



ПРИЛОЖЕНИЕ
К ЖУРНАЛУ

ТЕРАПИЯ

THERAPY

WWW.RNMOT.RU

WWW.THERAPY-JOURNAL.RU

ФОРУМ ТЕРАПЕВТОВ СКФО

СТАВРОПОЛЬ
18 АПРЕЛЯ, 2024 Г.

ОРГАНИЗАТОРЫ:

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ
МЕДИЦИНЫ (EFIM)

МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ВНУТРЕННЕЙ
МЕДИЦИНЫ (ISIM)

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ
ТЕРАПИЯ №2

ТОЛЬКО
ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФОРУМ ТЕРАПЕВТОВ СКФО

18 апреля 2024 г., Ставрополь

Рецензенты:

- В.Н. Ларина**, д.м.н., заведующая кафедрой поликлинической терапии
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- Н.Д. Кобзева**, к.м.н., доцент кафедры терапии с курсом поликлинической
терапии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
- К.А. Замятин**, аспирант кафедры поликлинической терапии
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- Д.Г. Карпенко**, к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- В.И. Лунев**, к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- К.Р. Микава**, ассистент кафедры поликлинической терапии
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- Ю.В. Цыганова**, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
- Е.С. Щербина**, аспирант кафедры поликлинической терапии
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Для цитирования:

ФОРУМ ТЕРАПЕВТОВ СКФО (сборник тезисов)
Терапия. 2024; 10(2S): 1-129.
Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2024.2suppl.1-129>

СОДЕРЖАНИЕ

АГРАНОВИЧ Н.В., БАБАШЕВА Г.Г., ЗНАМЕНСКАЯ И.А. Медикаментозная терапия хронической сердечной недостаточности с промежуточной фракцией выброса в амбулаторных условиях.....	11
АГРАНОВИЧ Н.В., КНЫШОВА С.А., БАБАШЕВА Г.Г., АЛЕКСАНДРОВА О.А., БАБЕНКО Д.В., КАРАГОДИНА В.В. Структура инвалидности городского населения.....	12
АГРАНОВИЧ Н.В., КНЫШОВА С.А., ПИЛИПОВИЧ Л.А., ЛИХАЧЕВА А.П., ХВАТАЛИН Н.Е., МАГОМЕДОВА Н.М. Хроническая болезнь почек в амбулаторной практике.....	13
АГРАНОВИЧ Н.В., ПИЛИПОВИЧ Л.А., МАЦУКАТОВА В.С., КЛАССОВА А.Т. Влияние провоспалительных цитокинов на почечную дисфункцию при ХОБЛ.....	14
АКБАЕВА М.К. ASIA-синдром: диагностические аспекты.....	15
АККАЕВА М.Р., УМЕТОВ М.А. Профилактика кардиометаболических осложнений у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.....	16
АЛЕКСАНДРОВА К.С. Особенности диагностики холангиокарциномы в терапевтической практике.....	17
АЛЕКСАНДРОВА О.А., АГРАНОВИЧ Н.В., АНОПЧЕНКО А.С., АГРАНОВИЧ В.О. Поздние осложнения сердечно-сосудистой системы у пациентов с перенесенной коронавирусной инфекцией – синусовая тахикардия.....	18
АЛФЕРОВ В.В., ПАВЛЕНКО В.В., АЛЕКСАНДРОВА С.Б., ЕСЕНЕЕВА Г.А., ЛАСКОВА А.А. Комплексное изучение состояния нижнего пищеводного сфинктера у больных эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.....	19
АМИРОВА Н.У. Возможности профилактики развития первого пароксизма фибрилляции предсердий, ассоциированного с метаболическим синдромом.....	20
АНДРЕЕВА Д.В., БУРСИКОВ А.В., ВАЛИУЛЛИНА Е.Ш. Случай узловатой эритемы в практике врача-терапевта.....	21
АНДРЕЕВА Е.И., КАМПУЕВА З.М. Зависимость значения DeMeester у пациентов с ожирением и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью от уровней провоспалительных факторов.....	22
АНДРЕЕВА Е.А., МИКЕЛИЧ К.О., САТТАРОВА Ф.И. Анализ заболеваемости ОРЗ у неработающих и работающих медицинским персоналом студентов.....	23
АНОПЧЕНКО А.С., АГРАНОВИЧ Н.В., КЛАССОВА А.Т., АГРАНОВИЧ О.В. Амбулаторный этап медицинской реабилитации и его возможности в период восстановления пациентов.....	24

АФАНАСЬЕВ Н.Е., БАТУРИН В.А., ПОЗДНЯКОВА О.Ю., КОШЕЛЬ Т.Е., СОЧИЛОВА С.Д. Особенности бактериальной микрофлоры у пациентов с новой коронавирусной инфекцией и внебольничной пневмонией в условиях многопрофильного стационара.....	25
БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х. Клиническая эффективность применения противовирусной терапии при COVID–19 в ранние сроки.....	26
БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х. Динамика изменений лабораторных показателей при применении моноклональных антител при COVID-19.....	27
БАТУРИНА М.В., БАТУРИН В.А. Клинический случай аллергической лекарственной бронхореи.....	28
БАТУРИНА М.В., ВАСЮТОВА М.А. Клинический случай аллергической реакции на дексаметазон.....	29
БАТУРИН В.А., ЦАРУКЯН А.А., ОЛЬШАНСКАЯ И.И., ФИШЕР В.В., ВОЛКОВ Е.В., ЕФРЕМОВА О.К., ЦВЕТКОВА С.В. Диагностика и лечение инвазивных респираторных микозов.....	30
БЕЙБАЛАЕВА А.М., КУДАЕВ М.Т., ГАДЖИЕВА Т.А. Оценка влияния половых гормонов на липидный профиль у мужчин и женщин с инфарктом миокарда.....	31
БИЧИНОВ Е.А., ВВЕДЕНСКАЯ И.П. Трудности в дифференциальной диагностике и лечении туберкулеза и саркоидоза легких.....	32
БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П., ЧАЙКА Н.В. Факторы системного воспаления у больных внегоспитальной пневмонией в ассоциации с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	33
БЛАГИНИНА И.И., КОМАРОВА Е.Б., БЛУДОВА Н.Г., БАХТОЯРОВ П.Д. Применение антидепрессантов в лечении хронического болевого синдрома у пациентов с анкилозирующим спондилитом.....	34
БЛУДОВА Н.Г., РЕБРОВ Б.А., БЛАГИНИНА И.И., КНЯЗЕВА А.К., БЛАГОДАРЕНКО А.Б. Особенности поражения коронарных сосудов у пациентов с острым инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа.....	35
БОРОДИНА Л.В., КОЗАКОВА С.А., РЫБАС А.В. Случай миеломной болезни, дебютировавшей острым повреждением почек.....	36
БОРОДИНА Л.В., РЫБАС А.В., КОЗАКОВА С.А. Случай гиперкальциемии у молодого пациента.....	37
БОРОДИНА Л.В., РЫБАС А.В., КОЗАКОВА С.А. AA-амилоидоз, как осложнение периодической болезни после длительной ремиссии.....	38
БУТУСОВ М.В., КУЧИН К.В., ДРОЗДЕЦКИЙ С.И., КЛЕМЕНОВ А.В. Кардиореноваскулярный континуум в контексте артериальной ригидности.....	39

БАКУЛА Т.В., ВОРОБЬЕВ П.А., ВОРОБЬЕВ А.П., СОЛОВЬЕВА А.В., РОДИОНОВ А.А., РОМАНЕНКО М.Е. Современные методы решения проблемы применения дистанционных методов ведения больных с гипертонической болезнью.....	40
ВАРТАНЯН А.А., АНДРЕЕВА Е.И., БАТУРИН В.А., БАТУРИНА М.В., ФИЛЬ А.А. Изучение возможных механизмов фармакорезистентности при сахарном диабете второго типа.....	41
ВОЛЧЕК И.А., НОВОЖЕНОВ В.Г., ГЛАДЬКО О.В., ТЕРЯЕВ А.С., БАЛАЦКИЙ Н.А. Регуляция продукции цитокинов и нейротрофических факторов экстрактом <i>Tripterygium Wilfordii</i>	42
ГОРБУНОВА П.К. Особенности диагностики поражения нижних дыхательных путей в период сезонных острых вирусных инфекций у пациентов с ANCA-васкулитом.....	43
ГОРДИЕНКО А.В., ТАТАРИН А.В., БЛАГОВ С.В., МЕЛЕЙЧУК К.А., МИНГАЗОВА Э.Р., ЛИХОДКИН В.А., ПУЖАЛОВ И.А., КУЗЬМИЧЕВ В.Л., СОТНИКОВ А.В. Значение желчнокаменной болезни для течения инфаркта миокарда у мужчин моложе 60 лет.....	44
ГОРШЕНИНА О. В. Анализ первичной инвалидности населения в возрасте 18 лет и старше вследствие болезней мочевыделительной системы в иркутской области за 2021–2023 гг.....	45
ГУРЯЕВА Е.В., ЕВСЕЕВА А.Н., САТТАРОВА Ф.И. Связь стресса с заболеваниями желудочно-кишечного тракта у студентов-медиков.....	46
ДЕХАРЬ В.В., ТАНКОВ С.В., КАЛИН Д.А., ПЕРЕПЕЛИЦА И.Н., ОСИПОВА И.В., ХАРЛОВА А.Г. Физическая агрессия, гнев, враждебность у студентов, получающих медицинское образование.....	47
ДОТДАЕВА Т.А., ФИШЕР В. В., ВОЛКОВ Е. В., БАТАЕВА А. С., БАТУРИН В.А. Изучение уровней аутоантител к коллагенам у больных, перенесших COVID-19, с риском развития фиброза легких.....	48
ДЖОДЖУА В.Э., КАРДАНОВА Д.А. «Биологический» и «сосудистый» возраст у больных артериальной гипертензией в сочетании с циррозом печени.....	49
ДЫДЫШКО В.Т., НАУМКИНА П.И. Маркеры сниженной толерантности к физической нагрузке у мужчин с кардиометаболической доморбидностью.....	50
ЕВСЕВЬЕВА М.Е., КОЛОМОЙЦЕВА И.И., СЕРГЕЕВА О.В., ГАЧКОВА И.Н., ОВЧИННИКОВА О.В., ЗАЙКО Н.А., ГОРЬКОВЕНКО М.В., КАРАКЕШИШЯН С.Л. Особенности артериальной гипертензии у молодых женщин с избыточной массой тела и ожирением.....	51
ЕВСЕВЬЕВА М.Е., РУСИДИ А.В., ХВАТАЛИН Н.Е., КОСТИНА Л.В., БОДНАРЧУК Е.Л., ЩЕРБАКОВА Л.Е., МАРАХОВСКАЯ К.Ю., ПИСАРЕВ А.Н. Оценка взаимосвязи уровня артериального давления с массой тела и показателями метаболического профиля у молодых лиц.....	52

ЕВСЕВЬЕВА М.Е., СЕРГЕЕВА О. В., ГУСЕВА А.В., ГАЧКОВА И.Н., КРЮЧКОВ М.С., КИРИЧЕНКО Н.А., НЕМЫКИНА А.С. Некоторые показатели васкулярного статуса у лиц молодого возраста с учетом фенотипа сосудистого старения.....	53
ЕВСЕВЬЕВА М.Е., СЕРГЕЕВА О.В., КРЮЧКОВ М.С., КОСТИНА Л.В., ЩЕРБАКОВА Л.Е., МАРАХОВСКАЯ К.Ю., БОНДАРЧУК Е.Л., ПИСАРЕВ А.Н. Типы реакции артериального давления на физическую нагрузку и факторы риска у лиц молодого возраста.....	54
ЕСИНА М.В., МИХЕЕВА А.А., ЯМАШКИНА Е.И., ПРЕКИНА В.И., ЕФРЕМОВА О.Н. Анализ достижения целевых показателей углеводного обмена и сахароснижающей терапии при сахарном диабете 2 типа.....	55
ЕСИНА М.В., МУХАЕВА А.А., ЯМАШКИНА Е.И., ЛЕДЯЙКИНА Л.В., ЧЕРНОВА Н.Н., УЛАНОВА А.А. Эпидемиологические показатели сахарного диабета по данным регистра сахарного диабета «РЖД-Медицина» города Рузаевка республики Мордовия.....	56
ЗАБОЛОТСКИХ Т.Б., КУТЕПОВА А.М., ЯКИМЕНКО Д.В. Когнитивный статус и качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	57
ИВАНОВА Л.Н., ХОЛИНА Е.А., СИДОРЕНКО Ю.В. Тиреоидный статус и структурные изменения щитовидной железы у больных гипотиреозом и ишемической болезнью сердца.....	58
КАЗЕННОВ Д.А., ВВЕДЕНСКАЯ И.П., МАНЖОС М.В. Лимфангиолейомиоматоз – случай из практики.....	59
КАЗЕННОВ Д.А., ВВЕДЕНСКАЯ И.П., НАЗАРОВА И.Г. Мониторинг ОРВИ в ГБУЗ СО «СГКБ №6».....	60
КАЛЯМОВА А.В., ПАЛЬМОВА Л.Ю., ГАЙНУЛЛИН И.И., СИТДИКОВА Д.М. Острое септическое состояние у молодой женщины на фоне системной красной волчанки и антифосфолипидного синдрома.....	61
КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н. В-крупноклеточная лимфома и вирус гепатита С.....	62
КИМ Т.Ю., РОДЧЕНКО Т.А., ЧУЙКОВА Л.И., НУРМИЕВА Л.С. Ассоциация факторов кардиометаболического риска и скорости клубочковой фильтрации, рассчитанной по калькулятору СКD-EPI Cyst 2012.....	63
КЛИПКО Е.П. Роль комплексного ультразвукового исследования при поведении углубленных медицинских осмотров у спортсменов сборных команд Краснодарского края.....	64
КОТОВА И.С. Донозологическая диагностика микроциркуляторного русла у лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами.....	65
КУДРЯВЦЕВА В.Д., ЕВСЕВЬЕВА М.Е. Исмометрический потенциал сердечно-лодыжечного сосудистого индекса у лиц молодого возраста.....	66

КУЗЬМИНА В.А., ЛУГОВАЯ Л.А., БУШУЕВА А.В. Влияние хронического панкреатита на клинико-лабораторные параллели пациентов с панкреатогенным сахарным диабетом.....	67
КУРКОВА.А.Е, ХАММАТУЛЛИНА Т.Р., САТТАРОВА Ф.И. Распространенность мочекаменной болезни среди населения.....	68
ЛЕВИТАН Б.Н., ТИТАРЕНКО Ю.Б., САЛЬНИКОВА Г.Г., СЕРДЮКОВА Т.В. Влияние дискретного плазмафереза на кожную микроциркуляцию при хронических заболеваниях печени.....	69
ЛИХАЧЕВА А.П., АГРАНОВИЧ Н.В., КЛАССОВА А.Т. Витамин D как компонент нефропротективной терапии у больных с СД и почечной недостаточностью.....	70
ЛУГОВАЯ Л.А., ПОЧИНКА И.Г. Тиреотропный гормон и отдаленный прогноз пациентов, госпитализированных диагнозом острого коронарного синдрома.....	71
МАЛЫХИН Ф.Т., РОМАНОВА Е.А. Использование методов альтернативной медицины жителями Ставрополя.....	72
МАММАЕВ С.Н., КАСАЕВА Э.А. Сложности подбора антикоагулянтной терапии больному с фибрилляцией предсердий и коморбидной патологией.....	73
МАРТИРОСЯН А.А., АРУТУНЯН А.Н., ФЕНДРИКОВА А.В. Эффективность и безопасность современной терапии пациентов при пароксизмах фибрилляции или трепетания предсердий на стационарном этапе оказания медицинской помощи.....	74
МОЛОСТВОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М. Клинический случай дебюта лимфомы Ходжкина во время беременности.....	76
МОЛОСТВОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М. Клинический случай артропатии при тяжелой форме гемофилии А.....	77
НЕКРАСОВ А.И., ЛУГОВАЯ Л.А. Клинико-морфологические особенности узлового зоба у пациентов с недавним анамнезом COVID-19.....	78
НОВОЖЕНОВ В.Г., ТЕРЯЕВ А.С., ВОЛЧЕК И.А. Эффективность ингибиторов янус киназ в составе фармацевтической композиции.....	79
ОЛЬШАНСКАЯ И.И., ЦАРУКЯН А.А., ЩЕТИНИН Е.В., КУНИЦИНА Е.А. Внебольничные пневмонии, вызванные <i>Mycoplasma pneumoniae</i> – выбор антибиотика в условиях нарастающей резистентности.....	80
ОМБУ Р.О., ОСИПЯНЦ Р.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ВЕЛЬМАКИН С.В. Болезнь Ормонда в сочетании с плевральным выпотом.....	81
ПАВЛЕНКО В.В., АЛЕКСАНДРОВА С.Б., ТАМБИЕВА Ф.Х., КОЧКАРОВ Н.Н., ЛЫЧАГИН Д.В. Интрадуктальная папиллярная муцинозная опухоль поджелудочной железы: клиническое наблюдение.....	82

ПАВЛЕНКО В.В., АМИРХАНОВА Л.З., ПАВЛЕНКО А.Ф. Эндотелиальные молекулы адгезии ICAM-1 и ICAM-2 при язвенном колите.....	83
ПАВЛЕНКО В.В., ЕСЕНЕЕВА Г.А., НУРАЕВА Р.Р., ПАСЕЧНИК Ю.А., ТЕМИРОВА Г.А. Клинический случай коагулопатии у беременной с вирусным гепатитом В.....	84
ПАВЛЕНКО В.В., МУРАДБЕКОВА С.О., АЛЕКСАНДРОВА С.Б., КОНАРЕВА Я.Б., ЛОЗОВАЯ К.Д., РЫБАЛКО М.А. Клинический случай тяжелого течения язвенного колита, ассоциированного с первичным склерозирующим холангитом и артропатиями.....	85
ПАВЛЕНКО В.В., ПАВЛЕНКО А.Ф. Оксид азота как маркер воспаления при болезни Крона.....	86
ПАНИНА А.А., ПАВЛОВСКАЯ В.Н. Опыт лечения крапивницы, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией.....	87
ПОБЕДЕННЫЙ А.А. Структурно-функциональные нарушения тромбоцитов и микрогемоциркуляции у беременных женщин с ожирением.....	88
ПОБЕДЕННАЯ Г.П., СКИБА Т.А., ВАГИНА Ю.И. Бронхиальная астма и Covid-19.....	89
ПОБЕДЕННАЯ Г.П., СКИБА Т.А., ВАГИНА Ю.И., СТРЕКОЗОВА И.П., КОЗИЦКАЯ Ю.В. Уроки эпидемии Covid-19: здравоохранению, пациенту и врачу.....	90
ПОЗДНЯКОВА О.Ю., ДОХКАЕВА А.З., ДЫШЕКОВА Н.В. Молекулярно-генетические маркеры атопии у пациентов с бронхиальной астмой и <i>Helicobacter pylori</i> -ассоциированным хроническим гастритом.....	91
ПОЗДНЯКОВА О.Ю., ДЫШЕКОВА Н.В. Клинические и морфологические особенности течения <i>Helicobacter pylori</i> -ассоциированного хронического гастрита у пациентов с бронхиальной астмой.....	92
ПОРОДЕНКО Н.В., САВЧЕНКО Н.С., ЕРЕМИНА Я.А. Изучение выраженности тревожно-депрессивных нарушений среди студентов.....	93
ПРЕКИНА В.И., ЕСИНА М.В., ЕФРЕМОВА О.Н. Ремоделирование миокарда левого желудочка при артериальной гипертензии.....	94
РАДЖАБОВ О.В., БАТУРИНА М.В., ГРУДИНА Е.В. Возможность прогнозирования результатов лечения рака молочной железы с помощью определения в крови уровня альфа-N-ацетилгалактозаминидазы.....	95
РЕБРОВА О.А., БЛАГИНИНА И.И., БЛАГОДАРЕНКО А.Б., БЕШИМОВА Р.К. Терапевтические подходы к реабилитации больных с асептическим некрозом головки бедренной кости.....	96
РЕБРОВ Б.А., КНЯЗЕВА А.К., ПАХОМОВ Н.А., БЛУДОВА Н.Г. Факторы, влияющие на развитие НПВП-гастропатии у пациентов ревматологического профиля.....	97

РОМАНЕНКО М.Е., ВОРОБЬЕВ П.А., ВОРОБЬЕВ А. П., СОЛОВЬЕВА А.В., РОДИОНОВ А.А., ВАКУЛА Т.В. Проблема применения дистанционных технологий при диагностике патологий органа слуха и вестибулярного аппарата.....	98
РЫБАС А.В., БОЛТЕНКО М.Б., АФАНАСЬЕВА Е.Н., ЗВЯГИНА М.Н., РЫБАС В.А., ФОМИНЫХ Ю.А., БОРОДИНА Л.В. Опыт применения тирофибана у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.....	99
САДРИЕВА С.С., МУХАММЕДАМИНОВА Д.Т. Влияние гиперпролактинемии на уровень ингибина А в первом триместре беременности.....	100
САНЕЕВА Г.А., АНДРЕЕВА Е.И., УНАНОВА И.А., ФРАНЦЕВА А.П., КАМПУЕВА З.М., МУТЧАЕВА Ф.М., АВАЛИАНИ Д.А., ХОХЛОВА О.А Статус витамина D и его влияние на развитие кардиоваскулярной автономной нейропатии.....	101
САТТАРОВА Ф.И., ЧЕСНОКОВА А.С., САЛИМОВА Д.А. Осведомленность населения о заболеваниях щитовидной железы.....	102
СВИСТУН О.В. Перспективы диагностики бронхиальной астмы коморбидной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.....	103
СЕРГЕЕВА О.В., ЕВСЕВЬЕВА М.Е., ГОРЬКОВЕНКО М.В., КИРИЧЕНКО Н.А., НЕМЫКИНА А.С., КАРАКЕШИШЯН С.Л. О проблеме гипертензии белого халата во время беременности.....	104
СИЗОВА Л.В. Полиморбидность у пожилого пациента, перенесшего перелом бедра.....	105
СИТДИКОВА Д.М., КИТОВА И.В., КАЛЯМОВА А.В. Использование стволовых клеток в кардиологии.....	106
СКИБА Т.А. Системный оксидантный стресс и его составляющие у больных бронхиальной астмой в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.....	107
СКИБА Т.А., ЯРЦЕВА С.В., ПОБЕДЕННАЯ Г.П. Состояние неспецифической иммунорезистентности у больных бронхиальной астмой, сочетанной с сахарным диабетом 2 типа.....	108
ТАГИЕВА А.Т., ХАЛИУЛЛИНА И.И., САТТАРОВА Ф.И. Прогнозирование неблагоприятного воздействия стирола и дивинила на дыхательную систему.....	109
ТИМОФЕЕВА О.В., СКИБИЦКИЙ В.В., ФЕНДРИКОВА А.В. Динамика показателей артериальной ригидности у мужчин с артериальной гипертензией и тревожно-депрессивными расстройствами на фоне фармакотерапии.....	110
ТОЛОГОНОВА Э.А., ОСИПЯНЦ Р.А., ТРОИЦКАЯ Е.А. Вариабельный васкулит когана под маской спондилоартрита.....	111

ТУПИКОВА Т.Е., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В., АПУШКИНА Т.А. Приверженность к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий в зависимости от уровня тревоги и депрессии.....	112
УШАКОВА С.Е., ЗИМИНА Т.Ю., АЛЕКСАНДРОВ М.В., ПАЙКОВА А.С. Выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации.....	113
ФАТЕЕВА В.В., ВОРОБЬЕВА О.В. Феноменология когнитивных нарушений после COVID-19 у пациентов с фибрилляцией предсердий: результаты трехлетнего продольного исследования.....	114
ФАТЕЕВА В.В., МАЙОРОВА Л.А. Реабилитация пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями с использованием интерфейса «мозг-компьютер» на волне P300: результаты контролируемого рандомизированного исследования.....	115
ХАКУАШЕВА И.А., УМЕТОВ М.А., АРСАНУКАЕВА Х.М. Коррекция эндотелиальной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.....	116
ХРИПУНОВА И.Г., ХРИПУНОВА А.А. Бицикллол при синдроме цитолиза гепатоцитов у пациентов с ревматоидным артритом...	117
ХРИПУНОВА И.Г. Бессимптомная гиперурикемия в клинической практике и методы ее коррекции.....	118
ХРУЩЕВА Д.Д., СОЛДАТОВА Г.С., ПАЛЬЦЕВ А.В., ПЕТУХОВА А.В. Особенности течения хронического панкреатита на фоне описторхозной инвазии.....	119
ЦАРУКЯН А.А., БАТУРИНА М.В. Снижение терапевтического действия противодиабетических средств и бета-адреноблокаторов на фоне развития лекарственной непереносимости.....	120
ЧАГАЙ Н.Б., ХАЙТ Г.Я., КОЛОСОВСКАЯ А.В., КОЛОМОЙЦЕВА И.И. Скрининг первичного гиперпаратиреоза – важное условие ранней диагностики заболевания.....	121
ЧАЙКА Н.В., БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П., ВАГИНА Ю.И. Показатели эндогенной метаболической интоксикации при внегоспитальной пневмонии у больных с субклиническим гипотиреозом.....	122
ЧИГАКОВА И.А., СТРОКОВА О.А., БЕЗЧАСНЫЙ К.В., М.А. ПОЗДНЫШЕВ М.А. Нарушения вегетативной сферы в структуре амбулаторно-поликлинической службы.....	123
ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х., ПЛОТНИКОВА О.А., ПИЛИПЕНКО В.В., АЛЕКСЕЕВА Р.И. Частота выявления дефицита витамина В12 у пациентов сахарным диабетом 2 типа принимающими метформин.....	124
ШЕЕНКОВА М.В., ЯЦЫНА И.В. Структура сердечно-сосудистого риска медицинских работников.....	125
ШКЛЯЕВ А.Е., АНДРЕЕВА О.В., ЗАМЯТИНА С.Г., КИРЬЯНОВ Н.А. Клиническое наблюдение AL-амилоидоза с множественными органными поражениями.....	126

ШКЛЯЕВ А.Е., ЦЕЛОУСОВА А.А. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с хронической болезнью почек.....	127
ШПАКОВ Д.С., ЕРЕМЕНКО А.М., МИНАСОВА Е.Н. ТЭЛА, ассоциированная с тромбофилией.....	128
ЮЖАКОВА Е.В. Опыт применения фиксированной комбинации алоглиптина и пиоглитазона у пожилых пациентов с сахарным диабетом.....	129

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

АГРАНОВИЧ Н.В., БАБАШЕВА Г.Г., ЗНАМЕНСКАЯ И.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса (ХСНпФВ) без своевременной медикаментозной терапии, как правило, достаточно быстро переходит в ХСН с низкой ФВ (ХСНнФВ).

Цель. Провести анализ назначаемой медикаментозной терапии (в соответствии с клиническими рекомендациями) и приверженность к ней пациентов с симптоматичной ХСНпФВ на амбулаторном этапе лечения.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование, ретроспективный анализ 48 амбулаторных карт пациентов старше 20 лет (26 мужчин и 22 женщины), имеющих ХСНпФВ ЛЖ.

Результаты. Средний возраст больных составил $66 \pm 9,1$. Средняя ФВ составила в среднем $45 \pm 9,5\%$. Проанализировано назначение основных классов препаратов, рекомендованных для лечения данной категории больных. Оказалось, что чаще всего назначались препараты из группы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) – 42 человек (90,5%): сартаны - 21 пациент (52,6 %), иАПФ - 15 человек (36,8 %). Кроме того, в сочетании с данными препаратами назначались бета-адреноблокаторы - 29 пациентам (74,6%), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) - 19 пациентам (62,5%). Наибольшее количество пациентов была назначена тройная терапия 31 человек (62,1%), терапия из двух препаратов 11 пациентам (24,2%), монотерапию получали 6 пациентов (13,7%). Так же необходимо отметить, что все пациентам из анализируемой группы с ХСНпФВ на амбулаторном этапе, которым был назначен хотя бы один препарат из рекомендуемых основных трех классов регулярно принимали назначенное лечение.

Заключение. Таким образом, препараты, рекомендованные к применению у пациентов с симптоматичной ХСНпФВ действующими клиническими рекомендациями, назначаются амбулаторными врачами не в полном объеме.

СТРУКТУРА ИНВАЛИДНОСТИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

АГРАНОВИЧ Н.В., КНЫШОВА С.А., БАБАШЕВА Г.Г., АЛЕКСАНДРОВА О.А., БАБЕНКО Д.В., КАРАГОДИНА В.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Изучить нозологическую структуру инвалидности взрослого населения г. Ставрополя за 2022–2023 гг. по классам и отдельным болезням Международной классификации болезней.

Материалы и методы. На базе городской поликлиники №1 г. Ставрополя осуществлен ретроспективный анализ направлений на медико-социальную экспертизу 63 человек. Изучались пол, возраст, группа инвалидности и основные классы болезней. По возрасту пациенты были разделены: до 44 лет, 45-59, 60-74, 75-89, старше 90 лет.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2010. Вычисляли процентные соотношения, t критерий Стьюдента, критерий хи-квадрат Пирсона. Статистически достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты. Из 21 мужчины и 42 женщин- инвалидность I группа – у 20%, II — 12%, III — 68%. Женщины получали инвалидности в 2 раза чаще мужчин. Наиболее частая причина инвалидности - заболевания системы кровообращения (ССЗ)-40%, у женщин достоверно чаще отмечалась цереброваскулярная патология (ЦВЗ), а у мужчин ишемическая болезнь сердца (ИБС). Злокачественные новообразования (ЗН) выявлены в 28%. 16% - болезни костно-мышечной системы (БКМС), по 8% на болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и терминальную почечную недостаточность (ТПН).

В структуре инвалидности женщин преобладали ЗН (41,2 %), из них рак сигмовидной кишки 28,6%, ССЗ — 29,4%, 40% которых ЦВЗ, БКМС- 17,6%, болезни ЖКТ -11,8%. Чаще инвалидности получали в возрасте 60-74 лет (41,2%), лица молодого и пожилого возраста по 17,6%. Структура инвалидности мужчин: на первом месте ССЗ — 62,5%, из них 60% ИБС, ТПН— 25%; БКМС – 12,5%. Группу инвалидности чаще получали лица среднего возраста 37,5%, лица молодого и пожилого возраста 12,5% и 25% соответственно.

Заключение. 1. В структуре инвалидности за 2022-2023 гг. в г. Ставрополе преобладали заболевания системы кровообращения (мужчины) и злокачественные новообразования (женщины). С возрастом увеличивалась доля ССЗ, а ЗН чаще встречались в более молодом возрасте. 2. Среди ССЗ у женщин чаще наблюдается ЦВЗ, а у мужчин ИБС. Среди ЗН более распространены новообразования ЖКТ.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

АГРАНОВИЧ Н.В., КНЫШОВА С.А., ПИЛИПОВИЧ Л.А., ЛИХАЧЕВА А.П., ХВАТАЛИН Н.Е.,
МАГОМЕДОВА Н.М.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Изучить клинический профиль пациента, получающего первичную специализированную помощь по поводу ХБП.

