсанов С.А.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Согласно данным исследований с участием кардиологов, сомнологов и эндокринологов известно, что депривация сна негативно влияет на качество жизни.

Цель. Сравнение удовлетворенности качеством сна у лиц с регулярным и нерегулярным циркадианным ритмом кишечника.

Материал и методы. Скрининг регулярности циркадных ритмов кишечника проводили по валидизированному тесту «Циркадианный ритм мозга и кишечника». Тест позволяет определить частоту и фазу циркадианного ритма кишечника, и цикл сон-бодрствование. Протестировано 42 (сорок два) студента-стоматолога в возрасте от 21 до 38 лет (37 женщин и 5 мужчин). Регулярный ритм кишечника при частоте его ритма не ниже 7 раз в неделю считали эуэнтерией, а нерегулярный ритм кишечника (1-6 раз в неделю) – свидетельствовал о наличии синдрома констипации у обследованных студентов. Удовлетворённые своим сном студенты засыпали без задержки фазы сна (до 24:00 ч). неудовлетворённые своим сном студенты засыпали после 24:00 (в 1-3 часа ночи).

Результаты. Установлено, что из 42 добровольно обследованных студентов-стоматологов регулярный (ежедневный) ритм кишечника при частоте эвакуаторной функции кишечника не ниже 7 раз в неделю был выявлен у 18 студентов (15 женщин и 3 мужчин). Нерегулярный ритм кишечника при частоте дефекации от 1 до 6 раз в неделю был обнаружен у 24 студентов (22 женщины и 2 мужчин). Следовательно, нарушение циркадианного ритма кишечника встречалось (у 57% студентов) в 1,3 раза чаще, чем регулярный ритм кишечника (у 43% студентов). Среди лиц с регулярным ритмом кишечника удовлетворённых продолжительностью и качеством сна было 17% студентов, а среди пациентов с констипацией – довольных своим сном было 8%. Следовательно, удовлетворённость сном среди лиц с регулярным ритмом кишечника (с эуэнтерией) встречалась практически в 2 раза чаще, чем среди пациентов с констипацией. У лиц с эуэнтерией наличие утренней фазы ритма кишечника встречалось (у 12) в 2 раза чаще, чем отсутствие привычки к утреннему ритму дефекации (у 6). У пациентов с констипацией утренняя кишечная привычка (у 9 студентов) встречалась в 1,7 реже, чем её отсутствие (у 15 студентов).

Заключение. 1. У лиц с регулярной кишечной привычкой доминирует утренняя фаза ритма кишечника. 2. У лиц с нерегулярным кишечным ритмом доминирует вечерняя фаза ритма кишечника. 3. Среди лиц с регулярной кишечной привычкой, удовлетворённых сном в 2 раза больше, чем среди пациентов с констипацией. 4. Для повышения уровня удовлетворённости сном следует рекомендовать восстановление регулярности ритма кишечника путём выработки утренней кишечной привычки.

ФЕОХРОМОЦИТОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шапошникова С.С, Хоролец Е.В, Отруцкий С.С.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, РФ

Введение. Причиной симптоматической (вторичной) (ВТАГ) может послужить нейроэндокринная опухоль мозгового слоя надпочечников – феохромоцитома. Распространенность при ВТАГ 0,2–0,6%. Выброс катехоламинов в больших количествах в кровь негативно отражается на сердечно-сосудистой системе и организме в целом и при длительном отсутствии подобранной патогенетической терапии повышает риск неблагоприятного исхода.

Описание случая. Пациент мужчина, 49 лет с жалобами на: головную боль, периодическое повышение цифр артериального давления (АД), тахикардию, повышенную потливость. Анамнез заболевания: в течение года эпизодически АД 180/100 мм рт. ст., продолжительная головная боль, с приступами головокружения, тахикардия, дискомфорт в области сердца, тяжесть и одышка при незначительной физической нагрузке. Принимал терапию: иАПФ, БКК, АМКР, Агонист 11-имидазолиновых рецепторов, диуретик – без эффекта. Курит 31 год, у матери АГ и СД. Объективные данные: индекс массы тела – 30,5 кг/м². ЧДД 17 в минуту. АД 190/100 мм рт.ст., ЧСС – 112 уд/мин. ОАК, ОАМ, б/х крови и гормоны ЩЖ – в пределах нормы. Липидограмма - ОХ 6,41 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,02 ммоль/л, ХС ЛПНП 5,5 ммоль/л, ТГ 1,9 ммоль/л, ИА 5,28. Норметанефрин – 1518 мкг/сут и метанефрин – 268 мкг/сут в моче. ЭКГ: ЭОС отклонена резко влево, БПВЛНПГ, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. По данным ЭХОКГ: концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. УЗИ надпочечников: лоцируется гипоехогенное образование правого надпочечника размерами 17*13 мм с периферическим кровотоком. МРТ ОБП и ЗБП: образование латеральной ножки правого надпочечника. На УЗИ щитовидной железы, экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, почек, мочевого пузыря, доплерографии почек – патологии не выявлено. Клинический диагноз: Феохромоцитома правого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия. Дислипидемия. СКФ (СКD-EPI: 74 мл/мин/1,73 м²), ХБП С2. Ожирение I степени. Рекомендовано: диетотерапия, Доксазозин 2 мг, Амлодипин 10 мг, Индапамид 2,5 мг утро, Розувастатин 10 мг; наблюдение эндокринолога, кардиолога, консультация хирурга – решение вопроса о выполнении адреналэктомии.