Материалы и методы. Проанализированы данные 100 пациентов (76 женщин (Ж) и 24 мужчин (М)) с диагнозом ХБП, обратившихся к нефрологу СКККДЦ г. Ставрополя за 2 месяца 2023 года. Медиана возраста 62,0 [48,0;72,0] года. Оценивали: жалобы, сопутствующие патологии, стадию ХБП (по расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ)). Исследуемые поделены на группы в соответствии с полом и возрастом по классификации ВОЗ. Статистическая обработка проводилась с использованием электронных таблиц «EXCEL» и программы StatTech v. 3.1.10 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. ХБП 1 стадия выявлена у 17,1% Ж и 12,5% М. ХБП 2 преобладала в группе Ж (32,9%) и М (33,3%). В группе лиц среднего возраста обоих полов преобладала ХБП 2 стадии. ХБП 3а стадии в группе М и Ж имели сходную распространенность (21,1% и 20,8% соответственно). ХБП 3а у женщин пожилого возраста – 36,7%, мужчин 75 – 89 лет 100%. ХБП 3б стадии обнаружена у 18,4% Ж и 29,2% М. ХБП 3б стадии у половины женщин 75 - 89 лет и мужчин 60- 74 лет. У 10,5% Ж и 4,2% М выявлена 4 стадия ХБП. 5 стадия ХБП не встречалась. Тяжесть стадии ХБП коррелировала с возрастом, при этом почечная недостаточность у лиц 75-89 лет выявлялась среди женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Самая частая жалоба у пациентов – повышение артериального давления (АД) – 68%. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы наблюдалась у 65% исследуемых (М и Ж), у 36% выявлены хронические респираторные заболевания.

Заключение. 1. В амбулаторной практике ХБП 1 и 2 стадии была более распространена среди лиц молодого и среднего возраста обоих полов. Чаще всего обращаются за первичной специализированной помощью к нефрологу с повышением АД. 2. Тяжелые формы ХБП чаще диагностируются у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

ВЛИЯНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ НА ПОЧЕЧНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ ХОБЛ

АГРАНОВИЧ Н.В., ПИЛИПОВИЧ Л.А., МАЦУКАТОВА В.С., КЛАССОВА А.Т.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Общность факторов риска, наличие хронического системного воспаления, высокая степень атерогенеза определяют необходимость изучения функции почек у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В исследование включены 119 пациентов, страдающих ХОБЛ разной степени тяжести, в возрасте 60 – 82 года, из которых мужчины составили 60,1% и женщины 39,9%. Более половины пациентов – 65,4% (77 больных) имели среднюю степень тяжести ХОБЛ (1 группа), остальные 33 пациента (34,3%) с тяжелым течением ХОБЛ вошли во вторую группу. Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения больницы СМП г. Ставрополя и городских поликлиник г. Ставрополя. Определяли: С-реактивный белок (СРБ), гомоцистеин – (ГЦ), креатинин (Cr), мочевины (Ur), фактор некроза опухоли – (TNF- α), интерлейкин (ИЛ) ИЛ-6, ИЛ-8, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), по формуле СКД-ЕРІ. В течение исследования проведено 4 контрольных визита (обследования): первичное обследование, через 3 и 6 и 12 мес.

Результаты. В результате проведенного исследования выявлено, что наиболее высокие показатели СРБ, ИЛ-6, ИЛ-8 наблюдались у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ. СКФ меньше 60 мл/мин/1,73 м² была выявлена у 76 больных (65%), из них у 47,7% впервые. Также установлено, что креатинин сыворотки крови был выше нормы у 28,9% пациентов первой группы и 51,7% второй группы. У 18,6 % больных ХОБЛ и у 93% пациентов с ХОБЛ в сочетании с ХБП выявлен повышенный уровень TNF- α . У всех больных ХОБЛ и ХБП со сниженной СКФ было отмечено повышение уровня гомоцистеина.

Выводы. Полученные данные наглядно демонстрируют, что показатели эндотелиальной дисфункции значимо повышены у коморбидных больных с ХОБЛ и ХБП, имеющих более тяжелое течение ХОБЛ. Выявлено, что гомоцистеин имеет достоверно повышенные значения до клинических проявлений ХБП и определялся при небольшом снижении СКФ, прямо коррелирует со степенью тяжести ХБП и выраженностью ЭД.

Заключение. *В связи с этим, для ранней диагностики ХБП у больных с ХОБЛ необходимы определение и контроль динамики маркеров эндотелиальной дисфункции в течение всего заболевания.*

ASIA- СИНДРОМ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

АКБАЕВА М.К.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. У женщины 53 лет, массажиста, в августе 2022 года произошел разрыв силиконового импланта левой грудной железы, после чего были удалены оба импланта (однако часть силикона осталась в левой молочной железе). В сентябре 2023 года у нее развивается желудочно-кишечное кровотечение на фоне обострения язвенной болезни желудка, по поводу которого в хирургическом стационаре проведен эндоскопический гемостаз. Через 4 недели после этого появились жалобы на боли, припухлость, гиперемию в области проксимальных и дистальных суставов стоп, затем голеностопного сустава правой ноги, правого плечевого сустава, левого лучезапястного сустава. При обследовании выявлены в общем анализе крови лейкопения, анемия, тромбоцитопения, анаэозинофилия, при нормальных показателях лимфоцитов, ускорение СОЭ до 69 мм/час, повышение уровня ферритина, повышение титров АНФ до 5120 с ядерным гранулярным типом свечения (АС-2,4), и гипергаммаглобулинемия. В анамнезе - первичный синдром Рейно, подтвержденный капилляроскопией. Выставлен предварительный клинический диагноз «Аутоиммунный/аутовоспалительный синдром - ASIA (синдром Шонфельда), вызванный адьювантами, с генерализованной реакцией на остатки силиконового геля импланта левой молочной железы в виде асимметричного полиартрита, СКВ-подобного эритематозного поражения кожи, силикономы в области левой молочной железы, генерализованной слабости, усталости», осложненный подмышечной левосторонней лимфаденопатией. Проведенные в последующем дополнительные лабораторно-инструментальные исследования (УЗИ молочных желез, МРТ молочных желез, кровь на СА19,9, СА 125, СА 15-3, HLA DRB1, HLA DQB1) подтвердили выставленный диагноз.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Сложность в диагностике обусловлена неспецифичными симптомами и неоднородностью клинической картины, необходимостью исключения других причин, отсроченным по времени развитием клиники ASIA –синдрома (через 1,5 года). Трудности в лечении состояли в невозможности из-за лейкопении назначения иммунодепрессантов, поэтому пациентке были назначены ГКС и рекомендована левосторонняя мастэктомия.

Заключение. *После проведенной левосторонней мастэктомии и применения ГКС состояние пациентки стабилизировалось, исчезли клинические проявления и нормализовались общеклинические и биохимические показатели крови.*

Несмотря на то, что ASIA-синдром является редким состоянием, необходимо сохранять настороженность в связи с ростом популярности и доступности косметических процедур. Встречая пациентов с такой неспецифичной клинической картиной, необходимо тщательно собрать анамнез. Особое внимание следует уделять наличию аутоиммунных заболеваний у пациента и его семьи.

ПРОФИЛАКТИКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

АККАЕВА М.Р., УМЕТОВ М.А.

ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик, Российская Федерация

Актуальность. Ожирение во всем мире достигает масштабов эпидемии, им страдает 40% населения. Это приводит к увеличению риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) повышение расходов системы здравоохранения.

Цель исследования: оценить кардиометаболический риск и его связь с бессимптомным атеросклерозом в неорганизованной популяции Кабардино-Балкарской Республики.

Материалы и методы. В исследование было включено 132 респондента, в возрасте от 35–74 лет без тяжелой сопутствующей патологии, проживающих на разных территориях Кабардино-Балкарской республики. Все жители, проходившие исследование, после анкетирования были разделены на 2 группы: 1 группа-жители высокогорья, 2 группа – жители равнины.

Респондентам провели: анкетирование, биоимпедансометрию (Биоимпеданс AccunIQ BC 380), определение показателя функции эндотелия (компьютерный фотоплетизмограф ЭЛДАР Эндо), УЗИ брахиоцефальных артерий, ЭКГ.

Результаты. При анализе показателей систолического артериального давления (САД) Средние показатели САД в группе I оказались выше, чем в группе II ($p=0,038$). Оценка показателей диастолического артериального давления (ДАД) показала наличие диастолической гипертензии в обеих группах, среднее значение ДАД составила $92,9 \pm 1,2$ мм рт ст. И оказалась выше в группе I- Высокогорье. Средние значения показателя УВЖ (уровня висцерального жира) составили $3,4 \pm 1,2$, где данный показатель не должен превышать 11 баллов. В группе I-высокогорье показатель равен в среднем $9,2 \pm 1,1$, тогда как в группе II-равнина – $14,3 \pm 1,3$. Показатель УВЖ имел лучший показатель в группе I – Высокогорье ($p=0,026$). Средние значения показателя УВЖ составили $13,4 \pm 1,1$, где данный показатель не должен превышать 11 баллов.

Заключение. *Полученные результаты остаются дискуссионными, так как данные, полученные в разных исследованиях, остаются противоречивыми. Однако наши результаты свидетельствуют о том, что у пациентов, длительно проживающих в условия высокогорья наблюдается более высокий риск кардио-метаболических осложнений. Можно предложить, что это вызвано кислородным голоданием, вследствие которого происходит активация симпатической нервной системы, что приводит к вазоспазму, запуская механизмы повышения артериального давления.*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АЛЕКСАНДРОВА К.С.

ФГБОУ ВО ЧГУ ИМ. И.Н. УЛЬЯНОВА, г. Чебоксары, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент С. 60 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на кожный зуд всего тела, беспокоящий особенно по ночам, пожелтение кожи и склер, потемнение мочи, осветленный, оформленный кал без примесей. Из анамнеза – пациент работал около сорока лет на заводе, контактировал со смазочно-охладительной жидкостью. Алкоголь не употреблял, не курил.

Была проведена диагностика. По лабораторным показателям - гипербилирубинемия, повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и щелочной фосфотазы. Было подозрение на вирусное поражение печени. Однако, результаты на вирусные поражения печени были отрицательными. По ультразвуковому исследованию органов брюшной полости было выявлено увеличение и диффузные изменения печени и поджелудочной железы. По магнитно-резонансной томографии было выявлено мешотчатое расширение внутрипеченочных желчных протоков, преимущественно в левой доле печени. Было подозрение на болезнь Кароли. Однако, эта версия не подтвердилась, поскольку была проведена дополнительная диагностика – определение опухолевых маркеров альфа-фетопротеина, раковоэмбрионального антигена СЕ А и СА 19-9. Пациенту был поставлен диагноз: холангиокарцинома (опухоль Клатскина). Пациенту была назначена хирургическая операция в комплексе с химиотерапией и лучевой терапией.

К сожалению, в настоящее время, лечение холангиокарциномы сложное, малоэффективное. Операбельными считаются менее 20% пациентов. Без лечения пациенты могут умереть в течение 4-6 месяцев. Послеоперационная летальность колеблется от 3,5 до 15 %.

Заключение. *Представленный случай демонстрирует сложность диагностики и лечения относительно редкого заболевания – холангиокарциномы. Вероятность подобных заболеваний должна учитываться при ведении пациентов с подобной клинической симптоматикой.*

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ – СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ

АЛЕКСАНДРОВА О.А., АГРАНОВИЧ Н.В., АНОПЧЕНКО А.С., АГРАНОВИЧ В.О.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Изучить частоту и характер сердечно-сосудистых осложнений среди пациентов молодого и среднего возраста, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материалы и методы. Обследовано 54 амбулаторных пациента в возрасте от 25 до 59 лет, обратившихся к участковому врачу в поликлиниках г. Ставрополя. Все пациенты перенесли коронавирусную инфекцию в период с 2021 по 2023 год (не менее 6 месяцев назад). Большинство обследуемых предъявляли жалобы на перебои в работе сердца (тахикардию), снижение толерантности к физической нагрузке, одышку, ортостатическую непереносимость. Всем пациентам проводилось анкетирование, общее клиническое лабораторное исследование, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), нагрузочное тестирование (велозргометрия и тест с 6-минутной ходьбой).

Результаты. По анализу результатов ХМ ЭКГ пациенты были разделены на 2 группы. Среди пациентов первой группы (42 человека) были выявлены тахикардия или тенденция к тахикардии в дневные часы или в течение суток, вариабельность ритма сердца резко снижена. У пациентов второй группы (12 человек) эктопическая активность в виде наджелудочковых, желудочковых экстрасистол регистрировалась в течение суток в патологическом количестве, но без высоких градаций (0;1;2 классы градации по Lown). Нагрузочное тестирование выдержали все пациенты обеих групп. Толерантность к физической нагрузке высокая или средняя. У 45% всех пациентов нагрузочный тест оценивался как отрицательный. У 55% первой группы регистрировались одиночные экстрасистолы, отмечалась избыточная пульсовая реакция, гипертензивная реакция на нагрузку, замедленное восстановление ЧСС в восстановительном периоде, а у 4 пациентов первой группы зарегистрирована патологическая эктопическая активность на высоте нагрузки. У 32% второй группы проба расценивалась как сомнительная из-за нагрузочных индуцированных нарушений ритма (желудочковая аллоритмия).

Заключение. *Таким образом, среди пациентов с постковидным синдромом чаще выявляются нарушения ритма в виде синусовой тахикардии и экстрасистолии, что нередко может трансформироваться в более сложные нарушения ритма при физической нагрузке. Это обосновывает необходимость диспансерного наблюдения терапевтом всех больных после перенесенного COVID 19 как минимум в течение 6 месяцев, а при развитии сердечно-сосудистых осложнений – кардиолога с последующим подбором терапии и методов реабилитации.*

КОМПЛЕКСНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

АЛФЕРОВ В.В., ПАВЛЕНКО В.В., АЛЕКСАНДРОВА С.Б., ЕСЕНЕЕВА Г.А., ЛАСКОВА А.А.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Изучение состояния нижнего пищеводного сфинктера (НПС) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с рефлюкс-эзофагитом.

Материалы и методы. Обследовано 53 больных (29 женщин, 24 мужчин, средний возраст $40,7 \pm 3,2$ лет) с ГЭРБ, имеющих эрозивное поражение пищевода с рефлюкс-эзофагитом А-С степени по Лос-Анджелесской классификации (1995 г.). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольца со средним возрастом $26,7 \pm 1,4$ лет. Использованы следующие методы: эндоскопия, внутриводная манометрия, 24-часовая рН-метрия. Полученные результаты прошли статистическую обработку с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Уилкоксона, при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. У больных ГЭРБ выявлено укорочение общей длины нижнего пищеводного сфинктера ($29,7 \pm 1,4$ мм) в сравнении с контрольной группой ($39,4 \pm 1,8$ мм), $p < 0,001$. Укорочение происходило преимущественно за счет уменьшения длины абдоминального отдела ($6,2 \pm 1,2$ мм и $17,5 \pm 1,2$ мм соответственно, $p < 0,001$), длина грудного отдела составила $23,5 \pm 1,7$ и $21,9 \pm 1,8$ мм соответственно. Показатели давления покоя, абдоминального и грудного отделов, а также показатели среднего-респираторного давления составили $10,7 \pm 0,5$, $12,8 \pm 1,0$, $16,0 \pm 1,2$ и $8,7 \pm 0,9$ мм рт. ст. В контрольной группе данные параметры составили $19,1 \pm 1,2$, $21,4 \pm 0,9$, $16,5 \pm 1,1$ и $15,6 \pm 1,5$ мм рт. ст., соответственно. При этом у больных ГЭРБ снижение давление покоя, абдоминального отдела и среднего-респираторного давления носило статистически значимый характер ($p < 0,001$). У пациентов с ГЭРБ показатели остаточного давления, а также продолжительность релаксации НПС существенно не отличались от параметров контрольной группы ($1,0 \pm 0,3$ и $0,8 \pm 0,2$ мм рт. ст., $8,1 \pm 0,6$ и $6,3 \pm 0,9$ с соответственно). При этом степень релаксации была ниже у больных ГЭРБ ($87,3 \pm 2,1$ и $98,6 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$).

Заключение. Комплексная оценка состояние НПС позволила выявить выраженные нарушения как в структуре, так и функциональном состоянии НПС у больных эрозивной формой ГЭРБ. Укорочение длины НПС приводит к формированию его функциональной некомпетентности, это проявляется в снижении давления покоя и нарушении релаксации НПС. А это, в свою очередь, приводит к усилению повреждения слизистой оболочки пищевода агрессивным рефлюктом.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПЕРВОГО ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, АССОЦИИРОВАННОГО С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

АМИРОВА Н.У.

ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер», г. Ставрополь

Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) в общей популяции составляет 1-2%. Систематическое мониторирование ЭКГ позволяет выявить ФП у каждого двадцатого пациента с острым инсультом, т.е. значительно чаще, чем стандартная ЭКГ в 12 отведениях. ФП может долго оставаться не диагностированной (бессимптомная ФП), и многие больные с ФП никогда не госпитализируются в стационар. В большинстве случаев ФП начинается с коротких и редких эпизодов, которые постепенно становятся более длительными и частыми. Со временем (через годы) у многих больных возникают стойкие формы ФП. При этом заболевания, связанные с наличием ФП, являются скорее маркерами общего сердечно-сосудистого риска и/или поражения сердца, а не только этиологическими факторами в отношении аритмии.

Цель. Рассмотреть предрасполагающие факторы риска развития первого пароксизма неклапанной фибрилляции предсердий (ФП) и провести оценку антитромботической терапии в группе пациентов, поступивших на стационарное лечение и оценить эффективность антитромботической терапии, проводимой на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 650 пациентов с первым пароксизмом ФП, госпитализированных в ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер» г. Ставрополь. Средний возраст пациентов в этих группах составил $65,9 \pm 0,9$ лет.

Результаты и обсуждение. Гендерный анализ значимых отличий в частоте встречаемости НМК на фоне нарушения ритма по типу ФП не выявил: среди мужчин и женщин ФП и НМК встречались практически одинаково: 48% (312 чел.) – у мужчины и 52% (338 чел.) – у женщин. В 89,4% (581 чел.) случаев диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) с длительностью более 10 лет, при этом у 82% больных диагностирована 2 стадия артериальной гипертензии. Оценка ИМТ показала, что ожирение имеется у 52,3% (каждого второго пациента). На долю ишемической болезни сердца (ИБС) приходится 79,7% (518 из 650 чел.). Сахарный диабет (СД) имели 5,7% (37 чел.). Сочетание ИБС+ГБ+ожирение имели 287 чел. (44,1%), и ИБС+ГБ+ожирение+СД 2 имели 36 пациентов (5,5%). Анализ историй болезни показал, что у пациентов, имевших стигмы метаболического синдрома первый пароксизм ФП протекал более длительно и потребовал для восстановления синусового ритма введения пропafenона и кордарона, как на догоспитальном этапе, так и при госпитализации в стационар. В большинстве случаев на догоспитальном этапе не была проведена антитромботическая терапия, необходимая в случае пароксизма ФП.

Заключение. *Таким образом, с увеличением у одного больного маркеров общего сердечно-сосудистого риска (ИБС, ГБ, ожирение, СД 2) первый пароксизм неклапанной ФП протекает тяжелее и требует разнообразной антиаритмической терапии. Следует рассмотреть комплексный подход к коррекции факторов риска сердечно-сосудистых осложнений с целью профилактики развития пароксизмов ФП.*

СЛУЧАЙ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

АНДРЕЕВА Д.В., БУРСИКОВ А.В., ВАЛИУЛЛИНА Е.Ш.

ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация
ОБУЗ «Городская клиническая больница» №7, г. Иваново, Российская Федерация

С узловой эритемой (УЭ) сталкиваются врачи многих специальностей, что обусловлено разнообразием ее этиологических факторов. У беременных УЭ диагностируется в 1,9%-10,9% случаев, чаще в I триместре и возможно обусловлена гормональными изменениями и активацией хронических заболеваний. В связи с этим, представленный клинический случай имеет определенный интерес.

Описание клинического случая. Пациентка М., 19 лет, переведена из гинекологической клиники с жалобами на лихорадку до 37,7-39 С, боли в нижних конечностях при ходьбе, высыпания на коже голеней, увеличение пахового лимфоузла слева. Из анамнеза: 7 дней назад была госпитализирована в гинекологическое отделение с болями в нижних отделах живота. При обследовании было диагностировано обострение хронического эндометрита и погибшая беременность в сроке 5 недель. На третий день пребывания в стационаре у пациентки повысилась температура до 37,7 С появились боли и высыпания на нижних конечностях и увеличение пахового лимфоузла слева. Больная была осмотрена терапевтом и поставлен предварительный диагноз УЭ. В связи с этим после прерывания беременности больная была госпитализирована в терапевтическое отделение для дальнейшего обследования и лечения. При осмотре состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 37,7С, на коже обеих голеней определяются подкожные образования диаметром 2-3 см умеренно болезненные, кожа над ними багрово-синюшная, теплые на ощупь. В левой паховой области пальпируется болезненный конгломерат лимфоузлов диаметром 5 см, другие группы лимфоузлов не пальпируются. ЧД 14 в минуту. При аускультации легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме, тоны сердца при аускультации ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, шумов нет. АД 110/70 мм.рт.ст. С целью уточнения диагноза больному были проведены дополнительные лабораторно-инструментальные обследования и выявлены следующие отклонения: в клиническом анализе крови лейкоцитоз (12,4 г/л) и повышение СОЭ до 39 мм/ч. Исследование крови на ВИЧ, RW, гепатиты – отрицательны, биохимические анализы крови за период наблюдения оставались в пределах референсных значений, кроме СРБ повышение до 13,8 мг/л. Клинический анализ мочи без патологии. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 81 в мин., вертикальное положение ЭОС. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено. УЗИ органов брюшной полости, эхокардиография, патологии не выявлено. УЗДС сосудов нижних конечностей – патологии со стороны вен и артерий не выявлено, определяются узи признаки пахового лимфаденита слева. В течение 8 дней больная получала цефтриаксон в дозе 1000 мг/сутки, дексаметазон 4 мг/сутки. На этом фоне температура нормализовалась на вторые сутки, к концу лечения боли в нижних конечностях исчезли, высыпания на коже голеней побледнели. В клиническом анализе крови лейкоцитоз сохранялся на уровне 13,3 г/л, СОЭ снизилась до 15 мм. час, в биохимическом анализе крови уровень СРБ снизился до 3,1 мг/л. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендована консультация ревматолога для дальнейшего обследования.

Заключение. Таким образом, в описанном клиническом случае показана многофакторность развития УЭ у пациентки. В качестве этиологического фактора здесь нельзя исключить как беременность, так возможную инфекцию и наличие хронических заболеваний. Поэтому только совместное наблюдение врачами нескольких специальностей позволит выбрать правильную тактику ведения данной больной с УЭ.

ЗАВИСИМОСТЬ ЗНАЧЕНИЯ DEMEESTER У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОТ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

АНДРЕЕВА Е.И., КАМПУЕВА З.М.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время наблюдается лавинообразный рост числа людей, страдающих избыточной массой тела и ожирением, а также ассоциированных с ними заболеваний. Согласно проведенным крупным эпидемиологическим исследованиям, имеются доказательства, подтверждающие наличие связи между ожирением и ГЭРБ.

Цель. Выявить зависимость между значением индекса DeMeester и индексом массы тела, объемом висцеральной жировой ткани, провоспалительными факторами у пациентов, страдающих ожирением и ГЭРБ.

Материалы и методы. В исследование были включены 150 пациентов с установленным диагнозом «Ожирение» и «ГЭРБ». Средний возраст составил – $50,6 \pm 0,75$. Среднее значение ИМТ – $40,5 \pm 0,36$ кг/м². Статистический анализ полученных результатов измерений выполняли с применением прикладных программ STATISTICA 12 (StatSoft Inc., США). Для выяснения зависимости индекса DeMeester (зависимая переменная) от индекса массы тела, объема висцеральной жировой ткани, уровней провоспалительных факторов в сыворотке крови (IL6, С-реактивный белок, ФНО) и содержания в крови лептина был проведен множественный регрессионный анализ. При этом был использован пошаговый отбор переменных. Проводилась проверка предикторных переменных на коллинеарность. Был также проведен анализ остатков и дисперсии остатков.

Результаты. Проведение множественного регрессионного анализа выявило зависимость DeMeester (зависимая переменная) от одной предикторной переменной: уровень лептина в крови. При этом коэффициент множественной корреляции $R=0,44$; коэффициент детерминации $R^2=0,197$; adjusted $R^2=0,190$. Коэффициенты регрессии $\beta=0,44$; $B=0,4$; $p=0,0000$. Другие предикторные переменные оказались не значимыми. Проверка нормальности распределения остатков и проверка однородности остатков, показали, что рассчитанная регрессионная модель адекватна.

Заключение. *Выявленная зависимость DeMeester от уровня лептина в крови позволяет предположить, что состояние жировой ткани может определять особенности течения ГЭРБ у пациентов с ожирением.*

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРЗ У НЕРАБОТАЮЩИХ И РАБОТАЮЩИХ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ СТУДЕНТОВ

АНДРЕЕВА Е.А., МИКЕЛИЧ К.О., САТТАРОВА Ф.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Анализ заболеваемости студентов медицинских вузов с 2010 по 2016 г. показал, что за 6 лет общая заболеваемость студентов выросла на 37,9%. Группа факторов, входящих в образ жизни, по данным ВОЗ, оказывает влияние на организм человека в 50-55%. В частности, это нерациональное питание, частые стрессы, вредные привычки, малоподвижный образ жизни. Одним из немаловажных факторов, который сказывается на здоровье студентов является работа. Студенты, совмещающие учебу с работой в медучреждениях, подвергаются большему влиянию эмоциональных и психологических факторов, чаще находятся в контакте с пациентами, что приводит к повышенному риску заражения инфекционными заболеваниями. Поэтому данная проблема сохраняет свою актуальность и на сегодняшний день.

Цель. Изучить влияние неблагоприятных факторов на здоровье студентов, работающих медицинским персоналом.

Материалы и методы. Проводилось анкетирование и последующая обработка полученных данных.

Результаты. В опросе приняли участие 58 человек, из них в медицинских учреждениях работают 11 человек, что составляет 18,9% от общего количества. Среди опрошенных простудными заболеваниями более 4-х раз в год выявлено у 5 человек, что составляет 8,62% (из них 0% работающих); Герпетическая инфекция слизистых оболочек более 3-х раз в год встречается у 2 человек, соответствует 3,4% (из них работающих 0 человек); Жалобы на практически ежедневные головные боли наблюдалось у 2 человек – 3,4% (из них работающих 0 человек), часто (более 3 раз в неделю) – 19 человек – 32,8% (из них работающих 5 человек – 26,3%); Постоянное чувство раздражённости и невнимательности наблюдают 7 человек – 12,1% (из них работающих 7 человек — 28,6%); часто (более 3 раз в неделю) – 22 человека – 38,0% (из них работающих 6 человек – 27,3%).

Заключение. *В ходе исследования статистически значимых связей между работающими и неработающими студентами и их уровнем заболеваемости выявлено не было. Это, вероятно, связано с недостаточной величиной выборки. Однако, выявлена тенденция учащения головных болей, чувства раздраженности и невнимательности у работающих респондентов.*

АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

АНОПЧЕНКО А.С., АГРАНОВИЧ Н.В., КЛАССОВА А.Т., АГРАНОВИЧ О.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Анализ опыта работы на третьем этапе медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведен анализ эффективности комплексной медицинской реабилитации пациентов в возрасте от 30 года до 75 лет, проходивших лечение в ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический многопрофильный центр» в течение 2022 года.

Средний срок реабилитации для каждого пациента составил 12 рабочих дней.

Результаты. Анализ показал, что подавляющее большинство пациентов на реабилитацию направляется врачами-специалистами узкого профиля или участковыми терапевтами (228 пациента).

За отчетный период на восстановительное лечение были направлены пациенты со следующей патологией: постковидный синдром – 98 человека, болезни и травмы опорно-двигательного аппарата – 76 человека, патология нервной системы – 40 человек (26 человек с периферической нервной системы и 14 больных после перенесенного инсульта), перенесенный инфаркт миокарда – 14 человек.

На основе реабилитационного диагноза и с учетом реабилитационного потенциала формировались цель, задачи и индивидуальный план медицинской реабилитации (ИПМР). Основными компонентами ИПМР являлись комплексы лечебной физкультуры (с учетом функционального дефицита, ресурса физической и когнитивной толерантности, показаний и противопоказаний), физиотерапевтическое лечение, массаж, механотерапия, занятия на тренажерах с биологической обратной связью. Следует отметить, что преформированные физические факторы использовались практически у всех пациентов. Наиболее часто применялись локальная и общая магнитотерапия, воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением, лечение полихроматическим поляризованным некогерентным светом, ультразвуковая терапия и синусоидальные модулированные токи. Занятия на тренажерах с обратной биологической связью чаще всего использовались при восстановлении пациентов с постковидным синдромом и после перенесенного инфаркта миокарда. Механотерапия назначалась больным после эндопротезирования суставов или после длительного периода иммобилизации конечностей. Применялись роботизированная механотерапия и аппараты длительной пассивной мобилизации конечностей.

Результаты. На третьем этапе медицинской реабилитации в амбулаторных условиях показал, что у 93,4% пациентов (213 человека) реабилитационная цель была достигнута полностью, у 6,6% (15 чел.) – достигнута частично и они продолжили лечение.

Заключение. *Анализ опыта работы показал, что проведение реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях является важным этапом медицинской реабилитации, необходимым для дальнейшего восстановления как физического, так и психического здоровья пациента.*

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

АФАНАСЬЕВ Н.Е., БАТУРИН В.А., ПОЗДНЯКОВА О.Ю., КОШЕЛЬ Т.Е., СОЧИЛОВА С.Д.
ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника №5»
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»
ГБУЗ СК «Городская клиническая больница №3», г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Анализ бактериальной микрофлоры у пациентов с новой коронавирусной инфекцией и внебольничной пневмонией в условиях терапевтического отделения многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Проведено бактериологическое обследование мокроты у пациентов с COVID-19 и внебольничной пневмонией в многопрофильном стационаре ГБУЗ СК «ГКБ №3». Чувствительность выявленных в мокроте возбудителей к антибактериальным препаратам определяли диско-диффузионным методом.

Результаты. В нашем исследовании наиболее частым этиологически значимым агентом бактериальной природы при внебольничной пневмонии на фоне новой коронавирусной инфекции являлся *S.pneumoniae* (41,0%). Доля энтеробактерий и энтерококков составляла 16,6% и 12,5% соответственно. В структуре изолированной микрофлоры был выделен *C.albicans* (12,5%), на четвертом месте – синегнойная палочка *P.aeruginosa* (4,1%). Количество золотистого стафилококка составляло 7,25%. Грамотрицательный микроорганизм *A.baumannii* выявлен в 4,08%. *K.pneumoniae* индентифицирована в 3,25%. Были обнаружены случаи ассоциативного роста микроорганизмов: комбинация *E.faecalis* и *S.pneumoniae*, *P.aeruginosae* и *E.faecalis*, *C.albicans* и *A.baumannii*, а также тройная ассоциация: *K.pneumoniae*, *S.aureus*, *S.pneumoniae* и *E.faecalis*, *P.aeruginosae* и *E.coli*. Из поступивших в стационар пациентов с COVID-19 и внебольничной пневмонией эмпирическая антибактериальная терапия с первого дня была назначена в 92% случаев. Во время пандемии необоснованная практика введения в схему лечения антибактериальной терапии приводила к росту резистентности этиологически значимых микроорганизмов, что диктует необходимость использования бактериологической диагностики всем поступающим в стационар пациентам. При определении чувствительности к антибиотикам результаты исследований показали, что представители грам (+) флоры были высокорезистентны к фторхинолонам, макролидам, линкозамидам, тетрациклинам и сульфаниламидам, а грам (-) флора не чувствительна к цефалоспорином, аминогликозидам, пенициллинам, карбапенемам, фторхинолонам и сульфаниламидам.

Заключение. В структуре микробиоты при внебольничной пневмонии, ассоциированной с COVID-19, преобладала грамположительная кокковая флора, представленная в основном бактериями рода *Streptococcus*, резистентная к фторхинолонам, макролидам, линкозамидам, тетрациклинам, сульфаниламидам. Выявленные грамотрицательные изоляты семейства *Enterobacteriaceae* характеризовались резистентностью к цефалоспорином, аминогликозидам, пенициллинам, карбапенемам, фторхинолонам и сульфаниламидам.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ COVID-19 В РАННИЕ СРОКИ

БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х.

Центральный военный госпиталь, Узбекистан, Ташкент

Цель. Изучение клинико – функциональных данных больных новой коронавирусной инфекцией, на фоне противовирусной терапии с применением фавипиравира в разные сроки от начала заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 54 больных, в возрасте $38 \pm 5,9$ лет с установленным диагнозом (на основании ПЦР диагностики мазка из носа и зева) новая коронавирусная инфекция COVID-19, среднетяжелое течение с двухсторонней пневмонией (COVID КТ-1-2), находящихся на комплексной терапии (на основании 8-пересмотра, временных протоколов по лечению COVID-19) с применением противовирусного препарата (Фавипиравир по схеме). При исследовании сравнительно изучались сроки начала противовирусной терапии, клинические данные, данные контрольного МСКТ и содержание СРБ в крови.

Результаты. При изучении клинических данных (кашель, одышка, повышение температуры тела) у больных, которые обратились сразу на 1-е сутки после выявления коронавирусной инфекции ($n=22$), при назначении фавипиравира по схеме, отмечалось улучшение всех показателей, температура снижалась до субфебрилитета или до нормы, содержание СРБ в сыворотке крови достоверно снижалось в 2-3 раза от исходного ($p < 0,5$), даже без применения антибактериальной терапии. У этих же пациентов при исследовании МСКТ ОГК на 10 сутки, отмечалась положительная динамика с разрешением патологических очагов в легких. У больных, которые обратились на 4-5е сутки после выявления коронавирусной инфекции ($n=34$), при назначении фавипиравира по схеме, отмечалось недостоверное улучшение общего состояния, температура относительно снижалась до субфебрилитета, содержание СРБ в сыворотке крови не имело значительной положительной динамики, иногда (в 5 случаях) даже отмечалась отрицательная динамика, пациентам приходилось применять антибактериальную терапию, иногда с применением двух антибиотиков. Этим пациентам приходилось в динамике на 5-7 сутки проводить повторное МСКТ ОГК. При ухудшении состояния, менялась схема лечения, с применением инъекционного варианта противовирусного препарата (Ремдесивир по схеме). А также у больных, которые обратились позже 5х суток, после выявления коронавирусной инфекции ($n=8$), учитывая самолечение пациентов до поступления в стационар, пациентам сразу рекомендовали Ремдесивир по схеме, с применением инъекционных антибиотиков. У пациентов отмечалось улучшение всех показателей, температура снижалась до нормы, содержание СРБ в сыворотке крови снижалось в 2-3 раза. У этих же пациентов при исследовании МСКТ ОГК на 10 сутки, отмечалась положительная динамика с тенденцией к разрешению патологических очагов в легких.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что у больных с COVID-19, при своевременном применении комплексной терапии с противовирусным препаратом, отмечалась положительная динамика, даже без применения антибактериальной терапии, что положительно влияет на социальное положение, а также снижает побочные влияния препаратов.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ COVID-19

БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х.

Центральный военный госпиталь, Узбекистан, Ташкент

Цель. Изучение влияния моноклональных антител, в частности препарата «Казирививимаб + Имдевивимаб» — комбинация рекомбинантных моноклональных антител, направленных против S-белка лабораторные данные у больных с новой коронавирусной инфекцией –Covid-19.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов с легким и со среднетяжелым течением новой коронавирусной инфекции в возрасте от 31 до 57 лет ($44,2 \pm 5,3$ лет), с длительностью заболевания не более 3х дней. Методом случайной выборки были сформированы 2 группы. Больные основной группы (n=22), получали антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут), противовоспалительную (парацетамол 1000 мг/сут), антиоксидантную (аскорбиновая кислота 5%-10,0 мл/сут) терапию, а также комбинацию моноклональных антител, препарат «Казирививимаб 1200 мг/мл + Имдевивимаб 1200 мг/мл» в/в, капельно, однократно. Группа сравнения (n=18) получала также антиагрегантную, противовоспалительную, антиоксидантную, противовирусную (Ремдесивир 100 мг по схеме) терапию в соответствии с временными стандартами по лечению новой коронавирусной инфекции Covid-19. В качестве контроля обследовано 10 практически здоровых лиц. Состояние иммунной системы оценивали до лечения и на пятый день лечения по следующим показателям: изменение содержания интерлейкина-6, прокальцитонина, ферритина, Д-димера, С-реактивного белка, витамина D в сыворотке крови и скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Результаты. Исходные данные у больных обеих групп были сопоставимы ($p > 0,05$) и характеризовались достоверным увеличением содержания ИЛ-6, ферритина, СРБ, СОЭ, Д-димера в сыворотке крови больных и уменьшением количества витамина D в сыворотке крови. При этом увеличение ИЛ-6 было более выраженным по сравнению с другими сравниваемыми показателями. Содержание ИЛ-6, на фоне препарата «Казирививимаб + Имдевивимаб» к контрольному сроку (5 дней от начала терапии) в основной группе достоверно снизилось ($p < 0,05$). Изменения этих показателей в контрольной группе были не столь выражены и носили недостоверный характер. Содержание ферритина имело тенденцию к снижению. Содержание СРБ, СОЭ и Д-димера исходно на ранних стадиях заболевания имело тенденцию к повышению, но к контрольному сроку содержание этих показателей были в пределах нормы. Изменения этих же показателей в группе сравнения были не столь выражены и носили недостоверный характер. К тому же в группе сравнения отмечалось некоторое увеличение показателей СРБ, СОЭ и Ферритина, клинические признаки катарального воспаления верхних дыхательных путей усиливалась. Содержание ферритина имело тенденцию к снижению. Включение в состав комплексной терапии препарата «Казирививимаб + Имдевивимаб» способствовало более раннему и достоверному снижению содержания интерлейкина-6.

Заключение. Таким образом исследование продемонстрировало, положительный эффект применения моноклональных антител на ранних стадиях заболевания, которое проявлялось отсутствием или исчезновением клинических признаков заболевания, достоверным снижением интерлейкина-6, а также тенденцией к снижению ферритина, Д-димера, СОЭ и СРБ в крови.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БРОНХОРЕИ

БАТУРИНА М.В., БАТУРИН В.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент Б., 72 года. Диагноз: ОРЗ. Сопутствующий: ХОБЛ, эмфизема легких, пневмофиброз. ИБС. Состояние после АКШ. В связи с ОРЗ пациент получал умифеновир (арбидол), амброксол. Ингаляционно ипратропия бромид+фенотерол (иброфенекс) на 2 мл физиологического раствора, затем будесонид (пульмикорт) на 2 мл физиологического раствора. Изначально в клинике заболевания наблюдался сухой кашель, на фоне проводимого лечения кашель перешел во влажный, с последующей бронхореей. Симптоматика была выражена столь ярко, что пациент не мог принять горизонтальное положение. При этом мокрота отделялась обильно прозрачная, либо слегка мучнистая, иногда – пенная, без гнойного компонента, повышение температуры тела отмечено не было. Уменьшение дозы амброксола, а затем и его полное удаление из терапии эффекта не дало. Дифференциальную диагностику затрудняло наличие сопутствующего анамнеза бронхо-легочных и сердечно-сосудистых заболеваний, и ОРЗ, протекающее в данный момент. При этом каждый из указанных факторов мог быть причиной развившейся бронхореи. Поскольку в анамнезе у пациента была поливалентная аллергия, в том числе лекарственная, и семейный анамнез также был отягощен по лекарственной аллергии, пациент был обследован на лекарственную непереносимость к препаратам, получаемым ингаляционно. Были выявлены иммунологические механизмы гиперчувствительности к иброфенексу. Циркулирующие иммунные комплексы 17,0% (норма до 10 %), тест альтерации лейкоцитов 12% (норма до 10%). На основании полученных данных обследования, иброфенекс был исключен из терапии, что привело к уменьшению бронхореи к вечеру того же дня, и полному исчезновению влажного кашля на следующий день.

Заключение. *Описанный клинический случай нетипичен. Логичнее было бы ожидать аллергического бронхоспазма на ингаляционное применение препарата. В то же время, случай показателен для лекарственной аллергии, он иллюстрирует важность осторожности в отношении непереносимости лекарств в практике врачей всех специальностей, но особенно врачей первичного звена здравоохранения.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ДЕКСАМЕТАЗОН

БАТУРИНА М.В., ВАСЮТОВА М.А.

ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии», г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент Р., 55 лет. Диагноз: узловатая чесотка. Аллергоанамнез не отягощен. Семейный аллергоанамнез не отягощен. Пациент по поводу основного диагноза госпитализирован в профильное ЛПУ, где получал комплексное лечение, в том числе — дексаметазон внутривенно-капельно. Пациент ранее госпитализировался в данное ЛПУ и получал то же самое лечение на протяжении трех лет. При втором внутривенном вливании у пациента развилась острая аллергическая крапивница, затем — ангионевротический отек. В связи с отсутствием в ЛПУ отделения ОИТАР была вызвана бригада СМП, транспортировавшая пациента в дежурную больницу. В процессе транспортировки бригадой СМП пациенту также был введен дексаметазон, в целях оказания помощи при острой прогрессирующей аллергической реакции без учета триггеров, способствовавших ее развитию. В отделении ОИТАР дежурной больницы пациенту снова был введен внутривенно-капельно дексаметазон, в сочетании с хлоропирамином внутримышечно. Триггеры развившейся аллергической реакции учтены не были. Аллергическая реакция была купирована с использованием плазмофереза к третьим суткам нахождения в ОИТАР.

Заключение. *Пациент выписан и направлен на консультацию аллерголога, где при обследовании обнаружены иммунологические механизмы гиперчувствительности к дексаметазону (ЦИК 36,4% (норма до 10%)). Дексаметазон к применению запрещен.*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ МИКОЗОВ

БАТУРИН В.А., ЦАРУКЯН А.А., ОЛЬШАНСКАЯ И.И., ФИШЕР В.В., ВОЛКОВ Е.В.,
ЕФРЕМОВА О.К., ЦВЕТКОВА С.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Российская Федерация

В период пандемии ковид-19 резко возросло количество больных с инвазивными респираторными микозами. Этому способствовало широкое применение глюкокортикостероидов и других иммуносупрессантов для борьбы с «цитокиновым штормом». Чаще всего развивались инвазивные кандидоз и аспергиллез. Диагностика инвазивных микозов достаточно сложна и требует комплексного подхода. К сожалению, классические бактериологические методы диагностики не всегда результативны, а данные выполненных анализов обычно удается получить обычно только через 5-7 дней. Поэтому в комплекс диагностических методов включаются ПЦР исследования, а также тесты с определением галактоманнана (для аспергиллеза) и (1-3)- β -D-Глюкана.

Цель. Изучить диагностическую ценность определения (1-3)- β -D-Глюкана у больных с инвазивными микозами, в том числе для оценки эффективности применения противогрибковых средств.

Материал и методы. У 136 больных, проходивших лечение в реанимационном отделении многопрофильного стационара, определяли хромогенным методом содержание (1-3)- β -D-Глюкана в сыворотке крови. У части пациентов исследование проводилось повторно, что позволяло проследить изменение показателя в динамике. У всех больных в анамнезе болезни массивное применение антибактериальных средств, перитонит, сепсис, COVID-19. Содержание (1-3)- β -D-Глюкана в сыворотке крови определяли с помощью тест-системы «Goldstream (1-3)- β -D-Глюкан (GCT-110T) (Хромогенный метод)» для *in vitro* определения клинических инвазивных грибковых инфекций.

Результаты. У обследованных больных в 82% проб было обнаружено повышение уровня (1-3)- β -D-Глюкана более 80 пг/мл, что рассматривалось как признак ИМ, учитывая клинические данные и результаты рентгенологического обследования. В 7,5% случаев содержание (1-3)- β -D-глюкана определялось в диапазоне 60-79 пг/мл, что расценивалось как сомнительный результат. В 10,5% проб значения были ниже 60 пг/мл, что говорило об отсутствии ИМ. При повторном определении у некоторых больных был обнаружен выраженный прирост (1-3)- β -D-Глюкана через несколько дней, что с большей надежностью позволило предполагать развитие ИМ и проводить коррекцию противогрибковой терапии. Анализ изменений уровня (1-3)- β -D-Глюкана в сыворотке крови при повторных определениях может служить ранним признаком эффективности лечения.

Заключение. Таким образом, определение (1-3)- β -D-Глюкана может быть полезным, как для решения вопроса о необходимости назначения противогрибковых средств, так и для оценки эффективности проводимой терапии.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

БЕЙБАЛАЕВА А.М., КУДАЕВ М.Т., ГАДЖИЕВА Т.А.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация

Актуальность. Роль влияния половых гормонов у мужчин и женщин с инфарктом миокарда (ИМ) на липидный профиль обсуждается давно, однако результаты этих исследований противоречивы. Кроме того, ряд авторов сообщает о влиянии дефицитов тестостерона и эстрадиола у женщин на развитие ишемической болезни сердца (ИБС), ожирения и дислипидемии, однако все исследования проводились у больных со стабильным течением ИБС.

Цель. Изучить связь половых гормонов больных с ИМ с показателями липидного обмена.

Материалы и методы. Оценивались концентрации общего тестостерона в крови у 45 мужчин (средний возраст - $56,2 \pm 10,4$) и эстрадиола у 36 женщин в постменопаузе (средний возраст - $59,2 \pm 0,7$), госпитализированных в инфарктное отделение РКБ СМП г. Махачкала с диагнозом ИМ. Также определялись показатели общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у пациентов с ИМ. Оценка силы связи между показателями производилась методом корреляционного анализа с определением коэффициента корреляции. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Средний уровень тестостерона у мужчин составил $3,2 \pm 1,9$ нг/мл, средний уровень эстрадиола у женщин - $44,74 \pm 3,17$ нг/мл. Между уровнем общего тестостерона в крови у мужчин с ИМ и ОХ установлена обратная статистически достоверная корреляционная связь средней силы ($R = -0,53$; $p = 0,036$). С другими показателями липидного спектра, а именно с ЛПНП и ТГ, концентрации общего тестостерона также демонстрировали обратную средней силы корреляционную связь, но без статистической достоверности. Между уровнем общего тестостерона и ЛПВП установлена прямая сильная корреляционная связь ($R = 0,96$; $p = 0,344$).

Между уровнем эстрадиола и концентрациями ТГ была выявлена статистически значимая обратная корреляционную связь ($R = -0,47$; $p = 0,046$). Между показателями эстрадиола и ОХ ($R = -0,24$; $p = 0,064$), показателями эстрадиола и значениями ЛПНП ($R = -0,26$; $p = 0,072$) корреляционная зависимость также была отрицательной, но слабой и статистически недостоверной. Корреляционная связь между эстрадиолом и ЛПВП ($R = 0,25$; $P = 0,365$) была положительной, слабой силы и статистически незначимой.

Заключение. Таким образом, приведенные результаты подтверждают значимую роль связи показателей тестостерона у мужчин и эстрадиола у женщин с ИМ с показателями липидного профиля.

ТРУДНОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ

БИЧИНОВ Е.А., ВВЕДЕНСКАЯ И.П.

«Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Российская Федерация

Пациентка Х, 70 лет. Одышка при физической нагрузке до 300м, выраженная общая слабость, потливость, t 37,6°. Общее состояние средней тяжести рост 157 см, вес 47 кг, Кожа и слизистые бледно-розовые. ПЖК развита недостаточно, отеков нет, шейные и подмышечные узлы безболезненные. ЧД 24. Sat 95% в покое. Аускультативно жесткое дыхание, единичные сухие хрипы в нижних отделах.

Заболела в 2014 г., была общая слабость и одышка, кашель. Рентгенография без особенностей. В 2015 г. на рентгенографии перибронхиальная инфильтрация и инфильтрация внутригрудных лимфатических узлов. Выставлен диагноз саркоидоз легких и внутригрудных лимфатических узлов II ст. Лечение: метилпред 6 таб в сут, витамин Е на протяжении 1,5 лет. – без заметной динамики.

В 2018 г. в легочных полях были обнаружены очаги инфильтрации, выполнена биопсия легких. Гистологически: очаги казеозного некроза и клетки Пирогова-Лангханса. В ПТД 3 режим ХТ - с отрицательной динамикой. ХТ прекращена. Микропрепараты пересмотрены в ФГБНУ «ЦНИИТ». Заключение: масс казеозного некроза и признаков туберкулеза не выявлено. Гранулематозное воспаление по саркоидному типу с вовлечением сосудов.

Постерапевтический патоморфоз. Гиалиноз лимфатических узлов. После полугодового лечения метотрексатом 6 таб, витамин Е, трентал, процесс стабилизировался. После отмены метотрексата в 2021г возникло обострение. В 2022 году перенесла коронавирусную инфекцию. В 2023г ухудшение. В феврале 2024 г, лечилась в СОКБ. КТ-легких: пневматизация легочной ткани неравномерная за счет разнокалиберных воздушных булл размерами 83*55 и выраженного диффузного фиброза. С двух сторон множественные мелкие очаги. Стенки бронхов утолщены, деформированы. Лимфатические узлы средостения и корней легких увеличены.

В пульмонологическом отделении проведено лечение: дексаметазон 0,5 мг 4 табл в сутки, пентоксифиллин 400 г, плазмоферез. Витамин Е 200.

Был выставлен диагноз Саркоидоз III ст. Буллезная эмфизема с наличием булл больших размеров. Диффузный пневмофиброз. Лимфаденопатия средостения.

Выводы:

- *Диагноз до конца неясен, несмотря на морфологический диагноз: туберкулёз? Саркоидоз?*
- *Проводимая терапия не приводит к стойкой ремиссии, при снижении дозы гормонов идет обострение заболевания.*
- *Вероятнее всего у нашей пациентки 2 конкурирующих диагноза.*

ФАКТОРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АССОЦИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П., ЧАЙКА Н.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, ЛНР

Цель. Изучить факторы системного воспаления у пациентов внегоспитальной пневмонией (ВП) в ассоциации с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. Исследовали 113 больных: с ВП без ГЭРБ (I группа) – 33, с ВП и ГЭРБ – 45 (II группа), 35 больных с ГЭРБ - III группа, в возрасте $45,9 \pm 3,1$ года, в т.ч. мужчин 52 (46%), женщин – 61 (54%). Всем больным с ВП, наряду с традиционными исследованиями, в крови определяли концентрации С-реактивного белка (СРБ), мозгового натрийуретического пептида (МНУП), интерлейкинов (ИЛ)-6 ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-4, ИЛ-10.

Результаты. Начальная концентрация СРБ в I группе была в 5,2, II группы – в 7,7, III группы – в 1,2 раза выше нормы. Концентрация МНУП во всех группах не отличалась от контрольной. Исходно наиболее высокой в сыворотке крови отмечена концентрация ИЛ-1 во II группе – в 4,5 раза от уровня здоровых и в 1,2 раза – по сравнению с I группой. Концентрации провоспалительных ИЛ-6 и ИЛ-8 во II группе выявились выше, чем у практически здоровых и пациентов I группы, соответственно в 3,7 и 1,3 раза, а ИЛ-8 – в 2,1 и 1,4 раза. Концентрация противовоспалительного ИЛ-4 у больных II группы была повышенной в 2,3 раза по сравнению с условной нормой и в 1,2 раза от аналогичного показателя I группы. Исходная концентрация ИЛ-10 во II группе была выше нормы в 1,5 раза, чем в I группе – в 1,2 раза и чем в III группе – в 1,4 раза.

У пациентов III группы уровни исследованных цитокинов были выше нормы: ИЛ-1 – в 1,3 раза, ИЛ-6 – в 1,3 раза, ИЛ-8 – в 1,16 раза, ИЛ-4 – в 1,4 раза, что, наряду с повышением СРБ в 1,2 раза по сравнению со здоровыми лицами, характеризует низкоинтенсивное системное воспаление при ГЭРБ.

Заключение. *Значимыми факторами системного воспаления в начальном периоде ВП в ассоциации с ГЭРБ являются повышение уровня СРБ и провоспалительных ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 при недостаточном ответе противовоспалительных ИЛ-4 и ИЛ-10 и отсутствии повышения МНУП.*

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

БЛАГИНИНА И.И., КОМАРОВА Е.Б., БЛУДОВА Н.Г., БАХТОЯРОВ П.Д.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Актуальность. В связи с высокой частотой расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) у пациентов с ревматологической патологией, в частности, с анкилозирующим спондилитом (АС), для которых характерен хронический болевой синдром (ХБС), актуальной является проблема купирования боли и улучшения качества жизни этой категории пациентов. ХБС и РТДС - высококоморбидные состояния, имеющие общие патогенетические механизмы, объясняющие их частое сочетание. В связи с этим одной из задач лечения АС является изучение возможности применения в его терапии антидепрессантов, обладающих собственным анальгезирующим эффектом.

Цель. Изучить эффективность различных групп антидепрессантов в лечении ХБС при АС.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 55 больных АС (37 мужчин и 18 женщины) (возраст - $43,7 \pm 7,9$ года, продолжительность АС - $8,2 \pm 1,2$ 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 – 32 больных, к стандартной терапии добавлен буспирон в средней дозе; II - 33 пациента, был добавлен гидроксизин. Результаты оценивали после 6 недель терапии.

Результаты. В I группе, несмотря на то, что под влиянием лечения по показателям ЧБС и ЧПС наблюдалась достоверная положительная динамика ($W = 2,4$, $p = 0,014$ соответственно), больные не отмечали возможного улучшения самочувствия. А во II группе на фоне проводимой терапии наблюдалась достоверная положительная динамика не только по вышеуказанным показателям, но и по выраженности боли в суставах, позвоночнике, утренней скованности и СЗП (все $p < 0,001$). 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 ($p = 0,012$, $p = 0,046$ соответственно).

Заключение. *Препарат гидроксизин не только редуцирует выраженность РТДС, но и обладает дополнительным противовоспалительным и анальгезирующим эффектом. Таким образом, применение антидепрессантов, в частности гидроксизина, в лечении АС способствует улучшению психоэмоционального состояния пациентов и уменьшению выраженности ХБС.*

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

БЛУДОВА Н.Г., РЕБРОВ Б.А., БЛАГИНИНА И.И., КНЯЗЕВА А.К., БЛАГОДАРЕНКО А.Б.

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

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смертности более, чем у 65% больных СД, при этом раннее развитие коронарной недостаточности является ведущим фактором в ухудшении прогноза.

Цель. Исследовать состояние коронарных артерий (КА) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне СД II типа, выявить ангиографические особенности поражения КА.

Материалы и методы. Нами обследованы 48 пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ЛРКБ с острым ОИМ в сочетании с СД II типа. Среди них 28 мужчин и 20 женщин. Средний возраст пациентов – 60,2±6,1 лет, средняя продолжительность заболевания СД - 6,7±3,8 лет. У 41 пациента диагностирован Q-позитивный, у 7 больных – Q-негативный, у 14 больных – повторный ИМ. Всем больным проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ).

Результаты. Данные КАГ свидетельствуют о многососудистом характере поражения КА: у 69% больных отмечалось поражение 3 КА с наличием гемодинамически значимых стенозов, у 27% больных – 2 КА, у 2 пациентов (4,2%) - 1 КА. Практически с одинаковой частотой поражались передняя межжелудочковая ветвь левой КА и правая КА, несколько реже вовлекалась огибающая ветвь левой КА. В 85,46% стенозы наблюдались преимущественно в проксимальной и средней порциях КА, стенозы в дистальных отделах КА отмечалось у 7 (14,6%) больных. Характерным является наличие протяженных стенозов (>7 мм) или нескольких стенозов в пределах одной артерии как гемодинамически значимых, так и мелких. При этом в общем спектре поражения КА количество мелких стенозов значительно превышало число гемодинамически значимых (в 1,7 раза). Выраженность стенозов КА не коррелирует с возрастом, полом пациентов, но показатель общего количества стенозов прямо коррелировал с давностью СД ($r=0,28$, $p<0,05$).

Заключение. *Для больных с острым ИМ на фоне СД II типа характерно многососудистое поражение КА с множественным развитием стенозов в пределах одной артерии, в том числе протяженных и гемодинамически незначимых. Количество мелких стенозов значительно превышает число гемодинамически значимых. Преимущественной локализацией стенозов является проксимальный и средний отделы КА, общее количество стенозов зависит от давности заболевания СД.*

СЛУЧАЙ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ, ДЕБЮТИРОВАВШЕЙ ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

БОРОДИНА Л.В., КОЗАКОВА С.А., РЫБАС А.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Больной Г, 60 лет, поступил в нефрологическое отделение больницы ГБУЗ «ГКБ Скорой медицинской помощи г. Ставрополя» в тяжелом состоянии. Предъявлял жалобы на резко выраженную общую слабость, тошноту, потерю аппетита, снижение массы тела на 7 кг за 2 месяца, одышку при небольших физических нагрузках, снижение диуреза до 350 мл в сутки. Из анамнеза: несколько месяцев назад появились боли в голеностопном суставе, общая слабость. При обследовании выявлено повышение уровня мочевой кислоты, креатинина до 200 мкмоль/л. Установлен диагноз «подагра». Назначен аллопуринол. При контрольном посещении рекомендовано продолжить назначенную терапию. В дальнейшем состояние ухудшалось, нарастали вышеуказанные жалобы. При очередном обследовании выявлено повышение креатинина до 1923,0 ммоль/л, мочевины до 37,0 ммоль/л, общего белка до 110 г/л. В течение недели находился на лечении в терапевтическом отделении ЦРБ, затем направили в нефрологическое отделение. Кожные покровы бледные. Лицо, голени пастозны. АД – 150/95 мм рт. ст. на фоне терапии. В остальном без особенностей. Суставы на вид не изменены. Суточный диурез 300 мл. Больному проведен экстренный сеанс гемодиализа через подключичный катетер. ОАК – Нб 56-76 г/л, эр.1,91 -2,62 x10¹²/л. СОЭ -65 мм/час. Креатинин 1693,6 - 1105,22 мкмоль/л; мочевина 22, 5 ммоль/л, общий белок крови 111,52 г/л, калий 6,0 ммоль/л, фосфор 2,57 ммоль/л, мочевая кислота 460, 5 мкмоль/л. Глюкоза крови при неоднократном определении в норме. ОАМ – , относительная плотность мочи 1007, белок 4, 61 г/л, цилиндры гиалиновые, зернистые, восковидные, клетки почечного тубулярного эпителия 7-8 в п.зр., вследствие их некроза и отторжения, сахар (4+), как проявление диагностированного синдрома Фанкони. Р-графия черепа – без патологии, п/крестцового отдела позвоночника – клиновидная деформация L1. Исследование моноклональности сывороточных иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации: в сыворотке крови обнаружен парапротеин типа каппа класса IgG. МИЕЛОГРАММА: плазматические клетки 22.2% (N 01-1,8 %). Гиперплазия клеток плазматического ряда. Патологические плазматические клетки мелких и средних размеров, с разной степенью зрелости. Встречаются 2-х ядерные плазматические клетки. УЗИ почек: правая 78 x 49 мм, паренхима 16 - 17 мм, левая 83 x 46 мм, паренхима 18 мм. Контуры неровные, нечеткие. Структура неоднородная, участки повышенной эхогенности. Множественные гиперэхогенные включения размером до 2 мм. ЭХО КГ: Дилатация полостей обеих предсердий. Гипертрофия миокарда базального отдела межжелудочковой перегородки. ФВ 60%. НЕФРОБИОПСИЯ. Электронная и иммунофлюоресцентная микроскопия. **Заключение.** *Полный гломерулосклероз (31%); тяжелый тубулоинтерстициальный фиброз (70%); тотальный острый канальцевый некроз. Консультирован гематологом. Клинико-морфологический диагноз: Основной: Миеломная болезнь III стадия, сочетанная моноклональная парапротеинемическая нефропатия (IgG/каппа): моноклональная цилиндровая нефропатия Wens Jones (каппа), выраженная тубулопатия Fanconi,s (каппа). Острый тотальный канальцевый некроз, острое повреждение почек III ст. Программный гемодиализ. Осложнения: ХБП 5 стадия D. СКФ = 2 мл/мин/1,73 м² (СКD EPI). Вторичная артериальная гипертензия 2 стадии II степени. Анемия смешанного генеза (парапротеинемия + уремия). Гиперурикемия. Проведено лечение: программный гемодиализ 16 сеансов, рекормон, эндоксан 2000 мг, дексаметазон, престариум А, амлодитин, аллопуринол, канефрон. Дальнейшее лечение в гематологическом отделении. Продолжение сеансов гемодиализа 3 раза в неделю. Наблюдение нефрологом.*

СЛУЧАЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА

БОРОДИНА Л.В., РЫБАС А.В., КОЗАКОВА С.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент С. 22 года, поступил в нефрологическое отделение в связи с тем, что у него исчез аппетит, появилась тошнота, позывы на рвоту, снижение массы тела на 20 кг в течение месяца, при обследовании выявлено повышение креатинина до 280,6 мкмоль/л. Из анамнеза: в течение 3 месяцев для «накачивания» мышц тела употреблял по 30 яиц в день, БАДы. Объективный статус без особенностей, за исключением повышения АД до 150/95 мм.рт.ст. Рост-182 см, вес-95 кг. Внешних данных, похожих на генетическую гиперкальциемию «синдром Уильямса» не отмечалось. Высокий рост также исключает эту патологию. При обследовании выявлены следующие изменения. В ОАК эозинофилия 5,3-6%. Глистной инвазии не выявлено. В ОАМ определялась низкая относительная плотность мочи: 1004- 1006- 1007-1009-1010. Клетки почечного тубулярного эпителия 3-5 в п/зр. Суточный диурез 2.5 -3.0 л. Белок Бенс-Джонса не обнаружен. Проведен широкий спектр биохимических исследований. От референсных показателей отличались: креатинин- 267.33 мкмоль/л, мочевиная кислота - 633 мкмоль/л, сывороточное железо - 37.93 мкмоль/л. Существенно отклонялся от нормальных показателей общего кальция крови: 3.73 - 3.55 - 3.28 ммоль/л. Ионизированный кальций крови также определялся повышенным: Ca⁺² - 1,67 ммоль/л (N 1,08 до 1,33). Паратгормон крови: при двукратном определении не отличался от нормы: 0.34 и 0.60 пмоль/л (N 1.45-10.4). Для исключения причины гиперкальциемии определён спектр ряда онкомаркеров, показатели не отличались от референсных. УЗИ и КТ органов брюшной полости: патологических макроструктурных изменений в брюшной полости и забрюшинном пространстве не выявлено. Для исключения костных деструкций, как причины гиперкальциемии, выполнены R-графия грудной полости, черепа, турецкого седла, грудного, поясничного отделов позвоночника: костно-травматических изменений не выявлено. Эзофагогастродуоденоскопия: без видимой патологии. Консультация гематолога: данных за лимфопролиферативное заболевание на момент осмотра нет. Проводилась терапия: в связи с полиурией - гипегидратация физ. раствором, бифосфонат фороза (алендроновая кислота) 70 мг 1 раз в неделю; аллопурилол, фуросемид, антагонист кальция верапамил. Исключены продукты, содержащие высокую концентрацию кальция, пуринов. Исключены БАДы, вероятно, содержащие повышенную концентрацию кальция, вит. Д3, железа, уратов. Наблюдалась положительная клиническая динамика, концентрация кальция снизилась до 2.58 ммоль/л.