Заключение. На фоне безуспешных попыток достижения целевого АД, при подборе терапии, принято решение – расширить поиск возможной причины артериальной гипертензии у пациента и изменить подход к патогенетической терапии, что позволило улучшить качество жизни пациента. Пациент направлен к хирургу – с целью определения дальнейшей тактики ведения.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Шевелева Л.А., Николаева Е.В.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — ведущая причина смертности, ускоряющая старение и формирующая гериатрические синдромы, ухудшающие качество жизни и прогноз. Большинство исследований проводится у пациентов старше 75 лет, но их распространенность в старшем трудоспособном возрасте мало изучена, что определило актуальность данного исследования.

Цель. Изучить распространенность гериатрических синдромов у пациентов 57–65 лет с ХОБЛ.

Материал и методы. Обследованы пациенты пульмонологического отделения ГKB №10 (1 группа, 18 пациентов в возрасте $62,3 \pm 5,2$ лет) с обострением ХОБЛ и терапевтического отделения (2 группа, 15 пациентов в возрасте $61,4 \pm 4,2$ лет) без легочной патологии.

Оценивали хронические заболевания, социальный статус, индекс курения, анамнез падений и переломов, эмоциональный и когнитивный статус (шкалы GDS-15, MMSE), базовую и инструментальную активность (индексы Бартела, Лоутона), физическое функционирование (тест подъема со стула, кистевая динамометрия), статус питания (ИМТ, шкала MNA). Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica 10.0».

Результаты. Количество хронических заболеваний и социальный статус пациентов не отличались, интенсивность курения была выше у пациентов с ХОБЛ (100% против 7%, $p < 0,05$). Снижение когнитивных функций наблюдалось редко, но в группе ХОБЛ чаще выявлялись пациенты со снижением настроения (44% против 20%, $p = 0,04$). Базовая функциональная активность легкой степени тяжести была снижена у 72% пациентов с ХОБЛ и 53% пациентов без легочной патологии, инструментальная активность нарушена у 88% больных с ХОБЛ и 66% пациентов без легочной патологии. Каждый третий пациент в 1 группе (38,3%) и около половины пациентов 2 группы (46%) не выполнили тест «подъема со стула» или выполняли его дольше нормативов, что было связано со снижением силы мышц конечностей и болевым синдромом. Падения и переломы встречались редко. Снижение силы кисти встречалось достоверно чаще у больных 1 группы (86% против 33,3%, $p = 0,02$), что отражало формирование саркопении.

Заключение. У пациентов с ХОБЛ старшего трудоспособного возраста наиболее часто встречались саркопения (86%), снижение инструментальной (88%) и базовой (72%) функциональной активности, вероятная депрессия (44%), реже — риск синдрома мальнутриции, когнитивные нарушения, падения и переломы. При ХОБЛ чаще выявлялись признаки саркопении и эмоциональных нарушений, снижалась базовая и инструментальная активность. Раннее выявление и коррекция гериатрических синдромов улучшает качество и продолжительность жизни.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФЕНОТИПОВ СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шевцова В.И.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, РФ

Актуальность. В последние годы возрастает интерес исследователей к составу тела как фактору, влияющему на течение заболеваний. В зависимости от наличия отклонений жировой, мышечной и костной массы выделены фенотипы состава тела – нормальный и патологические: изолированные и комбинированные. Есть исследования, подтверждающие различное течение и исходы заболевания у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и различными фенотипами состава тела. При этом, мало изучены возможности коррекции мышечной и жировой массы путем изменения рациона и физических упражнений с целью улучшения качества жизни пациентов с ХСН.

Цель. Определить эффективность мероприятий по коррекции мышечной и жировой массы у пациентов с ХСН.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов с ХСН и различными фенотипами состава тела. Пациенты были разделены на группы по 40 человек в зависимости от фенотипа состава тела: патологические комбинированные (саркопеническое ожирение (1 группа) и кахексия (2 группа) и патологический изолированный (только саркопения или только ожирение – 3 группа) фенотипы. Затем из каждой группы были сформированы 2 подгруппы (основная и контрольная) по 20 человек. Основные группы пациентов в течение 6 месяцев прошли программу реабилитации, включавшую коррекцию рациона и физическую нагрузку, вместе с лечением, соответствующим клиническим рекомендациям МЗ РФ по ХСН. Контрольные группы пациентов проходили только медикаментозное лечение. Оценивались показатели биоимпедансметрии и качество жизни по Миннесотскому опроснику.