Анализ причины гиперкальциемии. При обследовании были исключены наиболее частые причины гиперкальциемии. Если было употребление большого количества яиц в день, можно предположить, что была и передозировка БАДов, содержащих вит. Д3, кальций. Известны случаи хронического и острого тубулоинтерстициального нефрита, ХПН, при приёме масла для цыплят, содержащего вит. Д3.

Гиперкальциемия вызывает спазм приносящей артериолы нефрона, снижает почечный кровоток в корковом веществе, снижает клубочковую фильтрацию. Поступление кальция в эпителий канальцев приводит к разобщению окисления и фосфорилирования, некрозу эпителия канальцев и выявленной гипостенурии. Повышение креатинина преренальное вследствие дегидратации, спазма приносящих артериол. Высокий показатель сывороточного содержания железа, видимо, обусловлен повышенным содержанием его в БАДе.

Заключение. *Учитывая большое количество БАДов, которые употребляют чаще всего без контроля, спортивным врачам, участковым терапевтам необходимо обратить внимание на возможную передозировку обсуждаемых параметров.*

АА-АМИЛОИДОЗ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕМИССИИ

БОРОДИНА Л.В., РЫБАС А.В., КОЗАКОВА С.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Больной Л.53 лет, армянин. В течение месяца отмечал нарастающую общую слабость, обморочные состояния 2-3 раза в день, преходящие боли в животе, отеки на лице, голенях.

При обследовании выявлена протеинурия, был госпитализирован в нефрологическое отделение. Известно, что с 10 летнего возраста 3-4 раза в год появлялись абдоминальные боли разлитого, тупого, ноющего характера вне зависимости от приема пищи, гипертермия, летучие боли в суставах. НПВС облегчали состояние. В 23 года при обследовании в Ереване был поставлен диагноз периодическая болезнь (ПБ). Начат прием колхицина, постепенно симптоматика уменьшалась и после 5 лет исчезла полностью. В 53 года, через 25 лет после полного купирования клинических проявлений периодической болезни, появились вышеуказанные симптомы с прогрессирующим течением. В объективном статусе отмечалась гипотония 100/70-90/65 -85/65 мм рт. ст.

В ОАК – умеренный лейкоцитоз. В ОАМ протеинурия до 4.25 г/л, суточная протеинурия -7, 8 г/л. Креатинин крови 138,08 мкмоль/л, общий белок 47,82г/л, альбумины 19,59 %, холестерин 11,79 ммоль/л, триглицериды 3,21 ммоль/л, ЛПНП 8,216 ммоль/л.

Уровень кортизола крови резко снижен до 15 нмоль/л. ЭКГ: синусовая тахикардия.

ЭХО КГ: нарушение диастолической функции левого желудочка, умеренная гипертрофия межжелудочковой перегородки.

УЗИ брюшной полости и почек: умеренное увеличение печени и селезенки, деформация контуров надпочечников, структура почек выраженно-неоднородная.

Консультация генетика: аутовоспалительный синдром, ПБ, амилоидоз. Гистологическое исследование биоптата: АА-АМ почки с поражением клубочков, артериол и мелких артерий; с полным склерозом 53% клубочков. Клинико-морфологический диагноз: «Осн.: аутовоспалительный синдром, ПБ. Осл.: вторичный АА-АМ с поражением почек, надпочечников; нефротический синдром, ХБП I ст. (СКФ 83 мл/мин.), вторичная надпочечниковая недостаточность, рефрактерная артериальная гипотония, гиперлипидемия».

Заключение. *Терапия колхицином на фоне полной клинической ремиссии будет продолжена, рекомендуется периодическое выполнение биопсии десны, подкожной клетчатки в околопупочной области, слизистой желудка и кишки для исследования на амилоидоз, определение С-реактивного белка.*

КАРДИОРЕНОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНТИНУУМ В КОНТЕКСТЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ

БУГУСОВ М.В., КУЧИН К.В., ДРОЗДЕЦКИЙ С.И., КЛЕМЕНОВ А.В.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность. По мере снижения функции почек частота артериальной гипертензии резко возрастает. С другой стороны, снижение функции почек является самостоятельной и важной причиной ускоренного развития патологических изменений сердечно-сосудистой системы. Одним из органов-мишеней артериальной гипертензии являются артериальные сосуды. Повышение артериальной жесткости при АГ вызвано изменением морфофункционального состояния стенки артерий. Сочетание артериальной гипертензии и хронической болезни почек ассоциировано с наиболее выраженным повышением сосудистой жесткости, приводящие к увеличению сердечно-сосудистой смертности у пациентов с хронической болезнью почек.

Цель. Оценка особенностей клинической характеристики пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от состояния фильтрационной функции почек и упруго-эластических свойств артериальной стенки.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 203 пациента с основным диагнозом артериальная гипертензия. У всех пациентов проводили оценку наличия традиционных факторов риска, поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний, определяли обобщенную клиническую характеристику. ХБП устанавливали на основании структурной патологии почек по данным УЗИ и/или стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации. Жесткость сосудистой стенки оценивали по пульсовому артериальному давлению.

Результаты. Полученные данные позволяют констатировать, что пациенты с нарушением фильтрационной способности почек и увеличением жесткости сосудистой стенки имели более высокое систолическое АД (145 [130; 160] мм рт. ст., против 140 [130; 145] мм рт. ст. и 130 [120; 130] мм рт. ст. в группах сравнения ($p < 0,001$)), уровень мочевины в крови (5,75 [5,005; 6,775] ммоль/л против 4,65 [3,975; 5,825] ммоль/л и 5,7 [4,9; 6,5] ммоль/л в группах сравнения ($p = 0,007$)), большую частоту поражений органов мишеней (28,57% против 7,14% и 0% в группах сравнения ($p < 0,001$)), инфаркта миокарда в анамнезе (12,7 % против 2,38% и 0% в группах сравнения ($p = 0,001$)). Данные пациенты чаще имели вторую стадию АГ (58,73 % против 33,33% и 42,53% в группах сравнения ($p < 0,001$)), реже достигали контроля цифр АД (11,11% против 2,38% и 1,15% в группах сравнения ($p < 0,001$)), а также характеризовались более высокой градацией суммарного сердечно-сосудистого риска (28,57% против 11,9% и 6,9% пациентов с очень высоким риском в группах сравнения ($p < 0,001$)). Группы сравнения были представлены пациентами с нормальным уровнем пульсового артериального давления и скорости клубочковой фильтрацией, а также пациентами нормальным уровнем пульсового артериального давления и «умеренно сниженной скорости клубочковой фильтрацией» соответственно с порядком упоминания.

Заключение. *Со снижением фильтрационной функции почек и упруго-эластических свойств артериальной системы возрастает риск развития сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертензии. В том числе отмечается большая распространенность отдельных факторов риска, поражений органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.*

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ВАКУЛА Т.В., ВОРОБЬЕВ П.А., ВОРОБЬЕВ А.П., СОЛОВЬЕВА А.В., РОДИОНОВ А.А., РОМАНЕНКО М.Е.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», г. Тверь, Россия

Цель. Провести систематический обзор по проблеме применения дистанционных методов ведения больных гипертонической болезнью с выделением организационных аспектов внедрения технологии.

Материалы и методы. Проанализирована зарубежная и отечественная литература в базах данных PubMed и Google Scholar. Поиск велся по ключевым словам, выборка включала систематические обзоры и метаанализы. По результатам запросов было найдено 80 статей, из которых было отобрано 7. Полученные данные систематизированы в матрицу.

Результаты. Выделяют ряд проблем дистанционного ведения больных с гипертонической болезнью: сложности с интеграцией процесса в медицинские организации первичного звена, что может быть характерно для маленьких городов и небольших лечебно-профилактических учреждений, возраст врача, так как существует прямая связь между данным фактором и способностью работы в области телемедицины (цифровое неравенство), низкая информированность врачей о данном методе. На интеграцию дистанционной диагностики влияют несовершенные механизмы домашнего контроля артериального давления (АД), что связано, в том числе, с экономической недоступностью, цифровым неравенством. Для диагностики и контроля предлагается использовать симптом -чекер на платформе MeDiCase, на основе опросника, где пациент может получить предварительную информацию относительно своего состояния здоровья и методах лечения.

Заключение. *Дистанционный метод диагностики и контроля лечения гипертонической болезни представляется эффективным, экономичным и перспективным. Однако данная методология не лишена недостатков, которые необходимо решать в рамках организационных технологий здравоохранения для обеспечения надлежащего уровня качества лечения пациента.*

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА

ВАРТАНЯН А.А., АНДРЕЕВА Е.И., БАТУРИН В.А., БАТУРИНА М.В., ФИЛЬ А.А.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, ООО НПО «Иммунотэкс», г. Ставрополь,
Российская Федерация

Актуальность. Недостаточная эффективность терапии сахарного диабета второго типа (СД2) определяет высокие риски развития осложнений этого заболевания. В связи с этим, с позиций персонализированной медицины выявление причин фармакорезистентности при лечении СД2 представляется актуальным.

Цель. Изучить изменение уровней аутоантител (ААТ) к инсулину и инсулиновым рецепторам у больных СД2, которые были госпитализированы в эндокринологический стационар в связи с неэффективностью лечения в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. Были обследованы 50 больных СД2 (39 женщин и 11 мужчин), поступивших в эндокринологическое отделение Ставропольской краевой клинической больницы. При госпитализации больные проходили стандартное обследование в соответствии с Клиническими рекомендациями (2022). Все пациенты давали информированное согласие. Уровни ААТ (класса IgG) к инсулину, инсулиновым рецепторам в сыворотке крови определяли с помощью, разработанной ИФА тест-системы. Контрольную группу для оценки референсных значений составили 25 практически здоровых лиц, добровольно давших согласие на проведение исследования.

Результаты. Установлено, что уровень аутоантител (средние значения) у пациентов с СД2 к инсулину составил $24,9 \pm 3,2$ Ед/мл; к инсулиновым рецепторам - $35,8 \pm 4,9$ Ед/мл. В контрольной группе уровни аутоантител к инсулину составили $6,72 \pm 1,43$ Ед/мл; к инсулиновым рецепторам $10,6 \pm 1,1$ Ед/мл. При этом у 14 больных (из 50) (28%) определялось более чем двукратное увеличение ААТ к инсулину и инсулиновым рецепторам по сравнению с верхней границей нормальных значений.

Заключение. Таким образом можно предполагать, что фармакорезистентность к пероральным противодиабетическим средствам при лечении СД2 почти в 1/3 случаев определяется образованием ААТ к инсулину и инсулиновым рецепторам.

РЕГУЛЯЦИЯ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ И НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЭКСТРАКТОМ *TRIPTERYGIUM WILFORDII*

ВОЛЧЕК И.А., НОВОЖЕНОВ В.Г., ГЛАДЬКО О.В., ТЕРЯЕВ А.С., БАЛАЦКИЙ Н.А.

ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, Российская Федерация

ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва, Российская Федерация,

Филиал ВМедА в г. Москве, г. Москва, Российская Федерация

ООО «НИЦ иммунологии и аллергологии», г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Важным компонентом патогенеза многих неврологических заболеваний является цитокиновый дисбаланс и/или нарушения продукции нейротрофинов. В традиционной китайской медицине издавна используется растение лоза бога грома, официальное название *Tripterygium Wilfordii hook f.* (далее TW). Эффект от его применения описан и в отношении неврологической патологии. Однако механизмы действия изучены недостаточно.

Цель. Исследование влияния экстракта *Tripterygium Wilfordii hook f.* на продукцию цитокинов и нейротрофических факторов *in vitro*.

Материалы и методы. В культуре моноклеарных клеток, полученных от здоровых доноров оценивали действие экстракта TW на спонтанный и индуцированный фитогемагглютинином (ФГА), синтез IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17, TNF α , IFN γ с помощью иммуноферментных тест-систем Cloud-Clone Corp. (CCC, Wuhan). Исследование влияния экстракта TW на уровень экспрессии мРНК BDNF и мРНК NGF в культивируемых клетках коры больших полушарий крысы проводили с помощью реакции количественной ПЦР в реальном времени (real time quantitative PCR).

Результаты. В ответ на стимуляцию ФГА продукция IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17, TNF α , IFN γ резко возрастала (58,3%; 16,7%; 135%; 23,2%; 44,3% и 112,3% соответственно). Экстракт *Tripterygium Wilfordii* показал выраженный ингибирующий эффект (снижение до уровня спонтанной продукции) в отношении синтеза цитокинов митоген активированными клетками во всех пробах. В отношении нейротрофинов установлено, что при введении культуральную среду экстракта TW происходит сильное изменение экспрессии как мРНК BDNF, так и мРНК NGF, составляющее соответственно $340,9 \pm 23$ и $308,6 \pm 34$ процентов по сравнению с контролем. Такое увеличение экспрессии является длительным и наблюдается через как 1, так и через 4 часа после введения.

Заключение. Экстракт *Tripterygium Wilfordii* обладает выраженным цитокин ингибирующим эффектом, особенно проявляющимся в отношении активированных клеток. Также показана способность экстракта TW регулировать экспрессию нейротрофинов BDNF (brain-derived neurotrophic factor) и NGF (nerve growth factor) в культивируемых клетках коры больших полушарий крысы, что открывает широкие перспективы исследований в области нейрофармакологии, в первую очередь, в отношении патологии, связанной с гиперактивацией иммунных механизмов.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕРИОД СЕЗОННЫХ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ANCA-ВАСКУЛИТОМ

ГОРБУНОВА П.К.

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница №2» г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Мужчина, 34 лет, страдающий ANCA-васкулитом (гранулематозом Вегенера), поступил по экстренным показаниям в терапевтический стационар с клиникой двусторонней полисегментарной пневмонии тяжелого течения, которая была подтверждена при рентгенологическом исследовании. В терапевтическом отделении было начато лечение по стандартам основной патологии (антибактериальная терапия, муколитическая, симптоматическая и дезинтоксикационная терапия), на фоне которого состояние больного ухудшалось: нарастала почечная и дыхательная недостаточность, упала сатурация кислорода до 92%. Тщательное изучение анамнеза, анализ жалоб, клинической картины, объективных данных и проведение дифференциальной диагностики, дополнительных инструментальными исследованиями (КТ легких) позволили исключить инфекционную природу поражения легких, что послужило причиной отмены антибактериальной терапии и перевода его в ревматологическое отделение для дальнейшего лечения.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Сложности диагностики заключались в противоречивости данных анамнеза (напряженная эпидемиологическая обстановка в период сезонных вирусных инфекций, многократный контакт больного с заболевшими респираторными заболеваниями и самовольное прекращение приема иммуносупрессивной терапии по поводу ANCA-васкулита), лабораторных данных (лейкоцитоз, неустойчиво положительный прокальцитонинный тест в сочетании с многократным повышением уровня СРБ и отсутствие роста патогенной флоры в бактериологическом посеве мокроты), сложности уточнения характера инфильтрации легочной ткани при выполнении обычного рентгенологического исследования. Трудности лечения заключались в невозможности при выставленном вначале диагнозе острой бактериальной пневмонии применять глюкокортикостероидов (ГКС) и иммуносупрессивной терапии. Нарастающая почечная недостаточность также ограничивала возможности выбора лекарственных препаратов.

Заключение. *На фоне проведения терапии ГКС и ритуксимабом в условиях ревматологического отделения, состояние пациента улучшилось, была достигнута положительная лабораторно-инструментальная динамика и он был выписан для продолжения лечения амбулаторно. В настоящее время он продолжает принимать назначенные ревматологом препараты, периодически проходит терапию в условиях ревматологического отделения. Особенности случая можно назвать трудности в подтверждении неинфекционного поражения легких, сложности в проведении лечения и сжатые сроки принятия решений по причине стремительного ухудшения состояния пациента, требовавшего неотложной медицинской помощи и скорейшей смены тактики ведения с минимизацией возможных рисков осложнений.*

ЗНАЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

ГОРДИЕНКО А.В., ТАТАРИН А.В., БЛАГОВ С.В., МЕЛЕЙЧУК К.А., МИНГАЗОВА Э.Р., ЛИХОДКИН В.А., ПУЖАЛОВ И.А., КУЗЬМИЧЕВ В.Л., СОТНИКОВ А.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, кафедра гостпитальной терапии

Актуальность. Осложнения инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин молодого и среднего возраста являются одной из наиболее важных проблем инвалидизации и смертности в России и мире. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) отрицательно влияет на течение этого заболевания, однако проявления изучены недостаточно.

Цель. Оценить особенности клинического течения ИМ у мужчин моложе 60 лет, страдающих ЖКБ, для улучшения профилактики и исходов.

Материалы и методы. Изучены результаты стационарного лечения мужчин, страдающих ЖКБ, по поводу верифицированного ИМ I типа (IV универсальное определение) со скоростью клубочковой фильтрации (СКД-ЕП) ≥ 30 мл/мин/1,73 м². Пациентов разделили на две группы. Исследуемая: 38 больных с ЖКБ (средний возраст: 52,6 \pm 4,2 года). Контрольная группа: 564 мужчины без ЖКБ (51,1 \pm 6,3 года; $p=0,3$). ЖКБ верифицировали по результатам методов визуализации желчевыводящих путей. С помощью критериев Мана-Уитни и Хи-квадрат Пирсона выполнен сравнительный анализ частоты наблюдения особенностей клинического течения в группах.

Результаты. В исследуемой группе отмечена большая длительность ИБС (≥ 5 лет: 55,3% и 36,0%; соответственно; $p=0,04$) с хроническими формами в ее дебюте: стенокардия напряжения (51,4% и 35,5%; $p=0,01$), аритмии (32,4% и 24,4%; $p=0,01$). В исследуемой Q-ИМ наблюдали реже (31,6%), чем в контрольной (55,7%; $p=0,04$). В контрольной группе чаще требовалось выполнение коронарного шунтирования (0 и 9,3%; $p=0,498$) в анамнезе. Структуры вариантов клинического течения ИМ, частота осложненного течения ИМ и наличия множественных осложнений (≥ 2) не отличались в изучаемых группах. Среди осложнений в исследуемой группе преобладали: аритмии (52,6% и 34,5%; $p=0,02$), гидроперикард (21,1% и 10,1%; $p=0,04$), нарушения мочеиспускания (10,5% и 2,3%; $p=0,003$) и пищеварения (7,9% и 2,0%; $p=0,02$), разрывы миокарда (5,3% и 0,9%; $p=0,02$). В завершении третьей недели ИМ в исследуемой группе чаще сохранялись пациенты в крайне тяжелом состоянии (6,5 и 0,7%; $p=0,02$).

Заключение. *Полученные данные свидетельствуют о преобладании длительных хронических форм ИБС в исследуемой группе, реже требующих экстренного оперативного лечения и проведения операций шунтирования коронарных артерий. Структура вариантов клинического течения ИМ у мужчин моложе 60 лет с ЖКБ не отличается от популяционной. Из осложнений для таких пациентов характерны аритмии, гидроперикард, разрывы миокарда и декомпенсация патологии органов пищеварения и мочевого выделения. Перечисленные особенности необходимо учитывать в лечении для своевременной профилактики неблагоприятных последствий.*

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021–2023 гг.

ГОРШЕНИНА О.В.

В экспертный состав ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, г. Иркутск, Российская Федерация

Актуальность. Согласно данным ВОЗ, в структуре смертности населения экономически развитых стран болезни мочевыделительной системы занимают 7 место и составляют 2,5—3,0% всех причин смертности. Но вместе с тем они поражают людей всех возрастов и особенно молодых, являясь причиной нетрудоспособности и инвалидности.

Материалы и методы. Изучена динамика и структура первичной инвалидности вследствие болезней мочевыделительной системы среди взрослого населения в Иркутской области за период 2021 – 2023 гг. Для анализа послужили сведения о деятельности учреждения медико-социальной экспертизы по формам государственного статистического наблюдения 7-Собес, электронная база данных о гражданах, прошедших первичное освидетельствование.

Результаты. В общей структуре первичной инвалидности взрослого населения увеличилась доля инвалидов вследствие болезней мочеполовой системы (далее БМПС) до 1,9% (2021 г. – 1,4%, 2022 г. – 1,8%) от общего числа впервые признанных инвалидами в Иркутской области и составила 273 человек.

Уровень первичной инвалидности вследствие БМПС взрослого населения в 2021–2022 гг. составил на 10 тыс. населения: в Сибирском Федеральном округе – 0,9; в Иркутской области – 1,5; в Российской Федерации – 0,9.

В структуре первичной инвалидности вследствие БМПС уменьшилась доля населения трудоспособного возраста (2021 г. – 85,0%; 2022 г. – 32,6%, 2023 г. – 31,8%), по тяжести преобладают инвалиды II группы (2021 г. – 47,9%, 2022 г. – 47,3%, 2023 г. – 44,3%).

Среди трудоспособного возраста преобладают инвалиды I группы (2021 г. – 53,4%; 2022 г. – 48,6%, 2023 г. – 57,5%), уменьшилась доля II группы инвалидности (2021 г. – 41,1%; 2022 г. – 38,6 % 2023 г. – 24,1%), увеличилась доля III группы инвалидности (2021 г. – 5,5%; 2022 г. – 12,8%, 2023 г. – 18,4%).

В пенсионном возрасте преобладает доля II группы инвалидности (2021 г. – 55,2%, 2022 г. – 52,0%, 2023 г. – 53,8%), доля III группы инвалидности увеличилась до 23,7% (2021 г. – 11,9%, 2022 г. – 20,0%).

По нозологическим формам лидирует хроническая болезнь почек сочетанного генеза 20,9%, на втором месте – гломерулонефрит (19,4%), на третьем месте – пиелонефрит (15,8%), отмечен рост прочих заболеваний почек (Амилоидоз, Гидронефроз, нефроптоз, гипоплазия почек, аномалии развития) до 9,1%.

Выводы. В связи с ростом в первичной инвалидности взрослого населения Иркутской области за период 2021 – 2023 гг. инвалидов вследствие БМПС требуется усилить внимание данной категории граждан на всех этапах оказания специализированной медицинской помощи.

СВЯЗЬ СТРЕССА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

ГУРЯЕВА Е.В., ЕВСЕЕВА А.Н., САТТАРОВА Ф.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Стресс может оказывать негативное воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и способствовать развитию таких болезней, как язвенная болезнь, гастрит, СРК, функциональная диспепсия и др.

А также вызывает изменения в работе нервной системы и приводит к усилению выработки желудочного сока, перистальтики кишечника, снижению иммунитета.

Цель. Выявить связь стресса с заболеваниями ЖКТ у студентов.

Методы исследования. Проведено онлайн - анкетирование студентов-медиков, включающие вопросы об уровне стресса и о наличии проблем с ЖКТ.

Результаты. Анкетирование прошли 39 человек в возрасте от 18 до 25 лет. Среди которых 35 опрошенных женского пола (89,8%). По мнению опрошенных, правильного питания (рацион, содержащий все необходимые питательные вещества в правильном соотношении и количестве, необходимые для поддержания хорошего самочувствия) придерживаются 10 (25,7%) человек. В данной группе у 3(30%) респондентов выявлены проблемы с ЖКТ. У 19 студентов нерегулярный прием пищи (48,8%), из них 14 (74%) опрошенных наблюдают нарушения в работе ЖКТ.

По данным опроса, стресс занимает значительную часть их жизни у 27 (69,3%) студентов, и 23 (85,1%) из них связали эти проблемы с обучением. В данной категории 17 (43,6%) опрошенных наблюдают дискомфорт или боль в животе, причем у 10 (58,8%) данные ощущения возникают раз в полгода, у 7 (41,2%) возникают эти проблемы раз в месяц и чаще. А также были жалобы на метеоризм у 6 (35,2%), вздутие живота у 5 (29,4%) и нарушения стула у 6 (35,2%) опрошенных. Проблемы со стулом происходят в виде запоров у 4 опрошенных (66%) и диареи у 2 (33%).

Заключение. *В ходе исследования была выявлена связь между уровнем стресса и возникновением заболеваний ЖКТ у студентов. Большинство опрошенных, испытывающих высокий уровень стресса, имели симптомы или диагностированные проблемы ЖКТ.*

ФИЗИЧЕСКАЯ АГРЕССИЯ, ГНЕВ, ВРАЖДЕБНОСТЬ У СТУДЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ДЕХАРЬ В.В., ТАНКОВ С.В., КАЛИН Д.А., ПЕРЕПЕЛИЦА И.Н., ОСИПОВА И.В., ХАРЛОВА А.Г.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия
КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», г. Барнаул, Россия

Цель. Провести скрининг уровня физической агрессии, гнева и враждебности среди студентов Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ).

Материалы и методы. В 2023 году в АГМУ среди 270 студентов 3 – 4 курсов институтов общественного здоровья и профилактической медицины, педиатрии и клинической медицины было проведено анкетирование на скрининг психоэмоциональных факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ). Средний возраст респондентов составил $21,5 \pm 2,0$ года, из них юношей – 21,5% ($n=58$, средний возраст $21,5 \pm 1,6$ лет), девушек – 78,5% ($n=212$, средний возраст $21,5 \pm 2,0$ года). Основной акцент исследования был направлен на изучение распространенности уровня физической агрессии, гнева и враждебности с помощью опросника агрессии Басса-Пери ВРАQ-24 (в модификации С. Ениколопова и Н. Цибульского). Исследование было проведено в соответствии с методическими рекомендациями для терапевтов по определению психоэмоциональных факторов риска ХНИЗ в амбулаторных условиях.

Результаты. Средний и высокий уровень физической агрессии был характерен для 67,5 и 4,1% студентов. Среди юношей данные показатели составляли 64 и 2%, девушек 69 и 5% соответственно ($p > 0,05$). Гнев средней и высокой градации встречался у 53 и 10% будущих медицинских работников. Распространенность этого же критерия у лиц мужского и женского пола была практически на одном уровне (57 и 9% vs 52 и 10% соответственно, $p > 0,05$). Враждебность среднего и высокого уровня определялась у 48 и 5% респондентов. Показатели у юношей составили 46 и 3,4%, девушек 49 и 5% соответственно ($p > 0,05$).

Заключение. *Распространенность физической агрессии, гнева и враждебности среди студентов АГМУ находится на высоком уровне, что, к сожалению, является негативным моментом в здоровье будущих кадров системы здравоохранения. Сравнительный анализ гендерных отличий не выявили статистически значимых результатов, что может быть связано с количественным неравенством респондентов.*

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЕЙ АУТОАНТИТЕЛ К КОЛЛАГЕНАМ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА ЛЕГКИХ

ДОТДАЕВА Т.А., ФИШЕР В. В., ВОЛКОВ Е. В., БАТАЕВА А. С., БАТУРИН В.А.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Пандемия Covid-19 привела к появлению большого числа пациентов с отсроченными последствиями новой коронавирусной инфекции. Одним из серьезных осложнений у переболевших Covid-19 является фиброз легких. Фиброз характеризуется замещением нормальной паренхимы легкого соединительной тканью. Преимущественное участие в фиброгенезе принимают компоненты внеклеточного матрикса, такие как коллаген I и III типа. Важным маркером избыточного образования коллагена могут быть аутоантитела (ААТ) к нему.

Цель. Определить уровни ААТ к коллагену I и III типа у больных перенесших Covid-19 в динамике.

Материалы и методы. Обследовано 88 пациентов, переведённых в терапевтический стационар из COVID - госпиталей с диагнозом «Двусторонняя полисегментарная пневмония в исходе новой коронавирусной инфекции». Определяли методом ИФА в сыворотке крови содержание IgG ААТ к коллагену I и III типа (тест-системы производства ООО НПО «Иммунотэкс», Россия). Обследование проводилось сразу при поступлении в терапевтический стационар и через две недели лечения.

Результаты. У обследованных пациентов были обнаружены высокие уровни ААТ к коллагену I - $35,4 \pm 3,4$ Ед/мл и III типов - $20,9 \pm 1,7$ Ед/мл (верхний уровень нормальных значений 10 Ед/мл). При обследовании через 2 недели лечения установлено статистически достоверное повышение уровней ААТ к коллагену I типа до $54,2 \pm 5$ Ед/мл. Содержание ААТ к коллагену III типа нарастало несущественно: до $25,8 \pm 2,5$ Ед/мл.

Заключение. Таким образом, обнаруженное в динамике нарастание уровней ААТ к коллагену I типа подтверждает избыточную продукцию этого типа коллагена, который, как известно, определяет жесткость соединительной ткани.

Следовательно, при реабилитации больных перенесших коронавирусную пневмонию, для определения риска формирования фиброза легких целесообразно определять уровни ААТ к коллагену I типа.

«БИОЛОГИЧЕСКИЙ» И «СОСУДИСТЫЙ» ВОЗРАСТ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ДЖОДЖУА В.Э., КАРДАНОВА Д.А.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация

Паспортный возраст является известным фактором риска артериальной гипертензии (АГ), для более точной оценки кардиоваскулярного риска может быть применены показатели «биологического» и «сосудистого» возраста.

Цель. Определить соотношение биологического, «сосудистого» и паспортного возраста у пациентов с АГ и ЦП, оценить сердечно-сосудистый риск у данной категории больных.

Материалы и методы. В исследование включены 40 пациентов с АГ и ЦП. Для вычисления биологического возраста был использован калькулятор Digital Personalized Medicine for Healthy Aging. Для расчёта сосудистого возраста - шкала ASCORE.

Статистическая обработка проведена с использованием программы StatTech 3.0 (Россия).

Заключение. *Средний паспортный возраст у обследованных пациентов составил 61,2 год, а среднее значение биологического возраста - 85,4 лет (разница – 24 года, $p < 0,05$). Была установлена тесная прямая корреляционная связь «биологического» возраста и длительности АГ ($r=0,899$, $p < 0,05$), а также длительности ЦП ($r=0,881$, $p < 0,05$). Среднее значение «сосудистого» возраста у лиц с АГ и ЦП соответствовало 80,4 годам. Расчет с использованием шкалы ASCORE показал, что «сосудистый» возраст у пациентов с АГ и ЦП соответствовал 80,6 годам.*

МАРКЕРЫ СНИЖЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У МУЖЧИН С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДОМОРБИДНОСТЬЮ

ДЫДЫШКО В.Т., НАУМКИНА П.И.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Сердечно-сосудистый риск (ССР) может повышаться за счет гиподинамии, которая ассоциирована с кардиометаболическими заболеваниями. Для оценки ССР может использоваться определение толерантности к физической нагрузке (ТФН) с применением велоэргометрии (ВЭМ).

Цель. Осуществить сравнительную оценку кардиометаболических показателей у мужчин молодого и среднего возраста без клинически значимой патологии в зависимости от статуса ТФН и установить маркеры сниженной толерантности.

Материал и методы. Проанализировали 555 историй болезни мужчин 30-50 лет, которые в зависимости от ТФН (метаболические единицы (МЕ) при ВЭМ) разделены на 3 группы: 1-я (низкая толерантность) – 134 чел. с 5,9 МЕ и менее, 2-я (средняя) – 309 чел. с МЕ 6,0-7,9, 3-я (высокая) – 112 чел. с МЕ 8,0 и более. Изучили клиничко-anamnestические, биохимические параметры, данные ЭКГ, ВЭМ, эхокардиографии (эхо КГ) и суточного мониторирования артериального давления (АД). Для оценки ССР использовали шкалу Systematic Coronary Risk Evaluation² (SCORE²).

Результаты. Мужчины со сниженной толерантностью относительно лиц со средней и высокой характеризуются достоверно более высокими показателями, отражающими компоненты метаболического и провоспалительного статуса (индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, офисное АД, триглицериды, глюкоза, мочевая кислота (МК), фибриноген). Сниженная толерантность ассоциирована с достоверно более высокими значениями частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД в дневные и ночные часы, индекса массы миокарда левого желудочка. Наиболее достоверными предикторами сниженной толерантности являются ИМТ >28,9 кг/м², ЧСС в покое >70 в 1 мин, в среднем за сутки >74 в 1 мин, офисное САД >138 мм рт. ст., риск SCORE² >14%.

Заключение. Таким образом, в когорте мужчин молодого и среднего возраста с кардиометаболической доморбидностью осуществлена сравнительная оценка сердечно-сосудистой системы и обмена веществ на основе стратификации по признаку ТФН и проведен ROC-анализ с выявлением маркеров сниженной толерантности. Концепция дифференцированной оценки факторов ССР с учётом толерантности и определением рутинных показателей гемодинамики, биохимического анализа крови, ЭКГ и эхоКГ улучшит систему диспансерно-динамического наблюдения за мужчинами молодого и среднего возраста в плане их сердечно-сосудистого прогноза.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ЕВСЕВЬЕВА М.Е., КОЛОМОЙЦЕВА И.И., СЕРГЕЕВА О.В., ГАЧКОВА И.Н., ОВЧИННИКОВА О.В., ЗАЙКО Н.А., ГОРЬКОВЕНКО М.В., КАРАКЕШИШЯН С.Л.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Заболеваемость артериальной гипертензией (АГ) носит характер пандемии. В свою очередь риск АГ значительно выше среди людей с ожирением, что регулярно подтверждается в эпидемиологических исследованиях. Нам представляется актуальным изучение влияния массы тела на суточный профиль артериального давления (СМАД) у молодых женщин, поскольку эти данные позволят затем оптимизировать ранние профилактические мероприятия у обсуждаемого контингента.

Цель. Оценить встречаемость различных фенотипов повышения артериального давления у молодых женщин с избыточной массой тела.

Материалы и методы. В исследование включены 104 женщины в возрасте от 18 до 35 лет с наличием избыточной массы тела (МТ) ИМТ $\geq 25,0$. Всем обследуемым проводилось СМАД при помощи прибора BPLab Vasotens. Сформировано четыре группы наблюдения в соответствии с последними российскими (2020г.) клиническими рекомендациями по АГ. В 1-ой группе женщины со стойкой нормотензией (n=30), во 2-ой с «АГ белого халата» (n=10), в 3-й со скрытой АГ (n=32), в 4-й со стойкой АГ (n=32).

Результаты. Число женщин, включенных в указанные группы наблюдения, соотносились, как 28,8 %, 9,6 %, 30,8 % и 30,8 %. Частота встречаемости АГ («белого халата», скрытой, стойкой) на основании клинического измерения и СМАД составила 71,2% (74 пациента). Суточные показатели САД 24 и ДАД 24 повышаются от группы контроля к группе со стойкой АГ с достижением уровня достоверности между исследуемыми группами. При оценке среднесуточного пульсового артериального давления (ПАД) было выявлено наибольшее значение данного показателя в группе со скрытой АГ (p1-3=0,0000), а наименьшее в группе с АГ белого халата (p1-2=0,0071) при этом в данной группе среднее значение ПАД ниже, чем в контроле.

Заключение. Более половины молодых женщин с избыточной массой тела и ожирением имеют неблагоприятный фенотип артериального давления, а именно - скрытую или стойкую АГ по результатам СМАД. Полученные результаты полезно учитывать при создании системы своевременной предиктивной диагностики гемодинамических последствий ожирения и избыточной МТ, так как от них в значительной степени зависит дальнейшее развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С МАССОЙ ТЕЛА И ПОКАЗАТЕЛЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

ЕВСЕВЬЕВА М.Е., РУСИДИ А.В., ХВАТАЛИН Н.Е., КОСТИНА Л.В., БОДНАРЧУК Е.Л., ЩЕРБАКОВА Л.Е., МАРАХОВСКАЯ К.Ю., ПИСАРЕВ А.Н.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Предупреждение сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) в значительной степени определяется ранним выявлением и своевременной коррекцией факторов риска (ФР), поэтому среди молодежи важным аспектом профилактических мероприятий выступают скрининговые исследования, позволяющие кроме прочего изучить влияние на уровень артериального давления (АД) изменений массы тела (МТ) и метаболических отклонений.

Цель. Проанализировать ассоциацию уровня артериального давления с индексом МТ (ИМТ) и показателями липидограммы у молодых лиц в зависимости от пола.

Материалы и методы. Обследовано 172 студента (юношей 66) в возрасте 19-25 лет. Выполнена антропометрия с расчетом ИМТ, измерение АД, экспресс-диагностика таких показателей, как общий холестерин (ОХ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), высокой (ЛПВП) плотности, триглицериды (ТГ), глюкоза крови и рассчитан коэффициент атерогенности (КА). Обработка данных проведена с помощью пакета программ Excel 2019г. («Microsoft», США) с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При изучении взаимосвязи систолического АД с ИМТ среди юношей и девушек выявлена слабая прямая связь, однако статистической значимости она достигла только среди девушек ($p=0,011$). Также уровень САД слабоположительно коррелировал с показателями ОХ у молодых людей, статистически значимо в группе юношей ($p=0,038$). Аналогично слабая прямая связь выявлена между САД и показателями КА и глюкозы в группе девушек ($p=0,035$ и $p=0,038$ соответственно).

Диастолическое АД (ДАД) слабоположительно коррелировало с ИМТ среди девушек, при этом взаимосвязь была статистически значимой ($p=0,035$). Среди показателей метаболического профиля слабоположительная корреляция с ДАД была выявлена для КА и глюкозы крови также в группе девушек ($p=0,05$ и $p=0,047$ соответственно).

Заключение. *Повышение уровня АД у молодых лиц связано с увеличением МТ и метаболическими отклонениями, при этом более значимо в группе девушек. Полученные результаты демонстрируют необходимость широкого внедрения скрининговых мероприятий среди молодёжи для оценки значимых ФР и их своевременной коррекции для прерывания негативных взаимовлияний между ними.*

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАСКУЛЯРНОГО СТАТУСА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ФЕНОТИПА СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ

ЕВСЕВЬЕВА М.Е., СЕРГЕЕВА О. В., ГУСЕВА А.В., ГАЧКОВА И.Н., КРЮЧКОВ М.С., КИРИЧЕНКО Н.А., НЕМЫКИНА А.С.

ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Повышенная сосудистая жесткость (СЖ) свидетельствует о повышенном риске развитии сердечно-сосудистой патологии. Однако до сих пор мало изучен аспект взаимосвязи СЖ с другими параметрами артериального статуса. Особенно актуален такой подход для молодежи.

Цель. Изучить взаимосвязь между показателями толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Обследованы 48 человек, из них 20 юношей и 28 девушек в возрасте от 18 до 25 лет. Определение толщины КИМ проводилось с помощью узи-сканера «РуСкан» (Россия), индекса САVI как показателя СЖ, а также ЛПИ выполнялось на аппарате Vasera VS-1500N (Япония). На основе САVI-данных сформированы терцильные группы по фенотипу сосудистого старения (ССт) с учетом пола - юноши: 1-я терциль: 4,5-5,30 (6 чел) ассоциируется с благоприятным ССт, 2-я терциль: 5,31-5,90 (7 чел), 3-я терциль: 5,91-6,7 (7 чел) – неблагоприятное ССт или синдром EVA; девушки: 1-я терциль: 4,5-5,12 (9 чел), 2-я терциль: 5,13-5,85 (10 чел), 3-я терциль: 5,86-6,3 (9 чел). Для обработки данных использовали пакет статпрограмм Excel 2015 г. (Microsoft, США).

Результаты. Показатели КИМ у юношей от первого до третьего САVI-терциля составили 0,49, 0,51 и 0,49 мм; ЛПИ – 1,050, 1,094 и 1,089 соответственно.

Показатели КИМ у девушек в этих группах составили 0,45 мм, 0,40 мм и 0,38 мм; по показателю ЛПИ – 1,000, 1,090 и 1,089 соответственно.

Заключение. Установлено, что у юношей отсутствует какая-либо чёткая ассоциация между изменениями средней мышечной оболочки артерий по мере их биологического старения и нарушениями внутренней артериальной оболочки. У девушек, напротив, такая ассоциация представлена, особенно чётко по такому показателю состояния внутренней оболочки, как КИМ. Эти данные следует использовать при проведении превентивных мероприятий среди молодежи.

ТИПЫ РЕАКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ И ФАКТОРЫ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ЕВСЕВЬЕВА М.Е., СЕРГЕЕВА О.В., КРЮЧКОВ М.С., КОСТИНА Л.В., ЩЕРБАКОВА Л.Е., МАРАХОВСКАЯ К.Ю., БОНДАРЧУК Е.Л., ПИСАРЕВ А.Н.

ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. До сих пор среди молодежи не изучена проблема такого варианта скрытой гипертензии, как избыточное повышение артериального давления (АД) во время физической нагрузки (ФН). Не исследована ее ассоциированность с факторами риска (ФР).

Цель. Изучить встречаемость ФР, в том числе, параметры сосудистой жесткости (СЖ) у лиц молодого возраста (ЛМВ) с разными типами гемодинамической реакции (ГДР) на дозированную ФН.

Материалы и методы. Путем ВЭМ пробы (Валента, Россия) проведено 117 исследований лиц от 18 до 25 лет. Определение СЖ осуществлено на аппарате Vasera VS-1500N (Fucuda Denshi, Япония). Группы сформированы с учетом пола и типа ГДР. Статобработка осуществлялась программой Excel (Microsoft, США).

Результаты. У юношей гипотонический тип реакции выявлен у 18,2% (10), нормотонический – 43,6% (24), гипертонический – 38,2% (21), а среди девушек у - 48,4% (30), 40,3% (25) и 11,3% (7). Среди юношей с гипертоническим типом ГДР курение выявлено у 42,9% (9), отягощённая наследственность 62,5% (15), избыточная МТ/ожирение – 47,6% (10), а показатели СЖ САVI-R и САVI-L составили $5,9\pm 0,2$ и $6,0\pm 0,2$. Указанные ФР у лиц с нормотоническим типом - 20,8% (5); 54,2% (13); 29,2% (7); $5,7\pm 0,1$; $5,7\pm 0,1$, а с гипотоническим типом - 10% (1); 20% (2); 10% (1); $6,3\pm 0,2$; $6,3\pm 0,2$. У девушек с гипертоническим типом указанные ФР выявлены у 0%, 71,4% (5), 42,9% (3), а показатели СЖ составили - $5,3\pm 0,2$; $5,4\pm 0,2$; у лиц с нормотоническим типом - 8% (2); 64% (16); 8% (2); $5,6\pm 0,1$; $5,8\pm 0,1$, а с гипотоническим типом – 0%, 43,3% (13); 10% (3); $5,9\pm 0,1$; $6,0\pm 0,1$.

Заключение. *Оказалось, что среди молодёжи достаточно распространена так называемая нагрузочная гипертензия, особенно среди юношей. У её носителей встречаемость традиционных ФР гораздо выше по сравнению со сверстниками из групп гипо- и нормотонической ГДР на ФН.*

АНАЛИЗ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

ЕСИНА М.В., МИХЕЕВА А.А., ЯМАШКИНА Е.И., ПРЕКИНА В.И., ЕФРЕМОВА О.Н.
ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева, г. Саранск, Российская Федерация

Цель. Сравнительный анализ достижения целевых показателей углеводного обмена и сахароснижающей терапии у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа разных возрастных групп.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ 60 амбулаторных карт пациентов с СД 2 типа наблюдающихся в «Ардатовская ЦРБ» Нижегородской области. Пациенты были разделены на 3 группы с учетом возраста: первая группа – 20 пациентов в возрасте до 44 лет, вторая – 20 больных от 45 до 59 лет, третья группа – 20 пациентов старше 60 лет.

Результаты. Средняя концентрация глюкозы у пациентов первой группы составила $9,89 \pm 0,73$ ммоль/л; второй группы – $9,69 \pm 0,87$ ммоль/л, третьей группы – $7,93 \pm 0,67$ ммоль/л (в данной группе глюкоза была ниже на $1,96$ ммоль/л, чем у пациентов первой группы ($P < 0,05$)). Гликированный гемоглобин (HbA1c) в среднем был в первой группе $8,65 \pm 0,27\%$; во 2 группе – $8,51 \pm 0,42\%$, в третьей группе – $8,32 \pm 0,33\%$. В первой группе целевого уровня HbA1c достигали лишь 15% пациентов, во второй группе – 25%, в третьей группе – 50% пациентов.

В 100% случаях во всех возрастных группах пациенты принимали метформин. В группе пациентов до 44 лет 20% пациентов принимали глифлозины, 10% – производные сульфонилмочевины, 5% – ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4), 30% назначалась инсулинотерапия. В группе пациентов от 45 до 59 лет – 25% пациентов принимали глифлозины, 30% – ингибиторы ДПП-4, 30% – производные сульфонилмочевины, 20% инсулинотерапию. В группе старше 60 лет 40% пациентов проводилась терапия глифлозинами, 10% – ингибиторами ДПП-4, 25% – производными сульфонилмочевины, 35% – инсулинотерапия.

Заключение. Достигали целевого уровня HbA1c в молодом возрасте 15% пациентов, в среднем возрасте – 25%, в группе старше 60 лет – 50%. У пациентов молодого возраста чаще назначался метформин, инсулинотерапия и глифлозины, у пациентов среднего возраста метформин, ингибиторы ДПП-4, производные сульфонилмочевины, в старшей возрастной группе метформин, глифлозины и инсулинотерапия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА САХАРНОГО ДИАБЕТА «РЖД-МЕДИЦИНА» ГОРОДА РУЗАЕВКА РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

ЕСИНА М.В., МУХАЕВА А.А., ЯМАШКИНА Е.И., ЛЕДЯЙКИНА Л.В., ЧЕРНОВА Н.Н., УЛАНОВА А.А.

ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева, г. Саранск, Российская Федерация

Цель. Анализ эпидемиологических показателей сахарного диабета (СД) по данным регистра СД «РЖД-Медицина» г. Рузаевка Республики Мордовия.

Материал и методы. Проведен анализ данных регистра СД «РЖД-Медицина» г. Рузаевка Республики Мордовия за 2019-2023гг. Прикрепленного к «РЖД-Медицина» населения в 2019 г. было 12072 человека, в 2020 г. – 11927, в 2021 г. – 11222, в 2022 г. – 11289, в 2023 г. – 11300 человек.

Результаты. По данным регистра СД «РЖД-Медицина» распространенность СД на 100 тыс. населения составила в 2019 г. 3354,8, в 2020 г. – 3479,5, в 2021 г. – 3885,2, в 2022 г. – 4057,0, в 2023 г. – 4530,9. Распространенность на 100 тыс. населения СД 1 типа в 2019 г. составила 124,2, СД 2 типа – 3230,6; в 2020 г. СД 1 типа – 125,7, СД 2 типа – 3353,7; в 2021 г. СД 1 типа – 124,7, с СД 2 типа – 3760,4; в 2022 г. СД 1 типа – 124,0, СД 2 типа – 3933,0; в 2023г. СД 1 типа – 150,4, СД 2 типа – 4380,5.

Заболеваемость на 1000 населения в 2019 г. СД 1 типа составила 0,08, СД 2 типа 3,06; в 2020 г. СД 1 типа – 0, СД 2 типа – 1,26; в 2021 г. СД 1 типа – 0, СД 2 типа – 2,23; в 2022 г. СД 1 типа – 0, СД 2 типа – 1,86; в 2023 г. СД 1 типа – 0,26, СД 2 типа – 4,42.

Заключение. По данным регистра СД «РЖД-Медицина» г. Рузаевка РМ с 2019 г. по 2023 г. распространенность СД выросла с 3354,8 до 4530,9 на 100 тыс. населения; заболеваемость СД 1 типа с 0,08 до 0,26, СД 2 типа с 3,06 до 4,42 на 1000 населения.

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЗАБОЛОТСКИХ Т.Б., КУТЕПОВА А.М., ЯКИМЕНКО Д.В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. К одним из проявлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) можно отнести когнитивные нарушения, степень выраженности которых напрямую связана с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Когнитивные расстройства неизбежно влекут за собой снижение качества жизни больных.

Цель. Изучить взаимосвязь когнитивных нарушений и уровня качества жизни с ФВЛЖ у пациентов с ХСН.

Материалы и методы. Было обследовано 150 пациентов в возрасте от 54 до 93 лет, и сформировано три группы наблюдения: 1 группа (n=49) - пациенты с ХСН со сниженной (до 40 %) ФВЛЖ (ХСНнФВ), средний возраст которых составил $75 \pm 9,9$ лет; 2 группа (n=46) - обследованные с ХСН с промежуточной (40-49%) ФВЛЖ (ХСНпФВ) со средним возрастом $73,2 \pm 8,9$ лет; 3 группа (n=55) - с ХСН с сохранной ($\geq 50\%$) ФВЛЖ (ХСНсФВ) и средним возрастом $67,8 \pm 10,2$ года. Оценка когнитивного статуса проводилась с использованием опросника MMSE, а качество жизни оценивалось по Миннесотскому опроснику качества жизни у больных с ХСН.

Результаты. При подсчете результатов теста MMSE были получены следующие данные: пациенты 1 группы с ХСНнФВ набрали $22,5 \pm 3,7$ баллов (деменция легкой степени выраженности), больные 2 группы с ХСНпФВ – $24,1 \pm 2,9$ баллов (умеренные когнитивные нарушения), 3 группа обследованных с ХСНсФВ – $27,8 \pm 1,6$ баллов (легкие когнитивные нарушения). По итогам корреляционного анализа обнаружена умеренная положительная корреляционная связь между ФВЛЖ и степенью выраженности когнитивных нарушений по результатам теста MMSE ($r=0,5$, $p<0,05$). Напротив, между ФВЛЖ и уровнем качества жизни корреляционная связь оценивалась как умеренная отрицательная ($r=-0,5$, $p<0,05$). Это подтверждалось результатами тестирования пациентов по Миннесотскому опроснику качества жизни у больных с ХСН: в группе пациентов с ХСНнФВ качество жизни оценивалось на $58,3 \pm 10,6$ баллов, у лиц с ХСНпФВ – $44,8 \pm 9,7$ баллов, а у опрошенных с ХСНсФВ – $29,6 \pm 8,8$ баллов.

Заключение. *Когнитивные нарушения наблюдались у большинства пациентов с ХСН, их степень зависит от состояния ФВЛЖ: чем ниже ФВЛЖ, тем более глубоко выражен дефицит когнитивных функций. Качество жизни пациентов с ХСН неуклонно снижалось по мере падения ФВЛЖ.*

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ИВАНОВА Л.Н., ХОЛИНА Е.А., СИДОРЕНКО Ю.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Луганская Народная Республика

Распространенность первичного субклинического гипотиреоза (СГТ) в популяции составляет 7-10%. У 70-80% больных гипотиреозом выявляют поражения сердечно-сосудистой системы, в том числе ишемическую болезнь сердца (ИБС).

Цель. Оценить тиреоидный статус и структурные изменения щитовидной железы (ЩЖ) у больных с коморбидной патологией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 109 больных ИБС в сочетании с СГТ (женщин - 69,9%, мужчин - 30,1%), средний возраст – 56,9±5,4 года. Всем больным назначали исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободной фракции тироксина (свТ4) и антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), одного из диагностических маркеров аутоиммунного поражения ЩЖ (АИТ). Для изучения структуры ЩЖ проводилась ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты. Тиреоидный статус больных характеризовался увеличением по сравнению с нормой уровня ТТГ до 7,8±0,6 мкМЕ/мл; свТ4 - до 15,7±1,9 пмоль/л, АТ-ТПО – до 101,8±17,5 МЕ/мл ($p<0,05$). При УЗИ у 65,1% больных ЩЖ имела «подковообразную» форму из-за утолщения перешейка более 5 мм. Эхогенность паренхимы была снижена и характеризовалась диффузной неоднородностью за счет разного размера мелких гипэхогенных нечётких участков, иногда сливного характера, расположенных ближе к передней поверхности железы. В режиме цветного доплеровского картирования у 59,6% больных визуализировалась умеренная диффузная гиперваскуляризация паренхимы органа с преобладанием артериального компонента.

Заключение. *Высокий уровень ТТГ и АТ-ТПО, характерные особенности структуры и васкуляризации паренхимы ЩЖ позволяют считать, что АИТ является ведущим этиологическим фактором гипофункции ЩЖ в условиях коморбидного течения с ИБС.*

ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАТОЗ – СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

КАЗЕННОВ Д.А., ВВЕДЕНСКАЯ И.П., МАНЖОС М.В.

«Медицинский университет «Ревиз», г. Самара, Российская Федерация

Описание клинического случая. Больная О., 1986 г. поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку при подъеме на 5 этаж, сухой кашель. Из анамнеза: в 2018 г. при ФЛГ выявлена двухсторонняя диссеминация в легких. Лечилась в противотуберкулезном диспансере с диагнозом: миллиарный туберкулез. Через 10 месяцев специфической терапии в связи с ухудшением рентгенологической картины (распространенное усиление лёгочного рисунка за счет интерстициального компонента) выполнена краевая резекция S1 правого легкого. Гистология: участок легкого с множественными плотными включениями до 4 мм. Явления полнокровия, кровоизлияния пневмофиброза, имеются гранулемоподобные округлые структуры (гистиоциты и эпителиоидные клетки) с очаговым фиброзом. Клетки Пирогова – Лангханса. Нельзя исключить саркоидоз. С апреля 2018 г. назначены таблетированные и ингаляционные кортикостероиды, без эффекта. В декабре 2018 г. консультирована в НИИ пульмонологии им. Павлова – пересмотрены гистологические препараты: многочисленные пролифераты, состоящие из вытянутых клеток (гладкомышечные, гистиоциты, нервные). Проводилось иммунофенотипирование с моноклональными антителами к НМВ45 и гладкомышечному актину, оба эти теста положительные. Поставлен диагноз: лимфангиолейомиоматоз легких, диффузная форма. Отменены глюкокортикостероиды, назначен оксипрогестерон 1 мл 1 р в 3 недели. С июля 2019 г. резкое ухудшение в рентгенологической картине: изменения по типу «матового стекла», появление в верхней доле левого легкого образования с нечёткими неровными контурами. Госпитализирована повторно в НИИ им. Павлова, проведены серологические реакции с туберкулезным антигеном, данные за туберкулез не получены. Рентгенография легких. КТ легких: в верхних и средних отделах сохраняются центрилобулярные очаги различных размеров до 0,6 см. Резкое утолщение центрального интерстиция, его выраженная тяжистость. В верхних долях с обеих сторон плотные инфильтраты с участками обызвествления. В S2 справа - 4*2см и 2,1*1,5см в S 6 0, 6*1,2. Слева в S3 участок неправильной формы 8,8*4см. Выявляются увеличенные паратрахеальные, бронхопульмональные бифуркационные лимфатические узлы. Заключение: ИЗЛ, лимфангиолейомиоматоз. УЗИ почек – ангиомиолипома справа 0.5 *1,1 см. Узи малого таза – слева – киста яичника диаметр 1,6 см. Лечение: сиролисимусом 1 мг в сутки, кислородотерапия.

Заключение. *Случай ЛАМ не типичный основным симптомом является рецидивирующий спонтанный пневмоторакса. Заболевание имеет неуклонное прогрессирующее течение в течении 2-х лет. Ухудшение в рентгенограмме было в течении 2-х лет процесс длительной ремиссии.*

МОНИТОРИНГ ОРВИ В ГБУЗ СО «СГКБ №6»

КАЗЕННОВ Д.А., ВВЕДЕНСКАЯ И.П., НАЗАРОВА И.Г.

«Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Российская Федерация, ГБУЗ СО «СГКБ № 6»

Актуальность. После завершения пандемии SARS-CoV-2, особое внимание стало уделяется ОРВИ верхних дыхательным путей так как при не своевременном их лечении и диагностики, может привести к летальному исходу.

Возникающие и рецидивирующие вирусные инфекции представляют огромную угрозу для человечества, примером чего является продолжающаяся пандемия COVID-19. При вирусной инвазии в дыхательные пути организм хозяина инициирует скоординированные естественные и адаптивные иммунные реакции для защиты от вируса и содействия восстановлению поврежденных тканей. Однако нарушение регуляции иммунитета хозяина также может вызывать острую заболеваемость, препятствовать регенерации легких и/или приводить к осложнениям. Знания об иммунных механизмах, регулирующих противовирусную защиту, патогенез хозяина, разрешение воспаления и регенерацию легких после респираторных вирусных инфекций, в основном используя в качестве примеров инфекции, вызванные вирусом гриппа и SARS-CoV-2.

Цель. Изучить показатели заболеваемости «ГБУЗ СО «СГКБ №6» за 2021–2023, пациентов, находящихся на амбулаторном лечении, осложнения.

Материалы и методы. Изучить и представить статистические данные заболеваемости регистра ГБУЗ СО «СГКБ № 6». У всех пациентов был взят мазок на ПЦР к SARS-CoV-2.

Результаты. Проведен анализ статистических данных в ГБУЗ СО «СГКБ №6»: с 2021 – 2023 год по данным 2021 год были выявлены ОРВИ 12856; О.Трахеит 743; Пневмонии 763. 60% пациентов это лица трудоспособного возраста до 45 лет, 40 % в возрасте 65 лет, на момент исследования имели хоть одно хроническое заболевание. 2022 год заболеваемость ОРВИ составила 14321; О.Трахеит 362; Пневмоний 218. 2023 год ОРВИ составил 12602; О.Трахеиты и О.ларингит 395; Грипп 9; пневмоний 524. В основном преобладают взрослые от 20-40 лет. Критерием исключения являлся covid-19.

Заключение. *Пик ОРВИ был отмечен в 2022 году. Частым осложнением до 45 лет острые трахеиты, средняя продолжительность на больничном листе 7 дней. При наличии пневмонии продолжительность болезни 14 дней*

ОСТРОЕ СЕПТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

КАЛЯМОВА А.В., ПАЛЬМОВА Л.Ю., ГАЙНУЛЛИН И.И., СИТДИКОВА Д.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Описание клинического случая. Женщина 37 лет, жалобы на повышение температуры тела до 40°C градусов в течение последнего месяца, постоянные боли в голеностопных, коленных, в мелких суставах кистей и стоп, а также по ходу позвоночника. В анамнезе ОНМК (2011г., 2016г.), пересадка кубитального нерва (2012г.), внутриутробная гибель плода (2015г.), гемитиреоидэктомия (2017г.), акушерский сепсис после первой беременности.

Общее состояние тяжелое за счет интоксикации и отечного синдрома. Температура тела - 39,5°C, телосложение астеническое (ИМТ - 18,4 кг/м). Кожные покровы бледные с землистым оттенком. Единичные петехиальные высыпания на грудной клетке в области грудины. Частота дыхательных движений 18 в минуту, при аускультации дыхание везикулярное, патологических шумов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушенные, ритмичные с частотой сердечных сокращений 89 в минуту, АД - 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отмечаются умеренно выраженные не симметричные отеки стоп и голеней (до средней трети) с двух сторон. В тяжелом состоянии пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение с предварительным диагнозом: Лихорадка неясного генеза. Антифосфолипидного синдрома. Острый пиелонефрит?

Результаты исследований. Лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9$ /л, анемия средней степени тяжести, тромбоцитопения, повышение уровня СОЭ до 25 мм/час; гипопропротеинемия, увеличение маркеров воспаления (прокальцитонина и СРБ), Д-димера, уровня лактатдегидрогеназы, обнаружение волчаночного антикоагулянта и антинуклеарного фактора. По данным ЭКГ: синусовая тахикардия. ЧСС 112 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. ЭХО-КГ: асимметричная гипертрофия левого желудочка. Умеренная дилатация левого предсердия. Фракция выброса 69% (по Симпсону). Магнитно-резонансная томография головного мозга: МР-признаки образования левой гемисферы головного мозга с патологическим паттерном контрастирования и невыраженной ангиоэнцефалопатией лобных долей с двух сторон.

Клинический диагноз. Сепсис неуточненной этиологии. Инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана, подострое течение. Недостаточность МК 3-4 степени. ХСН I ст., ФК II. Системная красная волчанка с поражением суставов (артрит), кожи (сыпь), с иммунными нарушениями (положительные АТ к 2-спиральной ДНК, гипергаммаглобулинемия, высокий ЦИК), умеренной активности. Вторичный АФС. После проведения комбинированной антибактериальной и стероидной терапии, инфузии низкомолекулярных растворов была достигнута положительная динамика в виде снижения уровня лихорадки и улучшения показателей крови (снижение лейкоцитов, СОЭ, ЛДГ, СРБ, прокальцитонина, Д-димера).

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует наличие 2-х важных взаимоотношающихся друг друга патологий: острого септического состояния, инфекционного эндокардита и аутоиммунной патологии в виде СКВ и АФС у молодой женщины. Таким образом, лихорадка неясного генеза требует тщательного анализа всех клинико-лабораторных и инструментальных данных для быстрой и эффективной диагностики конкретных заболеваний. Следует обращать особое внимание на проявления органных дисфункций и системного воспалительного ответа. Верификация и адекватная терапия установленных заболеваний позволит снизить риски неблагоприятных исходов.

В-КРУПНОКЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА И ВИРУС ГЕПАТИТА С

КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Медицинский центр «Гепар», г. Махачкала, Российская Федерация

Описание клинического случая. Успешное лечение хронического гепатита С (ХГ С) у больной с диффузной В-крупноклеточной лимфомой. Клиническая картина: двухстороннее увеличение надключичных, околоушных, подмышечных лимфоузлов размером до 1 см, слабость, утомляемость.

Материалы и методы исследования. Диагноз установлен на основании биохимического, иммуноферментного анализа крови, полимеразно-цепной реакции, фиброэластометрии, морфологического, иммуногистохимического исследования биопсийного материала лимфоузла, ПЭТ-КТ.

Результаты. Установлено повышение АЛТ до 1,5 норм, анти HCV IgG+, РНК ВГС в титре 10х5 коп/мл, генотип 1в, стадия F2 по шкале METAVIR. Биопсия лимфоузла: морфологическая картина соответствует диффузной В-крупноклеточной лимфоме. Иммуногистохимическое исследование показало позитивность по CD20, MUM1, BCL-6. ПЭТ-КТ: изменения в шейных, подвздошных, внутригрудных лимфоузлах соответствуют опухолевым. Проведена противовирусная терапия ХГ С комбинацией Софосбувир/Велпатасвир (400/100 мг) продолжительностью 12 недель с достижением УВО.