Результаты. Пациенты из всех контрольных групп имели статистически значимое снижение мышечной массы, при этом в 1-й и 3-й группе наблюдалась прибавка массы тела (максимальная (7,1%) – у пациентов с СОЖ), а во 2 группе – снижение (-4,2%, $p=0,005$).

Качество жизни пациентов из контрольных групп статистически значимо снизилось.

Пациенты из основных групп 1-й и 3 группы имели статистически значимое увеличение мышечной массы и снижение массы тела ($p \leq 0,05$). У пациентов 2 группы масса тела продолжила снижаться, но показатели мышечной массы оставались стабильными. Качество жизни пациентов из 1 группы улучшилось (-19%, $p \leq 0,05$).

Заключение. Программа реабилитации оказала положительное влияние на параметры, определяющие состав тела и качества жизни пациентов с ХСН. При этом наибольшую эффективность метод продемонстрировал у больных с саркопеническим ожирением, а наименьшую – у пациентов с сердечной кахексией.

ПРЕДИКТОРЫ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОЕНИЯ

Шеенкова М.В, Яцына И.В.

ФБУН ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, Мытищи, РФ

Актуальность. Изучение предикторов микроальбуминурии (МАУ) при артериальной гипертензии (АГ) повышает возможности её корректного устранения, что особенно актуально с позиций продления трудового долголетия профессиональных групп работающего населения.

Цель. Изучение прогностических факторов МАУ при АГ работников машиностроения.

Материал и методы. В исследование вошли 88 работников машиностроения с АГ, средний возраст - 45 лет, Ме 45,00, [39,00; 60,00]. Стаж работы свыше 15 лет. Проведено вычисление индекса массы тела (ИМТ), анкетирование о курении, определение гликемии натощак и постпрандиальной. Связь МАУ с возрастом обследованных, курением, ИМТ, нарушением углеводного обмена изучалась с использованием показателя отношения шансов с 95% доверительным интервалом (ОШ; 95% ДИ). Прогностическая модель разрабатывалась с помощью метода бинарной логистической регрессии.

Результаты. МАУ отмечена у 29 работников (32,95%). Курили 37 обследованных (42,05%). Значения ИМТ работников машиностроения - 28,04 кг/м², Ме 28,04 [24,22; 31,12]. Нарушения углеводного обмена в виде сахарного диабета, предиабета диагностированы у 12 человек (13,64%). При оценке МАУ в зависимости от факта курения не удалось установить статистически значимых различий. Разработана прогностическая модель. Число наблюдений 88. Наблюдаемая зависимость описывается уравнением: $P = 1 / (1 + e^{-z}) \times 100\%$.

$z = -15,080 + 0,156 \times \text{Возраст} + 0,188 \times \text{ИМТ} + 2,240 \times \text{Нарушения углеводного обмена}$, где Р – вероятность повышенной суточной экскреции, ХВозраст – возраст работника (полных лет), ХИМТ, кг/м² – ИМТ (кг/м²), Хнарушения углеводного обмена – нарушение углеводного обмена. Полученная регрессионная модель является статистически значимой ($p < 0,001$).

Исходя из значения коэффициента детерминации Найджелкерка, модель объясняет 62,6% наблюдаемой дисперсии МАУ. Изучение связи предикторов модели с вероятностью выявления МАУ показало: при увеличении возраста работника на 1 полный год шансы МАУ увеличивались в 1,17 раза (ОШ 1,17 (95% ДИ: 1,12-1,22, $p < 0,001$). При увеличении ИМТ на 1 кг/м² шансы МАУ увеличивались в 1,21 раза (ОШ 1,21 (95% ДИ: 1,11-1,31, $p < 0,001$). Шансы МАУ увеличивались при наличии нарушений углеводного обмена в 9,40 раза (ОШ 9,40 (95% ДИ: 2,88-30,72, $p < 0,001$).

Заключение. Наибольшее влияние на клубочковый аппарат почек оказывает нарушение углеводного обмена, повышая шансы МАУ в 9,40 раза. Немодифицируемый фактор риска МАУ в виде возраста и модифицируемый в виде повышения ИМТ оказывают сопоставимое влияние – повышают шансы МАУ в 1,17 и 1,20 раза при увеличении возраста на 1 год и ИМТ на 1 кг/м² соответственно.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИКОВ

Шкляев А.Е., Горбунов Ю.В., Пантюхина А.С., Дударев В.М., Шайдуллин Д.Д., Пономарев Я.Л.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. Объем продаж энергетических напитков в России с каждым годом становится все больше. Рост популярности их употребления сопровождается увеличением частоты побочных эффектов как на психическое, так и соматическое здоровье. При этом в основном оценивается негативное действие энергетиков на сердечно-сосудистую систему, а их влияние на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) остается не изученным.