Заключение. *Противовирусная терапия ХГС способствовала улучшению клинической картины и достижению устойчивого вирусологического ответа у больной с диффузной В-крупноклеточной лимфомой. Продолжается наблюдение за пациенткой совместно с онкологом.*

АССОЦИАЦИЯ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА И СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, РАССЧИТАННОЙ ПО КАЛЬКУЛЯТОРУ СКD-EPI CYST 2012

КИМ Т.Ю., РОДЧЕНКО Т.А., ЧУЙКОВА Л.И., НУРМИЕВА Л.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. В отличие от креатинина, повышение цистатина С (цистатин) указывает на преклиническое заболевание почек с высоким риском прогрессирования в клиническую стадию и развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Кардиометаболические факторы риска (КМФР) могут быть ассоциированы с развитием почечной дисфункции и поэтому оценка функции почек по цистатину и ранний скрининг с коррекцией КМФР у пациентов молодого возраста является актуальным.

Цель. Проанализировать особенности взаимосвязи КМФР и скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по калькулятору СКD-EPI Cyst 2012 (Cyst2012).

Материал и методы. У 94 пациентов (М/Ж=52,1%/47,9%) в возрасте Me 36,0 [32,75-39,0] лет были проанализированы КМФР: избыточная масса тела (ИЗМТ), конституциональное ожирение, абдоминальное ожирение (АО), уровень висцерального жира (УВЖ), уровень АД \geq 130/85 мм рт.ст., дислипидемия с расчетом холестерина липопротеидов невысокой плотности (ХС-нелВП), нарушения углеводного обмена, инсулинорезистентность, микроальбуминурия, СКФ рассчитывалась по уровню сывороточного креатинина и цистатина при помощи двух калькуляторов – СКD-EPI 2012 креатинин и СКD-EPI 2012 цистатин.

Критерии невключения: кардиометаболические заболевания (КМЗ) и верифицированные заболевания почек, ХБП. Данные обрабатывались в SPSS Statistics 26.

Результаты. В общей когорте наиболее часто регистрировались ИЗМТ/ожирение (60,6%), АО (50%), ХС-ЛПНП $>$ 3 ммоль/л (59,6%), ХС-нелВП (51,1%). Медиана СКФ во всей выборке составила 105,3 мл/мин/1,73м². Для анализа выделены 2 группы в зависимости от величины СКФ, рассчитанной по Cyst2012. Первая с СКФ \geq 90 мл/мин/1,73м² (n=69;73%) со средним уровнем цистатина – 0,71 мг/л. Вторая с СКФ=89-60 мл/мин/1,73м² (n=25;27%) и цистатином – 0,9 мг/л. Пациенты 2 группы были старшего возраста по сравнению с первой, соответственно (38 и 35 лет; 0,003) и у них чаще встречалось: АО (68% и 43,5%; p=0,036), повышение ХС-нелВП (72% и 43,5%; p=0,015) и имелась тенденция к повышению частоты встречаемости лиц с ИЗМТ/ожирением (76% и 55,1%; p=0,067).

Заключение. Несмотря на включение в исследование лиц без хронической болезни почек и других КМЗ, установлена более высокая частота АО, повышенного уровня ХС-нелВП, а также наблюдалась тенденция к повышению частоты ИЗМТ/ожирения у пациентов с СКФ=60-89 мл/мин/1,73м², рассчитанной по калькулятору Cyst2012.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОВЕДЕНИИ УГЛУБЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ У СПОРТСМЕНОВ СБОРНЫХ КОМАНД КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

КЛИПКО Е.П.

*ГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» МЗ КК,
г. Краснодар, Российская Федерация*

Цель. Предупреждение случайной гибели во время спортивных соревнований по причине ранее нераспознанных заболеваний, всем спортсменам сборных команд Краснодарского края проводится углубленный медицинский осмотр, включающий комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) всех систем и органов.

Материалы и методы. За период с 2021-2024г.г. было выявлено большое количество потенциально опасных патологий. УЗИ органов желудочно-кишечного тракта обнаружило наличие лимфобластного поражения селезенки, которое впервые проявило себя болями в пояснице после бега, что ранее терапевтами было расценено как «вертеброгенная мышечно-тоническая люмбалгия».

Результаты. Были выявлены аномалии развития почек, в частности, формы нефроптоза, которые способствуют развитию воспалительных заболеваний почек, мочекаменной болезни, препятствуют активным занятиям некоторыми игровыми и тяжелоатлетическими видами спорта. Установлены различные врожденные пороки сердца: аномалия количества створок клапанов, дефекты межпредсердной перегородки, кардиомиопатия, которые привели к отстранению от участия в соревнованиях 6 человек. 5 из них знали о своем заболевании и скрывали его, осознанно идя на риск.

УЗИ щитовидной железы выявило 2 случая рака щитовидной железы. При сонографии магистральных сосудов шеи обнаружено 9 случаев аномалий развития, включая патологическое стенозирование, при которых риск развития «сосудистой катастрофы» весьма высок. В женских командах среди патологических образований гениталий доминировали кисты яичников, в том числе и тератома, которые, в случае допуска девушек к спортивным нагрузкам, могли вызвать их разрыв и острые кровотечения во время соревнований. Эхоэнцефалоскопия показала наличие внутричерепной гипертензии у 4 спортсменов, а при последующем магнитно-резонансном сканировании головного мозга у 1 молодого человека была выявлена «молчащая» сосудистая аневризма, которая в любой момент могла прорваться и привести к геморрагическому инсульту. В 2 случаях выявлялась внутричерепная гипертензия, являющаяся следствием перенесенных черепно-мозговых травм, полученных на спортивных площадках и приводящих к головным болям и другой мозговой симптоматике. При этом молодые спортсмены всячески скрывали свое недомогание как от медицинских работников, так и от тренеров.

Заключение. Таким образом, комплексное УЗИ помогает выявить нарушения у «клинически здоровых» лиц и предупредить неблагоприятные последствия «скрытых» нарушений здоровья у спортсменов, и тем самым снизить риск смерти «на финише».

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

КОТОВА И.С.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Актуальность. Многочисленные исследования подтверждают факт влияния тревожно-депрессивного расстройства на возникновение и течение различной соматической патологии, в частности со стороны сердечно-сосудистой системы, патологические изменения которой занимают первое место в структуре смертности. В связи с данным утверждением возникает необходимость предупредить и выявить факторы, повышающие риск формирования тромбоцитарных агрегатов, что лежит в основе ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда.

Цель. Проанализировать показатели агрегационной способности тромбоцитов (АСТр) у лиц молодого возраста с выявленными тревожно-депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. Обследованию подлежали 128 лиц (56 мужчин и 72 женщины), молодого возраста (средний возраст $38,2 \pm 0,7$), которые не имеют клинического диагноза со стороны внутренних органов и систем и считают себя практически здоровыми. Предварительно 596 исследуемым было предложено анкетирование с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии и опросника Спилбергера-Ханина, в результате чего была сформирована группа А (52 человека) куда входили лица, у которых по результатам опросников диагностировалось тревожное расстройство, группа Б (76 человек) состояла из лиц, у которых не было выявлено тревожного расстройства и нарушений со стороны внутренних органов. Спонтанную и АДФ-индуцированную АСТр изучали с использованием стандартного раствора АДФ (аденозин-5 ϕ -дифосфат динатриевая соль, «Ренам») на лазерном агрегометре НПФ БИОЛА 230 LA. Математическая обработка полученных данных выполнялась с использованием лицензионных программ «Microsoft Excel» и «Statistica».

Достоверность различий оценивалась с использованием U-критерия Манна — Уитни.

Результаты: Все показатели АСТр у больных группы А, кроме степени дезагрегации (СРДА), были повышенными. Статистически значимое увеличение показателей АСТр наблюдалось преимущественно за счет показателя АДФ-индуцированной агрегации (СРАадф), который превышал аналогичный в группе Б в 1,2 раза. У пациентов группы А уровень максимального наклона кривой среднего радиуса АДФ - индуцированной агрегации (СРМНадф) достоверно превысил аналогичный в группе Б в 1,15 раз ($p < 0,001$).

Заключение. У лиц с выявленными тревожно-депрессивными расстройствами могут наблюдаться микрососудистые изменения, проявляющиеся нарушением АСТр, преимущественно за счет повышения СРАадф и СРМНадф, что отражает гиперагрегационную готовность к тромбообразованию в микроциркуляторном русле.

ИСКОМЕТРИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

КУДРЯВЦЕВА В.Д., ЕВСЕВЬЕВА М.Е.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Определение сердечно-сосудистого риска (ССР) у лиц молодого возраста значительно отличается от таковой оценки у возрастного контингента. Чаще у молодежи имеется низкий абсолютный риск, который может маскировать высокий относительный риск. Одним из потенциально применимым маркером оценки ССР является артериальная жесткость (АЖ).

Цель. Изучить особенности рискометрического потенциала артериальной жесткости на примере сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В исследовании принимало участие 176 студентов (69 юношей, 107 девушек) в возрасте от 18 до 25 лет на базе Центра здоровья и антивозрастной медицины научно-инновационного объединения ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ. Для определения у них относительного суммарного ССР использована шкала относительного сердечно-сосудистого риска. Для изучения показателя артериальной жесткости использовался сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) измеренный на аппарате VaSera VS-1500N (Fukuda Denshi, Япония). Лица, входящие в третий CAVI-терциль, как самый неблагоприятный по АЖ выделялись как носители преждевременного сосудистого старения. Обработка полученных данных проведена с помощью статистических программ: Microsoft Excel 2017.

Результаты. В результате оценки категории риска по шкале относительного ССР было установлено, что большинство лиц молодого возраста имеют низкий ССР, что вполне ожидаемо для молодого возраста. Среди юношей 11,6% были в категории умеренного риска, среди девушек это значение составило лишь 0,9%. Проведенный нами ангиоскрининг продемонстрировал наличие значительного числа среди молодежи носителей преждевременного сосудистого старения – среди юношей в категории умеренного риска 12,5% и среди низкого риска 39,3%, тогда как у девушек – более 42,1% среди лиц с низким относительным риском.

Заключение. *Применение рискометрических шкал является массовым, но недостаточно эффективным методом для оценки ССР у лиц молодого возраста. У них повышенный уровень CAVI должен рассматриваться в виде фактора развития сердечно-сосудистых заболеваний. Своевременная диагностика доклинического поражения сосудистой стенки, как органа мишени имеет большое значение для оценки риска развития коронарной и цереброваскулярной патологии.*

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

КУЗЬМИНА В.А., ЛУГОВАЯ Л.А., БУШУЕВА А.В.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность. Панкреатогенный сахарный диабет (ПСД) характеризуется вариабельностью клинической картины в связи с широким спектром заболеваний, ассоциированных с ним. На данный момент нет ясных алгоритмов ведения данной группы пациентов, тогда как требует зачастую мультидисциплинарный подход.

Цель. Исследовать структуру пациентов с ПСД и оценить влияние хронического панкреатита (ХП) на течение болезни.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование с включением 84 пациентов с ПСД. Анализировались данные историй болезней пациентов. Во внимание принимались анамнестические, клинико-лабораторные параметры, а также характеристика проведенного лечения и его ближайшие результаты.

Результаты. Анамнез ПСД составил 2 [0; 7] года. Длительность ХП была 7 [2; 18] лет. Прямая корреляционная связь длительностей ПСД и ХП ($R=0,74$, $p=0,000$) подчеркивает их причинно-следственную связь. Возраст пациентов составил 47 [39; 56] лет. 10,7% – женщины, 89,3% – мужчины. Медиана госпитализации – 15 [13; 18] дней. Длительность госпитализации имела прямую корреляционную связь с наличием боли, обусловленной ХП ($R=0,26$, $p=0,017$), уровнем скорости оседания эритроцитов (СОЭ) ($R=0,63$, $p=0,005$) и амилазы крови ($R=0,44$, $p=0,007$). Таким образом, обострение ХП увеличивает длительность госпитализации пациентов с ПСД. Анализ связи длительности ХП и осложнений ПСД выявил прямую связь с наличием диабетической полинейропатии ($R=0,45$, $p=0,001$), макроангиопатии ($R=0,33$, $p=0,03$), а также гипогликемии ($R=0,34$, $p=0,03$), что подчеркивает влияние длительности ХП на тяжесть течения ПСД. Обратило внимание, что 91,6% пациентов не получали лечение ХП до госпитализации. Для компенсации углеводного обмена 80% пациентов потребовалась инсулинотерапия в базис-болюсном режиме, остальные получали таблетированную сахароснижающую терапию в комбинации с инсулином длительного действия. Назначенная терапия способствовала значимому снижению глюкозы крови с 19 [13; 26,4] до 7,6 [6,7; 9,1] ммоль/л ($p=0,000$). Дозы инсулина имели прямую связь с длительностью ХП ($R=0,52$, $p=0,02$), что может указывать на прогрессирование эндокринной недостаточности при длительно текущем ХП.

Заключение. Длительность госпитализации пациентов с ПСД увеличивается при наличии признаков обострения ХП. Длительное течение ХП сопровождается большей частотой эпизодов гипогликемии, поздних осложнений панкреатогенного сахарного диабета, таких как полинейропатия и макроангиопатия.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

КУРКОВА.А.Е, ХАММАТУЛЛИНА Т.Р., САТТАРОВА Ф.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) — распространенное урологическое заболевание преимущественно хронического течения, которое требует особого внимания и обязательного лечения. По мировым данным этим заболеванием страдают около 4% населения.

Республика Татарстан является эндемичной территорией по распространенности МКБ. В связи с этим, актуальным является изучение тенденций заболеваемости, что позволит в дальнейшем разработать специальные профилактические мероприятия, которые помогут уменьшить случаи рецидива данной патологии.

Цель. Сравнительный анализ распространенности МКБ в зависимости от особенностей питания.

Материалы и методы. Для проведения исследования был проведен онлайн опрос. По итогам была собрана и обобщена информация по основным показателям, характеризующим заболеваемость МКБ взрослого населения. В опросе приняли участие 85 человек в возрасте от 18 до 83 лет, выбранных в случайном порядке, среди которых: женщины – 71%, мужчины – 29%.

Результаты. По итогам опроса выявлено МКБ у 12 человек – 14%. Из них наибольшая распространенность выявилась среди опрошенных старше 35 лет - 9 человек, что соответствует 75%. Одновременное заболевание желчекаменной болезни (ЖКБ) и МКБ обнаружилось у 2 респондентов (16,6%).

МКБ с большей вероятностью выявляется у больных, которые часто (практически каждый день или 4-5 раз в неделю) употребляют в пищу чай или кофе – 10 больных (83%), соленую пищу – 5 больных (42%). А также выявлена связь с характером питания: увеличение в рационе продуктов, содержащих оксалаты, а именно шпината, петрушки и щавеля, приводит к росту МКБ – заболевание диагностировано у 3 больных (25%).

Заключение. *Полученные данные свидетельствуют об эндемичности территории по МКБ, так как результаты значительно превышают распространенность уролитиазом во всем мире. Выявлена связь МКБ с характером питания, а именно: частый прием соленой, богатой оксалатами растительной пищи и частое употребление чая предрасполагает к развитию заболевания. Но, необходимо учитывать, что у нас была небольшая выборка и полученные результаты не можем применять на большую группу населения.*

ВЛИЯНИЕ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА КОЖНУЮ МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

ЛЕВИТАН Б.Н., ТИТАРЕНКО Ю.Б., САЛЬНИКОВА Г.Г., СЕРДЮКОВА Т.В.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Российская Федерация

Цель. Изучить изменения кожной микроциркуляции (КМ) у больных хроническими заболеваниями печени (ХЗП) до и после курса лечения методом плазмафереза (ПФ)

Материал и методы. Методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) проведено исследование КМ у 23 пациентов с ХЗП (16 больных хроническим гепатитом и 7 – циррозом печени класса А по Чайлд-Пью) до и после курса из 3-5 процедур ПФ. Контрольную группу (КГ) составили 23 практически здоровых донора. Исследования проводились в точке 1, расположенной в биологически активной зоне печени и точке 2, находящейся на правом предплечье, которая бедна артериоло-венулярными анастомозами и максимально отражает кровоток в капиллярной сети. При анализе ЛДФ-грамм определяли показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратическое отклонение (СКО) и коэффициент вариации (Кв).

Результаты: при анализе ЛДФ-грамм в точке 1 у больных ХЗП до курса ПФ наблюдалось усиление базального кровотока. Зарегистрировано достоверное ($p < 0,05$) увеличение ПМ и СКО, по сравнению с КГ (соответственно, $13,9 \pm 1,3$ прф.ед и $1,8 \pm 0,2$ прф.ед против $7,8 \pm 1,5$ прф.ед и $1,0 \pm 0,2$ прф.ед). После курса ПФ показатель ПМ составил $9,4 \pm 1,4$ прф. ед., что было достоверно ($p < 0,05$) ниже исходных значений и приближалось к показателям в КГ. СКО и Кв после курса ПФ также имели тенденцию к снижению, но различия с исходными параметрами не были достоверными. Результаты ЛДФ-метрии в точке 2 при ХЗП, как до, так и после курса ПФ были менее выражены, чем в точке 1. До проведения ПФ при ХЗП имелось только достоверное ($p < 0,05$) увеличение средних значений ПМ, по сравнению с КГ. После курса ПФ у больных ХЗП в точке 2 также наблюдалась тенденция к улучшению параметров ЛДФ, но различия не были достоверными.

Заключение. *Исследование КМ у больных ХЗП выявило ее улучшение после курса ПФ, что свидетельствует о реокорректирующем эффекте ПФ и. позволяет рекомендовать метод ЛДФ для оценки эффективности терапии.*

ВИТАМИН D КАК КОМПОНЕНТ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СД И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЛИХАЧЕВА А.П., АГРАНОВИЧ Н.В., КЛАССОВА А.Т.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

Ставропольский краевой клинический многопрофильный центр, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Изучение влияния витамина D на прогрессирование почечной недостаточности у пациентов, страдающих СД.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» города Ставрополя, Россия. Продолжительность исследования составила 3 года – с 2019 по 2022 гг. В исследовании приняли участие 205 пациентов с СД и 35 условно здоровых лиц. Всем пациентам были проведены исследования крови на определение уровня витамина D, креатинина, мочевины, глюкозы, паратиреоидного гормона, гомоцистеина, интерлейкина-6, интерлейкина-8 и рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Все пациенты были разделены на 3 группы:

- основная группа (n=140; 58,3%) – пациенты с СД и ХБП, получавшие терапию холекальциферолом;
- группа сравнения (n=65; 27,1%) – пациенты с СД и ХБП, не получавших терапию витамином D;
- контрольная группа (n=35; 14,6%) – условно здоровые лица.

Статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью пакета программ «SPSS Statistics 21.0» («SPSS Inc IBM Company», США).

Результаты. Проанализировав полученные данные, мы выявили прямую и сильную корреляционную связь между уровнем 25(ОН)D и СКФ у больных СД ($r_{xy} = +0,913$, $p < 0,001$). Также была установлена сильная, обратная, статистически значимая взаимосвязь между содержанием 25(ОН)D и уровнями креатинина $r_{xy} = -0,770$, мочевины в сыворотке крови $r_{xy} = -0,805$. Исследование показало, что недостаток витамина D достоверно влиял на увеличение уровня паратиреоидного гормона $r_{xy} = -0,829$, интерлейкина-8 $r_{xy} = 0,803$, интерлейкина-6 $r_{xy} = -0,710$ и гомоцистеина $r_{xy} = -0,726$ в сыворотке крови ($p < 0,05$). Данных о прямом влиянии уровня витамина D на показатели глюкозы в исследовании получено не было. На фоне витаминотерапии у всех больных СД в основной группе зафиксировано снижение креатинина в сыворотке крови. В группе сравнения, не получавшей холекальциферол, динамика показатели азотвыделительной функции почек была отрицательной, не смотря на активную нефропротективную терапию.

Заключение. Холекальциферол является препаратом выбора при лечении хронической болезни почек и эндотелиальной дисфункции у пациентов с сахарным диабетом и должен быть рассмотрен в качестве дополнительного компонента нефропротективной терапии у такой категории больных.

ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ДИАГНОЗОМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

ЛУГОВАЯ Л.А., ПОЧИНКА И.Г.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность. Влияние дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) на хроническую сердечно-сосудистую патологию известно давно, однако ее действие на острые события изучено недостаточно, и данные зачастую противоречивы.

Цель. Установить влияние уровня тиреотропного гормона (ТТГ) на особенности течения острого коронарного синдрома, а также на отдаленный прогноз в данной группе пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование 390 историй болезней пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), у которых проводилась оценка тиреоидного статуса. Оценивались анамнестические и клиничко-лабораторные данные. 2 этап – анализ смертности в отдаленном периоде по данным, полученным через полгода от окончания набора.

Результаты. Пациенты составили 2 группы в зависимости от уровня ТТГ: 1 группа — 302 пациента с нормальным ТТГ (от 0,45 до 5,00 мкЕд/мл), 2 группа — 88 пациентов с ТТГ вне референсных значений. Медиана наблюдения составила 588 дней. Группы не различались по полу, возрасту и наличию сахарного диабета (СД) в анамнезе. Отмечалась тенденция к более частому развитию инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST) во 2 группе (26 и 36%, $p=0,06$). Частота ИМ без подъема ST и нестабильной стенокардии не отличалась. Были сопоставимы тяжесть острой сердечной недостаточности, результаты селективной коронарографии и стентирования. Отмечено, что пациенты с нарушенной функцией щитовидной железы чаще отказывались от интервенционных вмешательств ($p=0,038$). Больничная смертность не имела различий. 2ой этап исследования показал, что значительно выше смертность в отдаленном периоде после ОКС была в группе 2 (12 и 24%, соответственно; $p=0,005$). Однофакторный анализ установил, что наличие уровня ТТГ вне референса сопровождается увеличением риска смерти в 1,9 раз (95% ДИ 1,1 – 3,2). Согласно многофакторному анализу, наряду с возрастом старше 75 лет и СД, нарушенная функция ЩЖ приводит к повышению риска смерти в отдаленном периоде после ОКС в 1,8 раз.

Заключение. *При нарушении функции ЩЖ отмечается тенденция к более частому развитию ИМспST сравнительно с пациентами с эутиреозом. Отклонение ТТГ от нормы увеличивает риск смертельного исхода в отдаленном периоде после ОКС в 1,8 раз.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЖИТЕЛЯМИ СТАВРОПОЛЬЯ

МАЛЫХИН Ф.Т., РОМАНОВА Е.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Изучение использования на Ставрополье средств альтернативной медицины.

Материалы и методы. С помощью адаптированного опросника (Chao M.T. et al., 2008; Patel S.J. et al., 2017) проведено простое, открытое, поперечное исследование, включавшее анонимное онлайн-анкетирование. Сравнение частотных показателей в независимых выборках проведено с помощью критерия Фишера и критерия Краскела-Уоллиса. Статистически значимым считали $p < 0,05$.

Результаты. В исследование методом сплошной выборки включены ответы 113 респондентов, в том числе 2,7% медицинских работников. Исследование с участием 54,0% женщин и 46,0% мужчин проведено в 2023 году. 72,6% опрошенных женаты/замужем, 77,0% респондентов работали, 16,8% находились на пенсии. 91,2% опрошенных имеют полис медицинского страхования. 28,3% респондентов сталкивались с отсрочкой лечения из-за высокой его стоимости. 45,1% опрошенных имеют медработника, к которому они обычно обращаются, когда болеют или нуждаются в оказании медпомощи. 54,9% респондентов в разной степени не удовлетворены качеством оказываемой им в течение предыдущих 2 лет медпомощи. 19,5% опрошенных утверждают (субъективное мнение), что ему или кому-либо из членов его семьи давали «неправильное» лекарство или неверную его дозировку при отоваривании рецепта в аптеке или во время госпитализации. В то же время 85,0% респондентов считают, что врач во время приема выслушал всё, что они ему хотели сказать. 88,5% опрошенных в свою очередь поняли все, что говорил им врач. Только 64,6% респондентов при использовании более чем 1 вида альтернативной терапии в анамнезе сообщали об этом своему врачу.

Заключение. В соответствии с результатами опроса, более 50% опрошенных в разной степени не удовлетворены качеством оказанной им медицинской помощи. Почти каждый пятый из респондентов считает, что ему или члену его семьи давали «неправильное» лекарство или неверную его дозировку. Примерно каждый четвертый из опрошенных сталкивался с временной отсрочкой проведения необходимого им лечения методами современной медицины из-за высокой его стоимости. Возможно, это явилось одной из главных причин утаивания частью респондентов от своего лечащего врача при проведении опроса факта применения ими как пациентами средств или методов альтернативной медицины.

СЛОЖНОСТИ ПОДБОРА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

МАММАЕВ С.Н., КАСАЕВА Э.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава
ГБУ РД «РКБ», им. А.В. Вишневского, Медицинский центр «Гепар», г. Махачкала,
Российская Федерация

Описание клинического случая. Сложное ведение пациента с циррозом печени в исходе хронического гепатита С (ХГС), в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП), фибрилляцией предсердий, после реваскуляризации сердца.

Анамнез заболевания. Длительно страдал поликистозом почек, симптоматической артериальной гипертензией и развитием ХБП. С 2013 года на системном гемодиализе, в 2014 году обнаружен вирус гепатита С. При очередном обследовании в 2019 году отечно-асцитический синдром, спленомегалия, выставлен диагноз: Цирроз печени класс А по Чайлд-Пью в исходе ХГС. Проведена противовирусная терапия ХГС комбинацией Софосбувир/Велпатасвир (400/100мг) продолжительностью 12 недель с достижением УВО. С 2020 года пароксизмы мерцательной аритмии. В августе 2023 года с появлением внезапных болей за грудиной, госпитализирован в РКБ в отделение ОКС, с диагнозом ИБС не – Q инфаркт миокарда. Проведено стентирование ствола левой коронарной артерии. Назначена терапия клопидогрела и варфарина с контролем МНО.

10.01. 2024 года поступил в РКБ с жалобами на одышку и головокружение.

Результаты обследования. В анализах крови гемоглабин – 87 г/л, тромбоциты – 304 г/л, АЛТ – 8,5 ед/л., АСТ – 4.2 ед/л. ПТИ – 21%, МНО – 3,8с., АЧТВ – 40 с., креатинин – 645 мкмоль/л. МСКТ головного мозга: картина острой субдуральной гематомы, множественных геморрагических очагов в правой височной доле и стволе головного мозга. 11.01.2024 года констатирована смерть.

Заключение. Наличие цирроза печени у больного с хронической болезнью почек и высоким сердечно сосудистым риском необходимо учитывать при назначении антикоагулянтной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ИЛИ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

МАРТИРОСЯН А.А., АРУТУНЯН А.Н., ФЕНДРИКОВА А.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия

Заболеваемость и смертность, связанные с такими нарушениями ритма сердца как фибрилляция (ФП) и трепетание предсердий (ТП), неуклонно растут. В связи с этим большое внимание уделяется поиску и применению наиболее эффективных средств восстановления синусового ритма. С этой целью в настоящее время все чаще используется медикаментозная кардиоверсия, которая, благодаря циркуляции в крови лекарственного средства на протяжении определенного периода времени, позволяет снизить риск ранних рецидивов аритмии. 4-Нитро-N-[(1RS)-1-(4-фторфенил)-2-(1-этилпиперидин-4-ил)этил]бензамида гидрохлорид (Рефралон, Россия) - антиаритмический препарат из класса , который в ряде клинических исследований доказал свою эффективность в купировании пароксизмов ФП и ТП. По мнению ряда авторов, его результативность сопоставима с электроимпульсной терапией, в отличие от большинства других антиаритмических препаратов. В данной работе представлена сравнительная оценка эффективности и безопасности Рефралона и амиодарона, применяющихся в медикаментозной кардиоверсии пароксизмов нарушений ритма сердца.

Цель. Сравнить эффективность и безопасность современных антиаритмических препаратов(4-Нитро-N-[(1RS)-1-(4-фторфенил)-2-(1-этилпиперидин-4-ил)этил] бензамида гидрохлорид (Рефралон) и Амиодарон) в медикаментозной кардиоверсии при купировании пароксизмов фибрилляции и/или трепетания предсердий у коморбидных пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы 64 истории болезней пациентов кардиологического отделения № 1 ГБУЗ ККБСМП. Критерии включения в данное исследование - наличие пароксизма ФП, ТП, ФП и ТП у коморбидных пациентов, находящихся на консервативном лечении нарушения ритма сердца. Произведена обработка результатов исследования при помощи программы Statistica 12.0 (StatSoftInc, США). Среди госпитализированных достоверно определен пароксизм ФП у 54 человек, ТП – у 10. Диапазон возраста пациентов составил от 46 до 84 лет (Me=69).

Длительность пароксизмов фибрилляции и/или трепетания предсердий с момента начала медикаментозного воздействия до восстановления синусового ритма – от 15 минут до 15 суток (за исключением случая 1 пациента). Обязательному подсчету подлежали следующие данные: креатинин (ME=108 мкмоль/л), СКФ (ME=46 мл/мин/1,73м²), размер левого предсердия (ME=42 мм), толщина стенок межжелудочковой перегородки (ME=11 мм), толщина задней стенки левого желудочка (ME=10 мм), фракция выброса (ME=более 55%). Все вышеперечисленные параметры были учтены в сравнительном анализе эффективности и безопасности препаратов современной медикаментозной кардиоверсии. За параметр эффективности были оценены: скорость восстановления синусового ритма после первого введения антиаритмического средства, частота рецидивов аритмии в стационаре и после выписки пациентов; за параметр безопасности - отсутствие ухудшения состояния пациентов после проведения медикаментозной кардиоверсии. Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 12.0 (StatSoftInc, США).

Результаты. Были проанализированы 64 истории болезней пациентов с нарушениями ритма сердца по типу фибрилляции и трепетания предсердий. Число мужчин и женщин

во второй группе было одинаковым, а в первой составило 37 % - мужского пола и, соответственно, 63 % - женского. В обеих группах фибрилляция или трепетание предсердий встречались с частотой у 84% человек в первой группе и у 96% во второй. Сопутствующие патологии, такие как постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, другие нарушения ритма сердца, сахарный диабет 2 типа, ожирение, заболевания щитовидной железы и цереброваскулярные патологии) были зафиксированы одинаково часто у больных как из первой, так и из второй групп. В первой группе - 30 человек с фибрилляцией предсердий (90% от 33 человек) и 3 человека с трепетанием предсердий (10% от 33 человек), а во второй группе: с ФП - 24 человека (77 % от 31 человек), с ТП – 7 человек (23 % от 31 человек). Статистической разницы между количеством пациентов с ФП и ТП в двух группах не было зафиксировано. В ходе терапии рефралон пароксизмы купировались значительно чаще, чем у пациентов, получавших его аналог - амиодарон, как основной антиаритмик. Так, восстановление синусового ритма отмечалось у 30 пациентов (90%) в первой группе, а во второй группе - у 6 человек (19%), ($p=0,02$). При корреляционном анализе зафиксирована статистически значимая разница частоты купирования пароксизмов в группе пациентов, получавших Рефралон ($p<0,05$). В этой же группе к моменту выписки из стационара у всех пациентов фиксировался синусовый ритм на ЭКГ, в то время как во второй группе у двух пациентов через 2 дня после купирования пароксизма наблюдался рецидив, по поводу чего они вновь были госпитализированы. Несмотря на принадлежность амиодарона и его аналога к III классу антиаритмических средств, Рефралон показывает большую эффективность в купировании пароксизмов фибрилляций и трепетаний предсердий за счет более выраженного воздействия на рефрактерный период кардиомиоцитов, в особенности тех из них, которые располагаются в устьях легочных вен.