Цель. Объем продаж энергетических напитков в России с каждым годом становится все больше. Рост популярности их употребления сопровождается увеличением частоты побочных эффектов как на психическое, так и соматическое здоровье. При этом в основном оценивается негативное действие энергетиков на сердечно-сосудистую систему, а их влияние на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) остается не изученным.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 64 студента ФГБОУ ВО ИГМА, средний возраст $22,0 \pm 2,5$ лет. Выделены 2 группы: наблюдения - 16 человек, употребляющих безалкогольные кофеин-содержащие энергетики не менее года, в среднем 2-5 раз в неделю, и группа контроля - 48 человек, не употребляющих энергетики. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Оценка симптоматики поражения ЖКТ проводилась при помощи валидизированных опросников GSRS и GerdQ, функциональной активности – посредством электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ). Моторику ЖКТ оценивали исходно и после употребления 250 мл энергетического напитка в группе наблюдения и 250 мл питьевой воды комнатной температуры в группе контроля. Статистический анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel.

Результаты. Среди обследованных было 62,3% женщин и 37,7% мужчин. Участники исследования отдают предпочтение энергетикам с низким содержанием кофеина до 25-30 мг/100 мл. Средний объем потребляемого энергетического напитка за раз составляет 250-500 мл. Наиболее выраженными синдромами в группе наблюдения были рефлюксный – $3,0 \pm 0,75$ балла ($p < 0,05$), диспептический - $2,9 \pm 1,34$ балла, болевой - $2,75 \pm 0,77$ балла и диарейный – $2,58 \pm 0,89$ ($p < 0,05$). В группе контроля: $1,68 \pm 0,84$, $2,75 \pm 0,95$, $2,1 \pm 0,91$ и $1,85 \pm 1,14$ баллов соответственно. Рефлюкс-эзофагит по GerdQ (≥ 8 баллов) выявлен у 37,5% обследованных в группе наблюдения и 25% - группы контроля. В группе наблюдения коэффициент ритмичности (kritm) исходно составил в желудке $6,35 \pm 2,50$, в двенадцатиперстной кишке - $1,12 \pm 0,76$, подвздошной - $3,4 \pm 1,27$, толстой - $12,56 \pm 8,90$, после приема энергетика – $7,84 \pm 4,80$, $2,13 \pm 0,30$, $3,8 \pm 2,01$, $16,1 \pm 9,20$, соответственно. Электрическая активность (Pi) желудка в группе наблюдения после приема энергетика снизилась на 2,93 ($p < 0,05$), толстой кишки - на 5,6 ($p < 0,05$). В группе контроля динамика показателей ЭГЭГ была менее выраженной.

Заключение. Употребление энергетических напитков приводит к нарушению электрической активности как верхних, так и нижних отделов ЖКТ, клинически манифестируя в виде рефлюкс-синдрома и диареи.

ПИТЬЕВАЯ БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РЕФРАКТЕРНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Шкляев А.Е., Дударев В.М., Горбунов Ю.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) имеет широкое распространение среди населения. При этом до 40% больных продолжают испытывать симптомы даже при использовании современного фармакологического лечения.

Цель. Оценить эффективность включения минеральной воды «Увинская» в терапию рефрактерной ГЭРБ.

Материал и методы. В исследование вошли 68 человек в возрасте 48 (32; 59) лет, набравшие по результатам опросника GERDQ 8 и более баллов, имеющие недостаточность нижнего пищеводного сфинктера и катаральный эзофагит по данным ФГДС. Данные пациенты продолжают испытывать симптомы заболевания на фоне приема ингибитора протонной помпы (ИПП) в стандартной дозировке – омепразол 40 мг в сутки в течение 8 недель. Включенные в исследование больные разделены на 2 равные группы. Пациенты 1 группы (n=34) течение 1 месяца принимали ИПП в двойной дозировке – омепразол 80 мг в сутки, а пациенты 2 группы (n=34) остались на стандартной дозировке ИПП с включением в лечение слабощелочной сульфатной натриево-кальциевой минеральной воды «Увинская» по 100 мл 3 раза в день мелкими глотками, температурой 25 градусов, за 30 минут до еды – в течение 1 месяца. Всем пациентам проводилась суточная рН-импедансометрия до изменения терапии и сразу после ее окончания (через 1 месяц). Результаты оценивались при помощи компьютерной программы Gastroskan. Достоверность межгрупповых различий определялась непараметрическим критерием Манна-Уитни.

Результаты. В процессе лечения наблюдалась положительная динамика клинической симптоматики, при этом более выраженная редукция симптомов ГЭРБ отмечена в группе пациентов, получавших питьевую бальнеотерапию. По данным суточной рН-импедансометрии на момент включения в исследование рН пищевода у пациентов 1 группы составила 3,2 (1,8; 4,4), количество кислых ГЭР – 101 (82; 146); у пациентов 2 группы – уровень рН 3,3 (1,9; 4,7), количество кислых ГЭР 104 (81; 137). После проведенного лечения уровень рН пациентов 1 группы – 5,8 (3,9; 7,4) при количестве кислых ГЭР 42 (21; 68), а в группе 2 значение рН – 6,4 (4,7; 7,6) ($p < 0,05$), количество кислых ГЭР – 33 (16; 57) ($p < 0,05$).

Заключение. *Комплексная терапия ГЭРБ с включением минеральной воды «Увинская» обладает более выраженными антирефлюксным и кислотосупрессивным действием, нежели монотерапия ИПП, обеспечивая ускорение купирования клинической симптоматики заболевания.*

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА МОТОРИКУ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Шкляев А.Е., Горбунов Ю.В., Пантюхина А.С., Галиханова Ю.И., Лунина Е.Е., Тимофеева А.Ю.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. В настоящее время электронные сигареты (ЭС) получили широкое распространение среди молодого поколения в связи с их доступностью и существующим мнением о меньшем причинении вреда для здоровья по сравнению с обычными сигаретами. Однако, проблема влияния ЭС на организм человека изучена недостаточно. Имеющиеся современные методы оценки функционального состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) позволяют уточнить влияние ЭС на его моторику.

Цель. Оценить влияние электронных сигарет на моторику желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Проведено обследование 87 студентов ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России в возрасте $21,0 \pm 3,0$ лет, из них 31 человек используют электронные сигареты более 6 месяцев (группа наблюдения) и 56 человек не курят (группа контроля). Для оценки выраженности клинической симптоматики поражения ЖКТ применялся опросник GSRS. Моторику ЖКТ оценивали с помощью периферической электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ) исходно и после применения ЭС. Статистическая обработка данных была выполнена в компьютерной программе Microsoft Office Excel.

Результаты. Проявления дисмоторики ЖКТ среди лиц, употребляющих ЭС в той или иной степени, встречались в 80,6% случаев, в группе контроля 42,1%. По данным опросника GSRS в группе наблюдения наиболее частыми жалобами являлись абдоминальная боль (58,0%), рефлюкс-синдром (37,35%) ($p < 0,05$), диспептический синдром (58%), запор (40,6%) и диарея (31,25%). В группе контроля частота и выраженность данных синдромов были ниже. Наиболее выраженными у потребителей ЭС оказались диспептический ($3,58 \pm 1,18$ балла) и рефлюксный ($2,16 \pm 1,18$ балла) синдромы. По данным ЭГЭГ в группе наблюдения коэффициент ритмичности (kritm) значимо превышал нормативные значения в верхних отделах ЖКТ и показатели группы контроля ($p < 0,05$) и составил в желудке $14,64 \pm 1,20$, в двенадцатиперстной кишке – $2,32 \pm 1,06$, в группе контроля: $8,14 \pm 2,80$ и $1,29 \pm 1,30$, соответственно. После применения ЭС показатели имели тенденцию к снижению: $13,6 \pm 1,1$ и $2,28 \pm 1,08$, соответственно. Электрическая активность (Pi) в желудке и двенадцатиперстной кишке после использования ЭС повысилась до $32,25 \pm 1,02$ и $2,68 \pm 0,17$ и значимо превысила показатели группы контроля – $29,67 \pm 1,12$ и $1,55 \pm 1,09$, соответственно. Показатели электрической активности нижних отделов ЖКТ не имели существенных отличий от группы контроля.

Заключение. *Использование ЭС приводит к развитию моторных нарушений в верхних отделах ЖКТ, что клинически проявляется прежде всего в виде рефлюксного синдрома, в меньшей степени - диспептического и болевого.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПИТЬЕВОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ПРИ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Шкляев А.Е, Григорьева О.А, Малахова И.Г, Андреева О.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Актуальность. Высокая распространенность функциональной диспепсии и недостаточная эффективность существующих схем ее лечения диктуют необходимость совершенствования терапевтических подходов с учетом патогенетических особенностей отдельных вариантов данной патологии.