Заключение. *Антиаритмический препарат Рефралон показал более высокую эффективность и безопасность в купировании приступа ФП или ТП, чем его аналог - Амиодарон.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» г. Казань, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка С., 35 лет, на сроке беременности 28 недель обратилась к акушер-гинекологу с жалобами на общую слабость, подъем температуры до 37,5о С в вечернее время на протяжении 2 недель.

Было рекомендовано сдать общий анализ крови, С-реактивный белок (СРБ), ферритин сыворотки, коагулограмму. Общий анализ крови: гемоглобин 109 г/л, эритроциты $4,10 \times 10^{12}/л$, гематокрит 35,3%, лейкоциты $10,81 \times 10^9/л$, лейкоформула без особенностей, СОЭ 61 мм/ч. СРБ 63,57 мг/л. Ферритин 47.7 мкг/л. Коагулограмма без особенностей.

Ввиду наличия изменений в анализах, беременной была рекомендована консультация терапевта.

При проведении объективного обследования, врачом были пропальпированы увеличенные шейные, затылочные, надключичные лимфатические узлы. По характеристике: безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями, подвижные размером до 2 сантиметров. Выставлен предварительный диагноз: Беременность II, 30 недель.

Генерализованная лимфаденопатия шейных, затылочных, надключичных лимфатических узлов неясного генеза. Было рекомендовано пройти дополнительное обследование, с последующей консультацией гематолога.

УЗИ лимфатических узлов: Генерализованная лимфаденопатия.

После анализа полученных данных врачом-гематологом выставлен предварительный диагноз: Беременность II, 30 недель. Лимфома Ходжкина?

Рекомендовано проведение биопсии шейных лимфатических узлов, с проведением иммуногистохимического анализа, компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки.

Заключение микроскопического исследования биоптата шейных лимфатических узлов: Морфологическая картина классической лимфомы Ходжкина.

Заключение иммуногистохимического анализа: Картина классической лимфомы Ходжкина, вариант нодулярного склероза второго типа (CLH NS2).

Заключение КТ органов грудной клетки: Лимфаденопатия средостения.

Консилиумом врачей было принято решение о родоразрешении на сроке 36, с последующей госпитализацией в онкологический диспансер для проведения химиотерапии по схеме ABVD. Выставлен диагноз: Лимфома Ходжкина III В стадии с поражением шейных, над- и подключичных, средостенных лимфатических узлов в конгломерате, внутрибрюшных лимфатических узлов, селезенки.

Отличительная особенность данного клинического случая. *В приведенном нами клиническом наблюдении следует подчеркнуть, что беременность может стать провоцирующим фактором в развитии онкологических заболеваний. Обнаружение лимфомы Ходжкина на поздних сроках беременности не является показанием к экстренному родоразрешению. Так, у пациентки С, диагноз «Лимфома Ходжкина» был выставлен на сроке беременности 28 недель, родоразрешение же проведено на сроке 36 недель через естественные родовые пути.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРТРОПАТИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГЕМОФИЛИИ А

МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Описание клинического случая. В клинику обратился пациент А. 41 год с жалобами на выраженные боли и гнойное отделяемое из верхней трети левой голени. Из анамнеза известно, что пациент болен тяжелой формой гемофилии А, активность VIII фактора свертывания менее 1%. С 9 лет получает заместительную терапию концентратом фактора VIII. С детского возраста беспокоят гемартрозы, которые привели к развитию гемофилической артропатии. С 1986 по 2023 год перенес множественные переломы костей нижних конечностей с развитием осложнений в виде гематом, нагноений гематомы, контрактур левого голеностопного и коленного сустава, деформации костей бедра и голени. Пациенту неоднократно проводились оперативные вмешательства: дренирование нагноившихся гематом, пластика Ахиллова сухожилия, артролиз голеностопного сустава, тотальное эндопротезирование правого и левого коленного суставов. В 2021 году проведено последнее оперативное вмешательство в объеме: «Ревизионное эндопротезирование левого коленного сустава».

Наследственность отягощена: родной брат умер в раннем возрасте от тяжелой формы гемофилии.

При осмотре нижних конечностей - рубцы после перенесенных оперативных вмешательств, движения в коленных и голеностопных суставах затруднены в связи с контрактурой. В области бугристости левой большеберцовой кости обнаружен свищ с гнойным отделяемым, область кожи вокруг свища гиперемирована, пальпация болезненна.

В общем анализе крови нормохромная, нормоцитарная анемия 1 степени, лейкоцитоз до $10,2 \times 10^9$, лейкоформула без особенностей, тромбоцитоз. С-реактивный белок 10,2 мг/л. Коагулограмма: АЧТВ 62,8 сек, фибриноген 7,82 г/л, протромбин по Квинту 88,9%, МНО 1,06. Активность фактора VIII на фоне заместительной терапии 37,2%.

Пациент был обследован травматолог-ортопедом. В связи с развитием нагноительных осложнений принято решение направить пациента в отделение травматологии и реконструктивно-восстановительной ортопедии для больных гемофилией на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» МЗ РФ.

Отличительная особенность данного клинического случая. Несмотря на раннее установление диагноза, специфическая терапия началась только после развития серьезных повреждений костно-суставной системы, что послужило причиной инвалидизации пациента.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. *Своевременное начало заместительной терапии фактором свертывания в профилактических дозах является основным методом профилактики грозного осложнения гемофилии – гемофилической артропатии.*

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЗЛОВОГО ЗОБА У ПАЦИЕНТОВ С НЕДАВНИМ АНАМНЕЗОМ COVID-19

НЕКРАСОВ А.И., ЛУГОВАЯ Л.А.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Рядом исследований доказано возникновение патологии щитовидной железы (ЩЖ) на фоне COVID-19. Однако мнения о типах и специфике этих повреждений разнятся.

Цель. Оценить сонографические и цитологические особенности узлов ЩЖ, впервые выявленных в постковидном периоде, и определить их патогенетические взаимосвязи с перенесенной инфекцией, вызванной SARS-Cov-2.

Материалы и методы. Поперечное исследование включало 132 пациента с впервые выявленным узловым зобом (УЗ) в период с 2021 по 2022 год. Пациенты составили 2 группы: основная — 96 пациентов, перенесших COVID-19 от 3 до 9 месяцев назад, группа контроля — 36 пациентов без COVID-19. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) и цитологическое исследование узлов ЩЖ.

Результаты. Группы не отличались по возрасту. Частота мужчин в основной группе была значимо ниже, чем в контрольной ($p=0,03$). Период между перенесенным COVID-19 и постановкой диагноза УЗ составил $4,3 \pm 2,32$ месяца. Результаты сонографии не выявили различий в объеме ЩЖ. Исследуя узловое образование железы, обращала внимание большая частота встречаемости микрокальцинатов и кистозной трансформации ($p < 0,05$), а также тенденция к более частому выявлению гипоехогенной структуры узлов ($p=0,07$). Гетерогенность структуры ЩЖ чаще встречалась в основной группе, хотя не достигала статистической значимости ($p=0,08$), что можно связать с предрасположенностью перенесших COVID-19 пациентов к развитию аутоиммунных нарушений в железе. Корреляционный анализ выявил обратную связь наличия гипоехогенных узлов с уменьшением ТТГ ($R = -0,21$, $p=0,018$), и тенденцию связи микрокальцинатов с увеличением свТ4 ($R=0,16$, $p=0,071$), что позволяет предположить роль деструктивных процессов в формировании узлов. На этапе цитологического исследования в группе пациентов, перенесших COVID-19, в биоптате чаще выявлялись макрофаги ($p=0,017$), что также можно связать с деструкцией, происходящей в ЩЖ, возможно, спровоцированной инфекцией, и, в меньшей степени, лимфоцитарная инфильтрация ($p=0,09$), которая может сопровождать деструктивные и аутоиммунные процессы, протекающие в ЩЖ.

Заключение. Такие признаки узлов ЩЖ, как микрокальцинаты, гипоехогенность и кистозный компонент, выявленные посредством сонографии, а также наличие в биоптате макрофагальной и лимфоцитарной инфильтрации вероятнее всего ассоциированы с деструктивным процессом, происходящим в щитовидной железе в постковидном периоде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС КИНАЗ В СОСТАВЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ

НОВОЖЕНОВ В.Г., ТЕРЯЕВ А.С., ВОЛЧЕК И.А.

*ФГБУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва, Российская Федерация,
Филиал Военно-медицинской академии, г. Москва, Российская Федерация*

*ООО «Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии», г. Москва,
Российская Федерация*

ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Ингибиторы янус киназ являются важным средством для лечения аутоиммунитета. Однако, данные вещества обладают рядом серьезных побочных эффектов. Это ставит вопрос об исследовании возможности использования более низких доз препаратов путем создания фармацевтических композиций с веществами синергического действия.

Цель. Исследование возможности сохранения эффекта малых концентраций ингибиторов янус киназ путем использования биологически активных субстанций, улучшающих биодоступность и/или обладающих функциональным синергизмом.

Материалы и методы. В супернатанте культуры интактных и стимулированных фитогемагглютинином мононуклеарных клеток здоровых доноров определяли концентрацию фактора некроза опухолей альфа (TNF α), гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (GM-CSF), интерферона альфа (IFN α), интерлейкина 2 (IL-2), интерлейкина 4 (IL-4) и интерлейкина 6 (IL-6). Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя. В эксперименте использовали барицитиниб (1 нг/мл), руксолитиниб (1 нг/мл), Меллиттин (0,1 нг/мл).

Результаты. Установлено, что руксолитиниб, равно как и барицитиниб достоверно снижали продукцию всех исследованных цитокинов в культуре клеток. Добавление меллиттина достоверно увеличивало эффект обоих препаратов. Особая чувствительность выявлена в отношении TNF α . Снижение уровня этого цитокина для композиции руксолитиниб + меллиттин составило 73,8% относительно изолированного применения руксолитиниба. Для барицитиниба этот показатель был 87,9%. Полученный результат, очевидно связан с известными свойствами меллиттина повышать проницаемость мембран, а также свойствами регулировать апоптоз через активацию рецепторов смерти и ингибицию нуклеарного фактора Каппа Би (NF- κ B).

Заключение. *Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности и перспективности использования фармацевтических композиций ингибиторов янус киназ и меллиттина (возможно, и других веществ природного происхождения), позволяющих снижать дозы препаратов и, соответственно, риск побочных эффектов.*

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННЫЕ MYCOPLASMA PNEUMONIAE - ВЫБОР АНТИБИОТИКА В УСЛОВИЯХ НАРАСТАЮЩЕЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

ОЛЬШАНСКАЯ И.И., ЦАРУКЯН А.А., ЩЕТИНИН Е.В., КУНИЦИНА Е.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, ООО ЦКФФ, г Ставрополь, Российская Федерация

Заболеваемость внебольничными пневмониями, вызванными *Mycoplasma pneumoniae* характеризуется эпидемическими подъемами каждые 6-8 лет. После завершения пандемии Ковид-19 в 2023 году начался очередной подъем количества пневмоний, связанных с этим микроорганизмом. Наиболее часто болеют дети и молодые люди в возрасте до 35-40 лет. При этом в последние годы все чаще стали появляться сообщения о нарастании резистентности *Mycoplasma pneumoniae* к макролидным антибиотикам.

Цель. Изучить динамику резистентности *Mycoplasma pneumoniae* к наиболее часто употребляемым антибиотикам в г.Ставрополе за последние 15 лет по данным бактериологических исследований. Материал и методы. Были проанализированы данные обследования больных с внебольничными пневмониями (биологический материал - мокрота) в бактериологической лаборатории ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии» с определением чувствительности к антибиотикам *Mycoplasma pneumoniae* с помощью экспресс – метода («Пневмо-тест», НПО «Иммунотэкс» Россия).

Результаты. Установлено, что чувствительность к макролидным антибиотикам (эритромицин, кларитромицин) за последние 15 лет снизилась с 90% до 62%. Особенно низкий уровень чувствительности к азитромицину – 50%. К доксициклину чувствительность также снижалась с 95% до 75%. К левофлоксацину на текущий момент чувствительность составляет 87,5%. При этом обращались в лабораторию с целью обследования пациенты с длительным изнуряющим кашлем (иногда до 6 месяцев), прошедшие неоднократное лечение бета-лактамами, макролидами, с подозрением на развитие бронхиальной астмы.

Заключение. Таким образом, при внебольничных пневмониях в случае отсутствия эффекта на стартовую терапию аминопенициллинами, следует подозревать наличие микоплазменной пневмонии. Для взрослых пациентов препаратом выбора, учитывая риски побочного действия левофлоксацина, может быть рекомендован доксициклин. У детей препаратами выбора остаются 16-членные макролиды, с 8 лет возможно применение доксициклина. С учетом нарастающей антибиотикорезистентности одним из факторов успешной терапии является определение чувствительности *Mycoplasma pneumoniae* к антимикробным средствам.

БОЛЕЗНЬ ОРМОНДА В СОЧЕТАНИИ С ПЛЕВРАЛЬНЫМ ВЫПОТОМ

ОМБУ Р.О., ОСИПЯНЦ Р.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ВЕЛЬМАКИН С.В.

РУДН, г. Москва, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент М. 61 года, поступил в ГКБ им В.В. Виноградова с жалобами на одышку в покое. В 2018 г (56 лет) появились интенсивные боли в поясничной области с иррадиацией в подвздошную область, живот. Госпитализирован в стационар, при обследовании выявлены признаки забрюшинного образования, гистологические признаки ретроперитонеального фиброза (РПФ). Верифицирована болезнь Ормонда (РПФ, охватывающий брюшную аорту, общие подвздошные артерии, нижнюю полую вену, мочеточники, гидронефротическая трансформация обеих почек, IgG4-неассоциированная). Иницирована терапия глюкокортикоидами (ГК) 20 мг/сут с последующим снижением дозы до 4 мг/сут. В феврале 2019 г - диагностирован компрессионный перелом позвонков Th11, L4 в рамках стероидного остеопороза. Введена золедроновая кислота 5 мг 100 мл в/в кап. В 2021 г. при обследовании по поводу COVID-19 при КТ органов грудной полости (ОГП) выявлены очаги в левом легком. В дальнейшем по данному поводу не наблюдался. 10.04.23 госпитализирован в ГКБ имени В.В. Виноградова с нарастанием одышки. При КТ ОГП - очаги уплотнения в верхней доле левого легкого, левосторонний гидроторакс (4 л). По КТ ОБП и малого таза - парааортально и до уровня S3 позвонка (протяженность 187 мм) дополнительное мягкотканное включение, уретерогидронефроз больше справа. Лабораторно - лейкоцитоз 11 тыс, СРБ 56,58 мг/л, функция почек не нарушена. Выполнено дренирование плевральной полости и цитологическое исследование плевральной жидкости: реактивный выпот с лимфоидной инфильтрацией, клетки мезотелия без атипии, отсутствие клеток злокачественной опухоли. Посев на микрофлору отрицательный. Проводился дифференциальный диагноз между инфильтративным туберкулезом и паранеопластическим синдромом: диаскин-тест отрицательный, микобактерии туберкулеза в плевральной жидкости и мокроте не выявлены, не получено убедительных данных в пользу злокачественного новообразования, в том числе, мезотелиому плевры. Изменения расценены как проявление основного заболевания. Пациент выписан с регрессом плеврального выпота на фоне диуретической, антибактериальной терапии, дозе ГК 4 мг/сут.

Заключение. *Трудности диагностики РПФ определяют важность тщательного обследования. Ранняя терапия позволит предотвратить необратимые осложнения болезни. Это наблюдение подчеркивает необходимость междисциплинарного сотрудничества и комплексной помощи.*

ИНТРАДУКТАЛЬНАЯ ПАПИЛЛЯРНАЯ МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ПАВЛЕНКО В.В., АЛЕКСАНДРОВА С.Б., ТАМБИЕВА Ф.Х., КОЧКАРОВ Н.Н., ЛЫЧАГИН Д.В.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент М., 62 года, в феврале 2024 г. обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие, пекущие боли и дискомфорт в левом подреберье, возникающие после приема жирной пищи, вздутие живота. Из анамнеза: В 2019 г. при выполнении планового протезирования аортального клапана и аутовенозного аорто-коронарного шунтирования интраоперационно выявлено образование в поджелудочной железе, выполнена биопсия. Гистологическое заключение: интрадуктальная папиллярная муцинозная опухоль с дисплазией 2 степени. Пациент консультирован онкологом, рекомендовано динамическое наблюдение, при увеличении размеров - оперативное лечение. Объективно: кожные покровы и слизистые физиологической окраски. При пальпации живота - болезненность в точках Дежардена, Губергрица. Печень, селезенка не увеличены. Данные лабораторно-инструментальных исследований от 28.02.2024 г.: ОАК, БАК (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, глюкоза, общий белок, панкреатическая амилаза, СРБ), СА 19-9, СЕА, панкреатическая эластаза -1 в кале – без патологии. МРТ органов брюшной полости с холангиопанкреатографией с в/в контрастированием 03.03.2024 г.- МР признаки объемного образования тела поджелудочной железы в виде мелких папиллярных разрастаний во внутреннем контуре протоков; интрапанкреатической гипертензии на уровне тела и хвоста железы, с расширением проксимального отдела Вирсунгова протока до 8 мм, с прилежащими расширенными боковыми протоками, без прогрессирования процесса.

Установлен клинический диагноз: Интрадуктальная папиллярная муцинозная опухоль с дисплазией 2 степени с развитием интрапанкреатической гипертензии на уровне проксимальных отделов железы. Осложнение: Хронический обструктивный панкреатит с сохранением экзокринной функции.

Заключение. *В данном клиническом наблюдении отражены особенности латентного течения внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухоли поджелудочной железы с последующим развитием клинических признаков хронического обструктивного панкреатита. Внутрипротоковые папиллярные муцинозные опухоли являются редкими, частота их встречаемости составляет до 1% от всех экзокринных опухолей поджелудочной железы, характеризуется внутрипротоковой пролиферацией муцин-продуцирующих клеток, располагающихся в виде папилл. Всем больным с внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухолью показано хирургическое лечение ввиду повышенного риска развития протоковой аденокарциномы.*

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ ICAM-1 и ICAM-2 ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

ПАВЛЕНКО В.В., АМИРХАНОВА Л.З., ПАВЛЕНКО А.Ф.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Экспрессия молекул адгезии в слизистой оболочке толстой кишки имеет решающее значение для перехода от стадии ремиссии язвенного колита (ЯК) к активной стадии. В этот период болезни сосудистый эндотелий кишечника демонстрирует определенную дисфункцию, что, возможно, отражает активность патологического процесса в толстой кишке.

Цель. Определить клиническое значение растворимых молекул адгезии sICAM-1 и sICAM-2 при ЯК.

Материалы и методы. Обследовано 46 пациентов с различной клинической активностью и распространенностью ЯК. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Содержание sICAM-1 и sICAM-2 в сыворотке крови определяли методом ИФА (Bender Med.Systems, USA). Результаты выражали для ICAM-1 в нг/мл, для ICAM-2 в Е/мл. Статистическую обработку результатов проводили методами параметрического и непараметрического анализа (1-критерий Стьюдента, коэффициент ранговой корреляции Спирмана (r_s), точный критерий Фишера).

Результаты. В период обострения ЯК содержание sICAM-1 и sICAM-2 в периферической крови было повышено. Высокие значения регистрировались при тотальном поражении кишки с максимальной клинической активностью воспалительного процесса ($590,12 \pm 20,1$ нг/мл и $393,4 \pm 19,5$ Е/мл, соответственно). При остром ЯК уровни адгезивных молекул были значительно выше, чем при рецидивирующем течении ($P < 0,05$). Непрерывная форма ЯК характеризовалась промежуточными значениями sICAM-1 и sICAM-2. В период формирования клиникой ремиссии (в среднем через 12 недель) содержание sICAM-1 и sICAM-2 у больных с легким ЯК нормализовалось. У остальных больных уровень sICAM-1 и sICAM-2 оставался еще повышенным. Выявлена прямая зависимость между клинической активностью ЯК и содержанием ICAM-1 и ICAM-1-2 в сыворотке крови.

Заключение. В период обострения ЯК содержание sICAM-1 и sICAM-2 в периферической крови было повышено, что отражает эндотелиальную дисфункцию в механизмах этой патологии. Показатели sICAM-1 и sICAM-2 в периферической крови могут использоваться в качестве дополнительных прогностических биомаркеров возможного ответа на терапию и формирования клинко-эндоскопической ремиссии ЯК.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОАГУЛОПАТИИ У БЕРЕМЕННОЙ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

ПАВЛЕНКО В.В., ЕСЕНЕЕВА Г.А., НУРАЕВА Р.Р., ПАСЕЧНИК Ю.А., ТЕМИРОВА Г.А.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка В. 1987 г.р. обратилась с жалобами на дискомфорт в правом подреберье, общую слабость. Беременность 32 недели. Из анамнеза: при обследовании во время беременности в 2012 году выявлен хронический вирусный гепатит В (ХВГ) (HBsAg - положительный, HBeAg - отрицательный. ПЦР HBV ДНК положительный). Специфическое лечение не проводилось в связи с низкой вирусологической нагрузкой. В 2019 году во время третьей беременности выявлено значительное повышение АЧТВ в крови (90 сек), в связи с чем консультирована гематологом: Коагулопатия неясной этиологии. Проведено обследование: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, креатинин, мочевины, общий белок, билирубин) – без патологии. В коагулограмме фибриноген-4.21г/л, антитромбин 3 -82.4%, АЧТВ -168.3 сек. С целью дифференциальной диагностики с антифосфолипидным синдромом и гемофилией определены уровень суммарных IgM антител к кардиолипину - 1.29 U/ml, уровень суммарных IgG антител к кардиолипину - 1.00 U/ml, уровень суммарных IgA антител к кардиолипину - 1.50 U/ml, гомоцистеин 4.82 мкмоль/л, антитела к фосфолипидам в крови IgG - 1.37 U/ml, IgM - 0.98 U/ml, антитела IgG к В2 -гликопротеину - 1.22 Ед/мл, уровень антител IgM к В2-гликопротеину - 0.76 Ед/мл, волчаночный антикоагулянт – отрицательный, фактор Виллебранда - 126.1, фактор IX (фактор Кристмаса) - 85%, фактор VIII (антигемолитический глобулин «А») - 97%. АЧТВ в динамике от 11.09.2023 – 209 сек, в остальном – без особенностей.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует нарушения системы гемостаза в виде гипокоагуляции с риском развития геморрагического синдрома при хроническом вирусном гепатите В. У беременных ХВГ часто приводит к сложным комплексным нарушениям в системе гемостаза с развитием коагулопатии потребления. Своевременный и точный диагноз благоприятен для оценки того, насколько срочным должно быть прерывание беременности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПЕРВИЧНЫМ СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ХОЛАНГИТОМ И АРТРОПАТИЯМИ

ПАВЛЕНКО В.В., МУРАДБЕКОВА С.О., АЛЕКСАНДРОВА С.Б., КОНАРЕВА Я.Б., ЛОЗОВАЯ К.Д., РЫБАЛКО М.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка В., 60 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение «ГКБ №2» г. Ставрополя с жалобами на кожный зуд, усиливающийся в ночное время, тяжесть в правом подреберье, боли в коленных суставах, кистях, их периодическое припухание. Из анамнеза: в 2005 г. диагностирован язвенный колит (ЯК), тотальное поражение, острая атака. Наблюдалась амбулаторно, принимала сульфасалазин, азатиоприн, преднизолон. Состояние прогрессивно ухудшалось. В 2016г. на фоне развития токсической дилатации толстой кишки выполнена гемиколэктомии, установлена колостома. Тогда же отметила пожелтение кожных покровов, кожный зуд. Пациентка обследована: общий билирубин 78 мкмоль/л, прямой 50 мкмоль/л, АСТ 74 Ед/л, АЛТ 96 Ед/л, ЩФ – 526 Ед/л; Hbs Ag, aHCV – отрицательно; МР-холангиография, МСКТ органов брюшной полости – патологии не выявлено. Выставлен диагноз: «ЯК, тотальный, тяжелое течение. Состояние после гемиколэктомии в 2016 г. Колостома. Осл.: Неалкогольный стеатогепатит с холестазом» В 2019г. повторное обследование: ЩФ 1385ед/л, общий билирубин 28 мкмоль/л; ANCA IgG, AMA M2 IgG- отрицательно; МР-холангиография – «МР-картина может соответствовать проявлениям склерозирующего холангита с поражением мелким протоков». Выставлен диагноз «Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) ассоциированный с ЯК». С января 2024г. появились жалобы на боли в коленных суставах, кистях. Объективно: кожные покровы сухие, со следами расчесов. Живот чувствительный в правом подреберье, колостома. Данные лабораторно-инструментальных исследований от 02.2024г.: ЩФ 3297 Ед/л, ГГТП 674,0 Ед/л, общий билирубин 31,9 мкмоль/л, прямой билирубин 11,4 мкмоль, АСТ 92 Ед/л, АЛТ 65,9 Ед/л, СРБ 27,5мг/л, РФ 42,8 Ед/л; HLA-B27 – отрицательный; анти-ССР – 13,87. Рентгенография суставов – «Признаки артрита сочленений обеих кистей и обоих лучезапястных суставов; артрита обоих коленных суставов; сакроилеита 1 стадии».

Заключение. *В данном клиническом наблюдении представлен случай развития у пациентки с тяжелым язвенным колитом внекишечных проявлений в виде: ПСХ, артрита коленных суставов, кистей, двустороннего сакроилеита, а также отображены сложности их диагностики. Как правило, резекция или колпрокэктомия при ЯК не влияет на течение ПСХ. Эти пациенты имеют повышенный риск гепатобилиарного и колоректального рака, что требует динамического врачебного наблюдения.*

ОКСИД АЗОТА КАК МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

ПАВЛЕНКО В.В., ПАВЛЕНКО А.Ф.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

В настоящее время оксид азота (NO) рассматривается как первый представитель нового класса сигнальных молекул, осуществляющих межклеточную коммуникацию и регуляцию воспалительного процесса в организме при различных заболеваниях, включая болезнь Крона.

Цель: изучить особенности синтеза NO полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ) периферической крови больных с болезнью Крона (БК) в динамике базисной терапии.

Материал и методы. Обследовано 28 больных с различной тяжестью БК и 10 здоровых добровольцев. ПМЯЛ выделяли из гепаринизированной крови, отмывали, стандартизировали, инкубировали в присутствии ЛПС. Спонтанный и стимулированный уровень метаболитов NO определяли в клеточных супернатантах с помощью набора реактивов «Total NO/Nitrite /Nitrate Assay R&D Systems, США».

Результаты. Установлено, что исходный синтез NO зависел от клинической активности БК. При легком течении БК (индекс Беста 150-300) продукция спонтанного ($3,96 \pm 0,33$ мкмоль/л) и стимулированного ($4,98 \pm 0,17$ мкмоль/л) уровня NO не отличалась от контрольных значений ($p > 0,05$). При среднетяжелом (индекс Беста 301-450) и особенно тяжелом течении БК (индекс Беста > 450) синтез NO ПМЯЛ был повышен ($p < 0,05$ с контролем) и составил: спонтанный $4,84 \pm 0,43$ мкмоль/л, индуцированный $6,14 \pm 0,21$ мкмоль/л и спонтанный $6,08 \pm 0,41$ мкмоль/л, индуцированный $7,32 \pm 0,38$ мкмоль/л, соответственно. В динамике лечения базисными препаратами (в среднем, через 6 недель) индекс Беста снизился в среднем на 60-70 баллов у 20 больных. При этом, спонтанный синтез NO ПМЯЛ снизился ($4,26 \pm 0,44$ мкмоль/л), а ЛПС-индуцированный – нормализовался. При резистентных формах БК (5 пациентов) спонтанный и ЛПС-индуцированный синтез NO ПМЯЛ оставался на высоком уровне.

Заключение. Функционально-метаболическая способность фагоцитов крови к производству NO отражает клиническую активность БК. Определение оксида азота как маркера воспалительной реакции может служить дополнительным критерием оценки степени воспаления и прогнозирования течения болезни Крона.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ПАНИНА А.А., ПАВЛОВСКАЯ В.Н.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация

Актуальность. Крапивница является многофакторным и полиэтиологическим заболеванием, требующим комплексного подхода в диагностике и лечении пациентов.

Цель работы. Оценка эффективности комплексного лечения крапивницы, ассоциированной с наличием *Helicobacter pylori*.

Материал и методы. Группу наблюдения составил 71 пациент, обратившийся к врачу амбулаторного приема по поводу явлений крапивницы. Средний возраст пациентов составил $32 \pm 7,5$ лет, 63% обратившихся – мужчины. Основные жалобы – уртикарные высыпания, сопровождавшиеся зудом. В 69% крапивница носила острый, в 31% - хронический характер. Следует отметить, что все пациенты обращались к врачу после безуспешного лечения крапивницы антигистаминными препаратами в монотерапии. 75% обратившихся предъявляли жалобы, характерные для эрозивно-язвенного поражения ЖКТ (чувство жжения, отрыжка, боли в верхних отделах живота и иные диспептические жалобы).

Результаты исследования. При исследовании уровня IgE выявлено, что среднее значение составило $123 \pm 4,5$ МЕ/мл (норма до 87). У всех пациентов были выявлены антитела к *H.pylori* методом ИФА. У 82% уреазный дыхательный тест был положительным. При проведении эндоскопического исследования у 67 (95%) человек было выявлено эрозивное поражение верхних отделов ЖКТ, у 5% - наличие язвенного дефекта, у 28% - рубцовой деформации ДПК.

Всем пациентам была назначена комплексная терапия, включавшая эрадикационную антихеликобактерную терапию и назначение антигистаминных препаратов в адекватной дозе. Эрадикационную терапию назначали с учетом национальных и Европейских (рабочая группа «Маастрихт-4») рекомендаций по фармакотерапии язвенной болезни. Препаратом выбора был омепразол в суточной дозе 40 мг, Исходя из высокой чувствительности штаммов *H.pylori* к кларитромицину в России использовали схему первой линии с назначением в течении недели кларитромицина в дозировке по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллина по 1000 мг 2 раза в сутки. Для купирования клинических проявлений крапивницы назначались антигистаминные препараты в большинстве наблюдений был использован цетиризин, в дозировке 5-10 мг в сутки.

В ходе динамической оценки результатов лечения было отмечено, что 3 % (n=2 из 71) пациентов не прошли курс эрадикационной терапии из-за нежелания принимать антибиотики. По завершении курса эрадикационной терапии у большинства пациентов были купированы диспепсические жалобы и болевой синдром. Дыхательный уреазный тест был отрицательным у 84 % (n=58 из 69). Явления крапивницы были полностью купированы у 66 пациентов.