Цель. Уточнить влияние курсовой питьевой бальнеотерапии на висцеральную гиперчувствительность гастродуоденальной зоны у пациентов с синдромом эпигастральной боли.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 18 пациентов с синдромом эпигастральной боли (СЭБ) обоего пола в возрасте $21,19 \pm 0,20$ лет. Диагноз СЭБ верифицировался в соответствии с Римскими критериями IV (2016). Клиническую симптоматику оценивали по опроснику GSRS. Висцеральную гиперчувствительность выявляли по разнице объемов воды температурой 25°C и 40°C , выпитой в питьевом нагрузочном тесте. Питьевая бальнеотерапия проводилась маломинерализованной (М-1,5-2,7 г/л) сульфатно-гидрокарбонатно-хлоридной натриевой, слабощелочной (рН 7,3-8,5) минеральной водой санатория «Металлург» (Удмуртская Республика), температурой $20-25^{\circ}\text{C}$, за 30 минут до еды по 100 мл 3 раза в день в течение 2 недель.

Результаты. Выраженность клинической симптоматики, имевшейся у участников исследования, подтвердила преобладание синдрома абдоминальной боли ($4,36 \pm 0,45$ балла) в структуре суммарного балла по опроснику GSRS. Исходно у обследованных пациентов с СЭБ при проведении нагрузочного питьевого теста выявлена существенная разница (45,2%) объемов воды температурой 25°C и 40°C , выпитой до чувства полного насыщения, что свидетельствовало о наличии висцеральной гиперчувствительности у обследованных. После курса питьевой бальнеотерапии данный показатель статистически значимо уменьшился, составив 6,2%. Уменьшение висцеральной гиперчувствительности в процессе курсового лечения сопровождалось статистически значимым снижением выраженности синдрома абдоминальной боли с $4,36 \pm 0,45$ до $2,07 \pm 0,07$ баллов ($p=0,002$). Аналогичная динамика зафиксирована у суммарного балла опросника GSRS.

Заключение. Проведенный анализ динамики разницы объемов воды температурой 25° и 40°C , выпитой в нагрузочном питьевом тесте пациентами с СЭБ, выявил достоверную положительную динамику данного показателя в процессе курсовой питьевой бальнеотерапии минеральной водой санатория «Металлург», продемонстрировав ее благоприятное влияние на уменьшение висцеральной гиперчувствительности гастродуоденальной зоны, сопровождающееся купированием клинической симптоматики.

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

Шкляев А.Е., Ленцова С.И., Кузьмина А.В., Малахова И.Г.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, РФ

Введение. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острая вирусная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся яркой клинической картиной в виде выраженной общей интоксикации, высокой лихорадки, геморрагическим синдромом и поражением почек. У пациентов, находящихся на иммуносупрессивной терапии, течение ГЛПС имеет ряд особенностей, связанных с изменением реактивности организма.

Описание случая. Больная Н., 19 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с ухудшением печеночных показателей (перенесла ортотопическую трансплантацию печени по поводу цирроза печени в 2019 году). Пациентка постоянно принимает следующую иммуносупрессивную терапию: такролимус 6 мг, микофенолата мофетил 250 мг, метилпреднизолон 4 мг в сутки. При поступлении в стационар больная предъявляла жалобы на умеренные боли в пояснице, повышение температуры до 37,5 °С в течении 7-ми дней, наличие инъекции сосудов склер. Изменения объема мочи не отмечала. Был собран эпидемиологический анамнез, из которого стало известно, что пациентка является студенткой аграрного техникума, посещает занятия в старом деревянном здании, в том числе в подвальном помещении, где есть мыши. Было проведено исследование крови на ГЛПС: Ig M - 2,2; IgG - 2,5. Данные ультразвукового исследования почек: признаки диффузных изменений в паренхиме почек, кисты правой почки. На основании жалоб, эпидемиологического анамнеза инструментальных и лабораторных данных был выставлен следующий диагноз. Основное заболевание: Цирроз трансплантата печени (ортотопическая трансплантация печени в 2019 г.), активность 2, фиброз F4 по шкале METAVIR. Осложнение основного заболевания: Портальная гипертензия, компенсированная стадия (расширение портальной, селезеночной вен, спленомегалия). Длительная иммуносупрессия. Сопутствующий диагноз: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, средней степени тяжести.

Заключение. Вследствие иммуносупрессивных эффектов препаратов, применяемых после трансплантации печени, ГЛПС протекала у пациентки в нетипичной форме. Наиболее часто встречающиеся проявления ГЛПС (почечный синдром, характеризующийся олигурией в период разгара и полиурией в период ранней реконвалесценции, четкая цикличность заболевания, высокая лихорадка, геморрагический синдром) в данном клиническом случае отсутствовали, что связано с подавлением иммунных реакций организма. В клинической практике необходимо учитывать возможность развития стертых и атипичных форм ГЛПС у лиц, получающих иммунодепрессанты, расширяя показания к проведению обследования на данное инфекционное заболевание у пациентов с субфебрилитетом и лихорадкой неясной этиологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРИ СИНДРОМЕ НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНДРОГЕНАМ

Шпакова В.Е, Волкова Н.И, Давиденко И.Ю, Кудинова Е.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, РФ

Введение. Синдром тестикулярной феминизации представляет собой генетическое расстройство, характеризующееся полной или частичной нечувствительностью к андрогенам у пациентов с кариотипом 46XY, что приводит к нарушению нормального формирования вторичных половых признаков и, как следствие, к снижению минеральной плотности кости с последующим развитием остеопороза.

Описание случая. Пациентка М. 39 лет, обратилась с жалобами на избыточный вес, боли в поясничном отделе позвоночника, затруднение при ходьбе в связи с болевым синдромом. С 14 лет в связи с отсутствием менструаций обратилась к гинекологу, где по результату обследования была выявлена аплазия яичников, матки и влагалища, наличие яичек, кариотип 46 XY. Был выставлен диагноз: Синдром полной нечувствительности к андрогенам, проведено оперативное лечение: лапароскопическое удаление обоих яичек, кольпопоз из больших и малых половых губ; а также была назначена заместительная гормональная терапия (ЗГТ), которую пациентка самостоятельно отменила ввиду ухудшения самочувствия. В 34 года в связи с острой болью в грудном отделе позвоночника, возникшей после прыжка на батуте, пациентке была выполнена рентгенография позвоночника (компрессионные переломы позвоночника разной степени давности) и остеоденситометрии (DEXA) (снижение Т-критерия до -4,0), установлен диагноз Остеопороз, назначены алендроновая кислота, препараты кальция и витамина Д. Спустя 2 года пациентка самостоятельно прекратила прием препаратов. В 38 лет при занятии верховой ездой возникла острая боль в поясничном отделе позвоночника, после чего отмечался выраженный болевой синдром, затруднение при ходьбе и нахождении в положении сидя, в связи с чем были проведены компьютерная томография (остеопороз, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, грыжи Шморля) и DEXA (снижение Т-критерия до -2.7 в поясничном отделе позвоночника и -1.6 в шейке бедра), в связи с чем, пациентка была госпитализирована в отделение эндокринологии, где была назначена ЗГТ и антирезорбтивная терапия, на фоне которой отмечалось улучшение общего самочувствия. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии с заключительным диагнозом: Синдром нечувствительности к андрогенам (кариотип 46XY). Вторичный остеопороз с патологическими переломами (компрессионные переломы Th8, Th12), Т-критерий -2.7 в поясничном отделе позвоночника, -1.6 в шейке бедра.

Заключение. Представленный клинический случай показывает, насколько важно помнить об особенностях диагностики данной патологии, так как вовремя назначенная терапия позволяет профилактировать развитие серьезных осложнений, когда они уже привели к клиническим последствиям. Осведомленность среди врачей различных специальностей, совместная работа врача и приверженность к лечению пациента может помочь достигнуть стойких положительных результатов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ТРОМБОФИЛИЕЙ И СИНДРОМОМ МЕЯ-ТЕРНЕРА

Щербина Е.С., Ларина В.Н.

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

Введение. Синдром Мея-Тернера - венозное компрессионное состояние, главным образом встречающееся у женщин (2:1), чаще диагностируемое при рецидивирующих тромбозах глубоких вен, преимущественно левой голени. Несмотря на то, что хорошо известны как анатомические, так и патологические основы данного синдрома, вариабельность клинической картины и неосведомленность врачей о данной особенности, могут приводить к несвоевременной диагностике и невыявлению серьезных осложнений, в том числе тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Описание случая. Пациент Н., 19 лет, студент, через 10 дней после выписки из стационара, где была проведена аппендэктомия, обратился к врачу общей практики с жалобами на опоясывающую боль в межреберной области слева, интенсивностью 5 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Врачом выставлен диагноз «межреберная невралгия», назначена терапия (мелоксикам 15 мг). Через 10 дней, отметив усиление болевого синдрома (7 баллов по ВАШ), обратился повторно. Выполнена рентгенография органов грудной клетки (РГ ОГК): без патологии. Рекомендовано продолжить прием ранее назначенной терапии. Через три дня отметил повышение температуры до 39С, появление боли в животе, ввиду чего обратился в приемное отделение городской больницы, госпитализирован с подозрением на острую хирургическую патологию. Компьютерная томография (КТ) ОГК: двусторонняя полисегментарная пневмония, переведен в пульмонологическое отделение, начата терапия цефтриаксоном. Ввиду сохранения симптомов, через 3 дня после госпитализации, выполнена КТ ОГК с внутривенным контрастированием: КТ признаки ТЭЛА, инфаркт-пневмония. По результатам ультразвукового исследования вен нижних конечностей: тромбоз глубоких и поверхностных вен левой нижней конечности. Переведен в отделение кардиореанимации, инициирована терапия эноксапарином натрия. Выписан домой через 5 дней с рекомендациями по приему антикоагулянтной терапии, эластической компрессии. После выписки из стационара, посетил врача-гематолога, где впервые, на основании клинических данных, выставлен предварительный диагноз «Тромбофилия, синдром Мея-Тернера», рекомендовано выполнение магнитно-резонансной венографии нижней полой вены и вен малого таза, по результатам которой обнаружен стеноз проксимальной части левой общей подвздошной вены на уровне перекрывающей ее правой общей подвздошной артерии, что соответствует проявлениям синдрома Мея-Тернера.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует сложный путь диагностики и лечения пациента с синдромом Мея-Тернера, осложненным тромбозом глубоких вен, ТЭЛА и носительством полиморфизмов генов тромбофилии, подчеркивая необходимость настороженности к редким клиническим состояниям, исключения серьезных патологий у молодых пациентов среди врачей различного профиля.

КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Южакова Е.В.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, РФ

Введение. Инсулинорезистентность (ИР) лежит в основе сахарного диабета (СД), метаболически-ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) и др. Преодоление ИР пиоглитазоном является неотъемлемой частью лечения пациентов с СД2. Возрастные особенности и коморбидный фон не всегда позволяют назначить пиоглитазон, из-за возможных побочных эффектов. Представляем клинический случай успешного применения пиоглитазона пациентке с кардиальной патологией. Инсулинорезистентность (ИР) лежит в основе сахарного диабета (СД), метаболически-ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) и др. Преодоление ИР пиоглитазоном является неотъемлемой частью лечения пациентов с СД2. Возрастные особенности и коморбидный фон не всегда позволяют назначить пиоглитазон, из-за возможных побочных эффектов. Представляем клинический случай успешного применения пиоглитазона пациентке с кардиальной патологией.

Описание случая. Пациентка П., 67 лет обратилась к эндокринологу 28.10.2024 г. для коррекции гипергликемии. В анамнезе: ИБС, ОИМ (2023 г.), ЧКВ со стентированием ПМЖА, СН II ФК, ХСН с сохранной ФВ (55%). СД2 установлен в 2015 г. Пациентка получает бисопролол, лозартан, спиронолактон, торасемид, розувастатин, ацетилсалициловую кислоту, ривароксабан. Более 5 лет принимает вилдаглиптин и метформин 50/1000 мг 2 раза в сутки, с 09.2023 г. добавлен гликлазид МВ 60 мг/сут. При активном расспросе выявлено, что у пациентки диарея длительное время. Объективно: рост 171 см, вес 102 кг, ИМТ 35,1 кг/м², ОТ 97 см. Абдоминальное ожирение. АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 65 уд/мин. При лабораторном обследовании: ОАК, липидограмма-без особенностей, АСТ до 65 МЕ/л, АЛТ до 76 МЕ/л, креатинин 105 мкмоль/л, мочевина 7 ммоль/л, гликогемоглобин (HbA1c) 9,5%. СКФ 47 мл/мин/1,73 м² (СКД-EPI), соответствующая ХБП ст. С3а. Микроальбумин мочи 16 мг/л, NT-proBNP 426 пг/мл, индекс НОМА 16,2 (N <2,7), С-пептид 4,3 (1,0-4,3 нг/мл). УЗИ печени с эластометрией: фиброзно-жировой тип изменений. Эластичность F2-F4 по шкале Metavir (до 60% измерений - F3-F4, 40% - F2).

Пациентке отменен метформин с переводом на пиоглитазон с алоглиптином в дозе 15/25 мг/сут, Субетта по 2 т 2 р/день. При повторном визите пациентка отметила исчезновение диареи, гликемия по самоконтролю 8-10 ммоль/л. Рекомендовано добавить эмпаглифлозин 10 мг/сут. Через 3 мес. отмечено снижение HbA1c до 7,9% (при целевом –до 7,5%), в БХАК - снижение показателей АСТ-40 МЕ/л, АЛТ-42 МЕ/л, NT-proBNP – до 350 пг/мл. Было принято решение об увеличении дозы пиоглитазона до 30 мг/сут и эмпаглифлозина до 25 мг/сут.

Заключение. *Коррекция ИР играет решающую роль в компенсации патогенетически коморбидных состояний. Прогрессирование МАЗБП усугубляет ИР, что важно учитывать в выборе сахароснижающей терапии. Отсутствие негативного влияния пиоглитазона на ФВ, подтвержденное в ряде исследований, делает его применение более безопасным, а добавление иНГЛТ-2 к пиоглитазону нивелирует возможное отрицательное действие последнего на течение ХСН.*