Заключение. *Возможной причиной недостаточно эффективного лечения крапивницы является наличие коморбидных заболеваний желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с H.pylori. Назначение комплексной антихеликобактерной эрадикационной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами позволяет добиться купирования клинических проявлений крапивницы.*

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ТРОМБОЦИТОВ И МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

ПОБЕДЕННЫЙ А.А.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, ЛНР

Цель. Изучить структурно-функциональные нарушения тромбоцитов и микрогемодициркуляции у беременных с ожирением.

Материалы и методы. Обследовали 78 беременных, в т.ч. 42 с нормальной массой тела в прегравидарном периоде (I группа) и 36 с ожирением Ож I-II степени (II группа) в среднем возрасте $25,7 \pm 0,8$ лет. Контрольную группу составили 34 практически здоровые небеременные женщины-донора такого же возраста. У всех исследованных определяли морфологическое состояние тромбоцитов периферической крови, спонтанную и АДФ-стимулированную агрегационную способность тромбоцитов и состояние микроциркуляции методом биомикроскопии бульбарной конъюнктивы с помощью щелевой лампы.

Результаты. Изучение анализа крови выявило, что при равном и близком к контрольным количеству тромбоцитов в периферической крови в обеих исследуемых группах пациенток, во II группе средний размер тромбоцита был больше, чем у здоровых женщин и аналогичных в I-й группе, в 1,2 раза ($p < 0,05$). Количество крупных тромбоцитов во II группе превысило норму в 1,2 раза ($p < 0,05$). Увеличение объема тромбоцитов и количества крупных тромбоцитов у беременных с ожирением, по сравнению с беременными с нормальной массой тела, может характеризовать склонность к гиперагрегации крови у этих пациенток. У беременных с ожирением было отмечено увеличение большинства показателей спонтанной и АДФ-индуцированной агрегационной способности тромбоцитов, укорочение времени агрегации и снижение показателей дезагрегации, по сравнению с аналогичными данными у беременных с нормальным индексом массы тела и у практически здоровых небеременных женщин. При изучении состояния микроциркуляторного русла у пациенток II группы была выявлена некоторая выпрямленность капилляров и венул, неравномерность калибра артерий, суженные артериолы и дилатированные венулы, замедление кровотока в капиллярах, сосуды с наличием агрегации (феномена «сладжа») эритроцитов, единичные ишемические зоны.

В I группе наблюдались единичные сосуды с замедленным кровотоком и единичные нефункционирующие капилляры.

Заключение. *У беременных с ожирением отмечено увеличение объема крупных тромбоцитов и их количества, повышение агрегационной способности тромбоцитов, что характеризует синдром гиперагрегации у этих пациенток, и, наряду с микрососудистыми изменениями, может формировать нарушения маточного кровотока, которые создают предпосылки для развития фетоплацентарной недостаточности и осложнений в родах.*

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И COVID-19

ПОБЕДЕННАЯ Г.П., СКИБА Т.А., ВАГИНА Ю.И.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Цель. Анализ течения БА при COVID-19.

Материал и методы. Ретроспективный анализ собственного опыта ведения больных с COVID-19 при БА и исходов инфекции у этих больных.

Результаты. Патогенетическими звеньями обострения БА являются персистенция хронического системного воспаления, нарушение системного и местного иммунитета, высокий уровень про- и противовоспалительных цитокинов, хроническое гиперагрегационное состояние.

Обострение БА сопровождается вторичным иммунодефицитным состоянием с уменьшением количества иммунокомпетентных клеток в, среднем, в 1,5 раза, увеличением размера и количества крупных тромбоцитов, способствующим нарушениям сосудистого и внутрисосудистого компонента микроциркуляции. У пациентов с БА, сочетанной с ожирением, отмечено изменение характера воспаления: наряду с аллергическим, у больных наблюдаются иммунокомплексный и аутоиммунный компоненты. В эпид. сезон COVID-19 дифференциальная диагностика обострения БА и новой коронавирусной инфекции достаточно трудна, т.к. инфекция у больных нередко протекает на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела с приступообразным сухим кашлем.

Коморбидность БА с ожирением повышает негативное воздействие каждого из факторов более чем вдвое: из-за увеличения активности системного воспаления за счет жировой ткани и нарушения механики дыхания.

Опыт ведения больных с COVID-19 на фоне БА показал, что у всех больных, получавших адекватную базисную терапию, заболевание имело нетяжелые формы и благополучные исходы. Однако, больные, пренебрегавшие базисными средствами, заболевали тяжелыми формами COVID-19 пневмоний, нередко с летальным исходом.

Поэтому именно больных БА с одним или несколькими из указанных факторов отягощения следует особенно контролировать для предупреждения тяжелого течения COVID-19.

Заключение. *Тщательное наблюдение за больными, современные методы исследования пациентов с COVID-19, анализ исходов заболевания помогут более полно установить патогенез и найти эффективные лечебные подходы к новой инфекции у больных БА.*

УРОКИ ЭПИДЕМИИ COVID-19: ЗДРАВООХРАНЕНИЮ, ПАЦИЕНТУ И ВРАЧУ

ПОБЕДЕННАЯ Г.П., СКИБА Т.А., ВАГИНА Ю.И., СТРЕКОЗОВА И.П., КОЗИЦКАЯ Ю.В.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Цель. Проанализировать уроки эпидемии COVID-19 для разных уровней оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов оказания медицинской помощи больным COVID-19.

Результаты. Пандемия COVID-19 преподнесла уроки организации медицинской помощи в виде необходимости быстрого и гибкого реагирования системы здравоохранения на современные вызовы в виде динамичного обучения медицинских работников всех уровней согласно текущим версиям «Временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». информационной работы с населением, быстрых комплексных противоэпидемических мероприятий. Наиболее распространенная ошибка у населения во время эпидемии - недооценка ношения медицинских масок. У врачей отмечались трудности дифференциальной диагностики банальной внегоспитальной пневмонии и пневмонии COVID-19, несвоевременная диагностика пневмонии COVID-19 и госпитализации больных, манифестация новой инфекции с внелегочных проявлений, что приводило к диагностическим и лечебным ошибкам. Среди терапевтических ошибок следует рассматривать начало лечения с антибактериальных препаратов (АБП), что было неэффективным и увеличивало риск их побочных эффектов и осложнений, в частности, COVID-ассоциированных микозов дыхательных путей, вторичной герпетической инфекции и других.

Часто имело место применение высоких доз системных α -2 β -интерферонов вместо локального применения, неадекватная оценка тяжести состояния и лабораторных данных, раннее применение и использование неадекватных доз глюкокортикостероидных препаратов (ГКС), в т.ч. назначение ГКС на амбулаторном этапе, при легких и среднетяжелых формах болезни, что способствовало персистенции вируса, затруднениям трактовки лабораторных данных при выборе терапии, особенно с назначением антибиотиков. Неадекватные дозы и длительное применение ГКС увеличивало риск их побочных эффектов. Высокопоточная искусственная вентиляция при терапии острого респираторного дистресс-синдрома нередко осложнялась баро- и волютравмой у больных с тяжелыми формами COVID-19-пневмонии. На амбулаторном этапе нередко имели место неадекватная оценка длительно сохраняющихся КТ-паттернов, что приводило к нерациональному лечению, и ошибки при проведении дыхательной реабилитации пациентов.

Заключение. Эпидемия COVID-19 преподнесла уроки быстрого и гибкого реагирования государства и системы здравоохранения и каждого специалиста на вызовы текущего момента. Анализ и осмысление уроков эпидемии и ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи, будет способствовать сохранению больным COVID-19 жизни и здоровья.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

ПОЗДНЯКОВА О.Ю., ДОХКАЕВА А.З., ДЫШЕКОВА Н.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Определение частоты встречаемости маркеров атопии генов интерлейкина - 8 (IL-8) и интерлейкина - 4 (IL-4) у пациентов с бронхиальной астмой (БА) и *Helicobacter pylori* (*H.pylori*)-ассоциированным ХГ хроническим гастритом (ХГ) в сочетании с БА.

Материалы и методы. Генетическое исследование проводилось методом полимеразной цепной реакции «SNP-ЭКСПРЕСС» 120 пациентам. 1 группа: больные *H.pylori*-ассоциированным ХГ в сочетании с БА (n=50), 2 группа: больные БА (n=30); 3 группа: здоровые добровольцы (n=40).

Результаты. Анализ полиморфизма T251A гена IL-8 среди обследуемых пациентов показал, что доля носителей гетерозиготного T/A (50,6% и 28,4%, $\chi^2=9,443$, $p=0,004$) и мутантного гомозиготного генотипа A/A (10,6% и 3,2%, $\chi^2=3,984$, $p=0,067$) гена IL-8 среди лиц с *H.pylori*-ассоциированным ХГ в сочетании с БА была достоверно выше по сравнению с группой больных с изолированной БА. Носительство генотипов T/A и A/A гена IL-8 ассоциировалось более чем с трехкратным увеличением вероятности наличия БА (OR=3,934; 95% CI 1,676-8,864 и OR=3,476; 95% CI 0,725-16,943). Наличие неконтролируемой БА в два раза чаще встречалось в первой группе обследуемых больных и ассоциировалось с носительством гетерозиготного T/A (OR=2,931; 95% CI 1,433-5,995) и мутантного гомозиготного A/A генотипа (OR=4,645; 95% CI 1,366-16,678). Распределение генотипов у пациентов с *H.pylori*-ассоциированным ХГ в сочетании с БА по полиморфизму T/A гена IL-8 показало следующее: гомозиготный генотип 251TT встречался у 14, гетерозиготный 251TA – у 29 и мутантный гомозиготный 251AA – у 7 обследуемых больных. В группе больных с изолированной БА гомозиготный генотип 251TT определялся у 24 больных, гетерозиготный 251TA – у 10 и мутантный гомозиготный 251AA – у 1 пациента.

При анализе распределения частот генотипов полиморфизма C-589T гена IL-4 среди больных *H.pylori*-ассоциированным ХГ в сочетании с БА установлено увеличение доли носителей гетерозиготного генотипа C/T (44,0% и 11,5% соответственно, $\chi^2=2,407$) по сравнению с группой больных с изолированной БА ($p=0,02$). Доля носителей мутантного гомозиготного генотипа T/T была достоверно выше среди больных *H.pylori*-ассоциированным ХГ в сочетании с БА (8,8% и 4,6% соответственно, $\chi^2=2,079$, $p=0,034$) по сравнению с группой больных с изолированной БА. Носительство генотипов C/T и T/T гена IL-4 ассоциировалось более чем с двукратным увеличением вероятности наличия БА (OR=2,129; 95% CI 1,234-4,627 и OR=2,864; 95% CI 0,836-9,804). Нами были выявлены статистически значимые различия в распределении частот аллеля 589T гена IL-4 между группой больных *H.pylori*-ассоциированным ХГ в сочетании с БА и группой с изолированной БА (26,8% против 4,6%, $\chi^2=4,700$, $p=0,001$).

Заключение. Преобладание молекулярно-генетических маркеров атопии аллеля 589T гена IL-4 и аллеля 251A гена IL-8 у больных с *H.pylori*-ассоциированным ХГ в сочетании с БА по сравнению с группой изолированной БА позволяет предположить, что носительство этих аллелей способствует формированию хронического гиперергического воспаления в слизистой оболочке желудка и тяжелого неконтролируемого течения БА.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПОЗДНЯКОВА О.Ю., ДЫШЕКОВА Н.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Цель. Изучить особенности клинического течения *Helicobacter pylori* (Нр)-ассоциированного хронического гастрита (ХГ) у больных бронхиальной астмой (БА) и оценить морфологическое состояние слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Материалы и методы. Проведено обследование 60 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 28 больных БА разной степени тяжести в сочетании с Нр-ассоциированным ХГ, 2-ю - 20 больных с изолированной БА, 3-ю - 12 больных Нр-ассоциированным ХГ изолированного течения. Использовались следующие методы исследования: рентгенография легких, спирография, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией. Уровень сывороточных антител к Нр определяли с использованием тест-системы «ГастроПанель».

Результаты. У пациентов с Нр-ассоциированным ХГ при БА были отмечены выраженные диспепсические расстройства, ведущими из которых являлись изжога (72,4%), боль в эпигастрии (62,8%), метеоризм (75,9%), отрыжка (60,2%), которые встречались достоверно чаще, чем при изолированном течении Нр-ассоциированного ХГ.

Морфологическое исследование выявило у подавляющего большинства больных Нр-ассоциированным ХГ в сочетании с БА контаминацию Нр антрального отдела желудка (92,4%) и частую инфицированность фундального отдела (61,6%). Активность гастрита в антральном отделе желудка у больных 1-й группы имела положительную корреляционную связь со степенью обсемененности Нр СОЖ ($R=0,79$, $p=0,04$), а также с уровнем сывороточных антител к Нр ($R=0,37$, $p=0,06$), что свидетельствует о роли Нр в формировании активного воспалительного процесса в СОЖ антрального отдела у больных БА. Степень активности фундального и антрального гастрита зависела также от уровня контроля над симптомами БА: проявления гастрита были более выраженными у больных с неконтролируемой БА. Изучение клеточного состава воспалительного инфильтрата СОЖ показало увеличение суммарной клеточности воспалительного инфильтрата у пациентов с сочетанной патологией. В формировании воспалительного процесса в СОЖ антрального отдела у больных БА играла важную роль персистенция Нр.

Заключение. *В нашем исследовании было выявлено отрицательное влияние неконтролируемой БА на течение Нр-ассоциированным ХГ, которое заключается не только в ассоциации обострений Нр-ассоциированным ХГ с отсутствием контроля БА, но и в более выраженной активности гастрита при неконтролируемой БА.*

ИЗУЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

ПОРОДЕНКО Н.В., САВЧЕНКО Н.С., ЕРЕМИНА Я.А.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты встречаемости явлений депрессии, повышенной тревоги и низкой стрессоустойчивости среди молодежи, что диктует необходимость исследования этого вопроса.

Цель. Изучить выраженность тревожно-депрессивных нарушений среди студентов.

Материал и методы. Исследовано 99 студентов КубГМУ (возраст 19-32 года, 64% - девушки, 36% - парни) с помощью анкетирования через Google Forms. Анкета сформирована на основе шкалы депрессии, тревоги и стресса DASS-21, содержащая вопросы, позволяющие выявить уровень тревоги, депрессии и стресса.

Результаты. По нашим данным, абсолютное большинство студентов (около 98%) сталкивалось с теми или иными проявлениями депрессии, тревоги и стресса. При оценке депрессивных проявлений выявлено, что только у 2% обследованных не наблюдалось переживаний, позволяющих их оценивать, как депрессивные. 46,4% студентов находились в состоянии переживания симптомов от субдепрессии до депрессии средней степени тяжести. 51,5% ощущали апатию, ангедонию, безнадежность, бессмысленность жизни, отсутствие интереса к занятиям, что позволяет говорить о тяжелой депрессии. В 100% случаев респонденты отмечали тревогу. Из них 41,4% студентов сообщили о симптомах тревоги (от легкой до выраженной); 58,5% - сталкивались с ощущениями высокой степени тревоги, сильных переживаний и перенапряжением, чаще в связи с ожиданием отрицательных событий.

Изучение стрессоустойчивости показало, что 35,4% сталкивались со стрессом, варьирующем от переживаний легкого напряжения до интенсивной нервной нагрузки, а 62,6% опрошенных подвергались серьезному стрессу, находились в состоянии значительного нервного напряжения и раздражительности. И только в 2% случаев не были выявлены признаки стресса, что может свидетельствовать о высокой адаптации.

Заключение. В нашем исследовании выявлено, что студенты медицинского университета значительно подвержены тревоге, стрессу и депрессии. Так, тревожные переживания были отмечены в 100% случаев, а признаки депрессии и низкой стрессоустойчивости – в подавляющем большинстве (у 98% респондентов), что требует более подробного дальнейшего изучения вопроса и поиска путей решения проблемы.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ПРЕКИНА В.И., ЕСИНА М.В., ЕФРЕМОВА О.Н.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Российская Федерация

Актуальность. Гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ) при артериальной гипертензии (АГ) является фактором риска развития сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца.

Цель. Изучить распространенность гипертрофии и типы ремоделирования миокарда ЛЖ у больных АГ.

Материалы и методы. В исследование включено 87 больных с АГ в возрасте от 43 до 66 лет ($51,2 \pm 1,2$) в том числе 28 мужчин и 59 женщин. Давность АГ составила от 5 до 17 ($14,5 \pm 1,3$) лет. Артериальное давление (АД) до проводимой антигипертензивной медикаментозной терапии соответствовало 2 и 3 степеням АГ. Проведен анализ результатов эхокардиографии сердца. Наличие гипертрофии миокарда ЛЖ определяли по индексу массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) (к площади поверхности тела) >115 г/м² для мужчин и >95 г/м² для женщин. Типы ремоделирования миокарда определяли по относительной толщине стенок (ОТС), которую определялась по формуле: $ОТС = \text{толщина межжелудочковой перегородки} + \text{толщина задней стенки ЛЖ} / \text{конечно-диастолический размер ЛЖ}$.

Результаты. Гипертрофия ЛЖ выявлена у 58 (66,7%) больных, концентрическая гипертрофия ЛЖ (ОТС $>0,42$) у 34 (39,1%), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ОТС $\leq 0,42$) в 24 (27,6%). У 1 (1,1%) пациента гипертрофия была асимметричной (отношение толщины межжелудочковой перегородки к толщине задней стенки составило 1,5) без нарушения пути оттока выносящего отдела ЛЖ. У пациентов без гипертрофии миокарда нормальная геометрия ЛЖ (ОТС $\leq 0,42$) отмечена в 20 (23%) случаев и концентрическое ремоделирование (ОТС $>0,42$) в 9 (10,3%). Отмечена положительная корреляционная связь ИММЛЖ и давности АГ ($r = 0,24$; $P < 0,05$).

Заключение. В проведенном исследовании у 67,7% больных с АГ выявлена гипертрофия миокарда ЛЖ, в том числе у 1 (1,1%) асимметричная без нарушения пути оттока выносящего отдела. Концентрическая тип гипертрофии встречался несколько чаще, чем эксцентрический. Тяжесть гипертрофии коррелировала с давностью АГ. В 10,3 % случаев при нормальном ИММЛЖ отмечено изменение геометрии по типу концентрического ремоделирования.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ В КРОВИ УРОВНЯ АЛЬФА-N-АЦЕТИЛГАЛАКТОЗАМИНИДАЗЫ

РАДЖАБОВ О.В., БАТУРИНА М.В., ГРУДИНА Е.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Возможность прогнозировать результаты противоопухолевой терапии, в том числе лекарственной крайне важно. Поэтому многие исследователи продолжают поиск маркеров эффективности или неэффективности противоопухолевого лечения.

Цель. Изучить возможность прогнозировать результаты комплексной терапии рака молочной железы с помощью определения уровня альфа-N-ацетилгалактозаминидазы (NAG) в плазме крови.

Материалы и методы. Было обследовано 19 больных женщин с раком молочной железы с прогрессированием опухолевого роста (12 пациенток) и с выраженной положительной динамикой (7 человек). Наряду со стандартным полным клиническим обследованием у пациентов забиралась венозная кровь, выделялась плазма, в которой определяли содержание NAG (нг/мл). Использовались тест-системы для проведения твердофазного иммуноферментного анализа производства Cloud-Clon Corp. (США/КНР). Полученные данные обрабатывались методами статистического анализа с применением компьютерных программ STATISTICA. Определяли значения медиан (Me), а также квантили 1 и 3 (Q1, 3).

Результаты. Установлено, что при прогрессировании опухолевого роста значение медианы содержания NAG в плазме составило $Me=0,243$ (Q1-3; 0,161-0,298) нг/мл. У больных с положительной динамикой медиана уровня NAG составила $Me=0,137$ (0,127 - 0,142) нг/мл. Различия между группами были статистически достоверными ($p=0,0096$). Корреляционный анализ выявил, что между показателями, характеризующими первичную опухоль, в соответствии клинико-патологической классификацией, и уровнем NAG имеется взаимосвязь. Так содержание NAG в крови было связано с показателем объема опухолевой ткани (T) ($r=0,4$), с показателем метастазирования (M) ($r=0,46$).

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют предположить, что уровни NAG в крови были умеренно связаны с показателем объема опухолевой ткани (T) ($r=0,4$), с показателем метастазирования (M) ($r=0,46$).

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

РЕБРОВА О.А., БЛАГИНИНА И.И., БЛАГОДАРЕНКО А.Б., БЕШИМОВА Р.К.

ФГБОУ ВО ЛГМУ ИМ. СВТ. ЛУКИ Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

В последние годы отмечается значительный рост числа больных с асептическим некрозом головки бедренной кости (АНГБК), что связано, в том числе, и с перенесенной инфекцией COVID-19.

Цель. Определить эффективность терапевтических подходов в реабилитации больных с АНГБК.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 17 больных с АНГБК за период 2021-2023 гг. Пациенты не имели анамнеза иммуновоспалительных ревматических заболеваний и длительного применения глюкокортикоидов. Средний возраст составил 44,5 ±9,5 лет, мужчин – 11 человек, женщин – 6.

Диагноз АНГБК устанавливался по заключениям рентгенологического, КТ и МРТ исследований. У всех пациентов проведено комплексное клиничко-биохимическое исследование показателей крови. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли. Пациенты получали: НПВП, кальций и колекальциферол, бисфосфонаты (золедроновая кислота 5 мг внутривенно однократно), хондроитина сульфат и глюкозамина сульфат длительно, а также процедуры низкочастотной магнитотерапии, ЛФК и механическую разгрузку сустава с помощью костылей или трости.

Результаты. Все 17 пациентов отмечали перенесенную респираторную вирусную инфекцию, 12 из которых (70%) имели подтвержденный анамнез COVID-19, в сроки от 3 до 12 месяцев на момент выявления АНГБК. Установлены стадии АНГБК в соответствии международной классификацией остеонекроза ARCO: 2-я у 3 человек, ранняя 3-я у 10, поздняя 3-я у 4. Препараты золедроновой кислоты получили 9 больных (53%), назначались off label, согласно российским клиническим рекомендациям.

Динамика болевого синдрома у всей группы пациентов: исходно ВАШ – 79±11, через 2 недели терапии ВАШ 60±7, через 3 месяца ВАШ 43±12, что достоверно ($p < 0,05$) свидетельствует об улучшении у всей группы пациентов через 3 месяца от начала терапии. При сравнении ВАШ между группами пациентов, получавших и не получавших золедроновую кислоту, через 3 месяца отмечается достоверное ($p = 0,02$) улучшение в группе, получавшей бисфосфонаты.

Заключение. В программу комплексной реабилитации больных с АНГБК, имеющих 2-3 стадию остеонекроза, целесообразно включать применение золедроновой кислоты 5 мг в виде однократной внутривенной инфузии. В перспективе необходимо провести оценку динамики стадии АНГБК больных, получивших лечение.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ НПВП-ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

РЕБРОВ Б.А., КНЯЗЕВА А.К., ПАХОМОВ Н.А., БЛУДОВА Н.Г.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Актуальность. По данным российских исследователей, частота развития гастропатии, вызванной приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) по поводу ревматологического заболевания, составляет от 18,3% до 43,75%.

Цель. Анализ частоты выявления НПВП-гастропатии, а также факторов риска её развития среди пациентов ревматологического профиля.

Материалы и методы. Нами проанализированы 395 историй болезни пациентов ревматологического отделения ГУ «ЛРКБ» ЛНР за 2021 г. Все пациенты получали НПВП по показаниям, часть из них одновременно получали ингибиторы протонной помпы (ИПП) в случае появления диспептических жалоб и/или наличия эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны в анамнезе. По показаниям – жалобы диспептического характера, боли в эпигастрии и/или правом подреберье, наличие язвенной болезни в анамнезе – выполнялась эзофагогастродуоденоскопия. В ходе ретроспективного анализа определена частота встречаемости НПВП-гастропатии и факторов риска, указанных в клинических рекомендациях. Для анализа пациенты были разделены на две группы в зависимости от приёма ИПП. Для оценки статистической значимости различий в группах использовали критерий Пирсона (χ^2) ($p=0,05$).

Результаты. В результате статистического анализа выявлено, что достоверно чаще НПВП-гастропатия развивалась у пациентов, одновременно получавших глюкокортикоиды (в т.ч. пульс-терапию), как в группе с ИПП, так и в группе без ИПП – 90% (27 из 30) и 69% (33 из 48) соответственно ($\chi^2=4,70$), имевших язвенную болезнь в анамнезе, в обеих группах – 67% (20 из 30) и 4% (2 из 48) соответственно ($\chi^2=36,35$), а также у лиц старше 65 лет, в обеих группах – 83% (25 из 30) и 62% (30 из 48) соответственно ($\chi^2=3,85$). Данные, касающиеся влияния приёма низких доз АСК ($\chi^2=2,48$), а также антиагрегантов и/или антикоагулянтов ($\chi^2=0,00$) на развитие НПВП-гастропатии, были недостоверны.

Заключение. *В ходе анализа подтверждена высокая встречаемость факторов риска НПВП-гастропатии среди пациентов ревматологического профиля, и частота ее развития вне зависимости от профилактического приёма ИПП при наличии известных факторов риска.*

ПРОБЛЕМА ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНА СЛУХА И ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА

РОМАНЕНКО М.Е., ВОРОБЬЕВ П.А., ВОРОБЬЕВ А. П., СОЛОВЬЕВА А.В., РОДИОНОВ А.А., ВАКУЛА Т.В.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь, Россия

Цель. Актуализировать проблему применения дистанционных технологий при диагностике патологий органа слуха и вестибулярного аппарата в виде комплекса организационных мер.

Материалы и методы. Проанализирована зарубежная и отечественная литература за период с 2015 по 2024 год в базах данных PubMed, CyberLeninka, Google Scholar. Анализ проводился по методологии PRISMA. Данные анализировались и систематизировались с применением современных, высоких, информационных методов. Автором предложена классификация и рациональный метод решения поставленных задач.

Результаты. Существует проблема достоверности метода самостоятельного аудиотестирования с целью определения порога слуха, диапазона слышимых частот. Данная проблема характеризуется недостоверными результатами исследования, в следствие того факта, что многие испытуемые: пожилые, дети, люди, у которых отсутствуют минимальные знания в области управления гаджетами, неспособны качественно пройти тест. Существуют технологические решения в виде online-помощника в соответствующих приложениях для контроля самотестирования, что особо актуально у малоинформированных пациентов, пожилых лиц и детей, также возможно создание более простого интерфейса приложений. Чувствительность методов самотестирования редко достигает 95%, чаще она находится на уровне 85-90%, что говорит о несовершенной системе аудиоскрининга. Данная проблема легко решается благодаря применению наушников или вкладышей с функцией активного шумоподавления. При этом комплексное с вышеуказанными аспектами решение обеспечит лучший результат. Также поднимается проблема соответствия дистанционного скрининга современным требованиям в диагностике и терапии данного рода заболеваний, необходимо обеспечить контроль за реабилитацией пациентов, контроль за состоянием слуховых аппаратов.

Заключение. *Применение технологий в области телемедицины при проведении дистанционной диспансеризации, дистанционного скрининга патологий органов слуха и равновесия является актуальной темой исследований, а также перспективным практикоориентированным методом диагностики и терапии. Необходимо обращать пристальное внимание на все проблемы относительно данного направления и решать их благодаря современным техническим и технологическим достижениям.*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИРОФИБАНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

РЫБАС А.В., БОЛТЕНКО М.Б., АФАНАСЬЕВА Е.Н., ЗВЯГИНА М.Н., РЫБАС В.А.,
ФОМИНЫХ Ю.А., БОРОДИНА Л.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Ингибиторы гликопротеина IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (ИГ IIb/IIIa) – высокоэффективные антитромбоцитарные препараты, блокирующие связывание фибриногена с активированными IIb/IIIa рецепторами. В течение длительного времени они назначались при чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Целесообразность применения была подтверждена рядом клинических исследований, большинство из которых проведены до начала использования двухкомпонентной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ). У больных с ОКС использование ИГ IIb/IIIa на фоне ДАТТ приводит к значительному снижению смертности или частоты развития ишемических осложнений. Появление более эффективных антиагрегантов – тикагрелора и прасугрела, привело к отказу от широкого применения ИГ IIb/IIIa в связи с высоким риском развития кровотечений.

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения тирофибана в сочетании ДААТ у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов (средний возраст $58 \pm 4,6$ лет) с ОКСбпST, которым проводилось ЧКВ. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа – получающие тирофибан и ДААТ и II группа (без тирофибана). Тирофибан вводился в дозе 25 мкг/кг в виде болюсной инъекции, затем с инфузией со скоростью 0,15 мкг/кг/мин в течение 12-24 часов.

Результаты. Проведен анализ осложнений после введения препарата в обеих группах. Кровотечение из ротовой полости, десен наблюдалось у 46,7% I-ой группы в сравнении с 40% больных во II группе ($\chi^2=0,27$; $p=0,6$); тромбоцитопения отмечена в 53,3% случаев в I-ой группе в сравнении с 50% больными II группы ($\chi^2=0,06$; $p=0,8$); петехиально-пятнистый тип кровоточивости определялся у 43,3 пациентов I-ой группы в сравнении с 20% больных во II группе ($\chi^2=3,7$; $p=0,05$); массивное кровотечение с летальным исходом зарегистрировано у 1 пациента I группы ($\chi^2=1,01$; $p=0,3$). Таким образом, достоверных различий по частоте возникновения кровотечений не получено.

Заключение. Тирофибан – идеальное и безопасное средство для быстрого мощного временного подавления функции тромбоцитов в ситуациях, когда это необходимо, и другие антиагреганты не действуют. Рациональность введения ингибиторов гликопротеина IIb/IIIa при тромботических осложнениях ЧКВ или феномене «no-reflow» не вызывает сомнения.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НА УРОВЕНЬ ИНГИБИНА А В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

САДРИЕВА С.С., МУХАММЕДАМИНОВА Д.Т.

ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан

Гиперпролактинемия, состояние, характеризующееся повышенными уровнями гормона пролактина, связана с множеством репродуктивных нарушений, включая бесплодие, невынашивание беременности, нарушения менструального цикла и галакторею. В то время как ингибин, в основном вырабатываемый яичниками и плацентой во время беременности, выступает в качестве отрицательного регулятора образования фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофиза.

Цель. Изучить изменения уровня ингибина А в первом триместре беременности при гиперпролактинемии.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 60 женщин, находящихся в первом триместре беременности, из которых 40 имели гиперпролактинемию а 20 не имели. Средний возраст в группе с гиперпролактинемией составил 30 ($\pm 3,1$) лет, а в контрольной группе- 28 ($\pm 2,1$) лет. Основным диагностическим материалом исследования были концентрация пролактина, ингибина А, ФСГ в плазме крови.

Результаты. При анализе показателей гормонов выявлено: концентрация пролактина в первом триместре у женщин с гиперпролактинемией значительно превышала норму ($4075,7 \pm 1103,2$ мМЕ/л), в то время как в контрольной группе она составила 1015 ± 332 мМЕ/л. Уровень ингибина А снизился почти 2 раза ($240,2 \pm 13,4$ пг/мл) у женщин с гиперпролактинемией. В контрольной группе концентрация ингибина А была в пределах нормы ($617,3 \pm 252,8$ пг/мл). Также выявлено, что у женщин с гиперпролактинемией наблюдалось повышение концентрации ФСГ и составил $16,3 \pm 2,1$ мМЕ/л, а в контрольной группе $0,19 \pm 0,19$ мМЕ/л.

Заключение. *Анализ гормональных показателей среди женщин с гиперпролактинемией в первом триместре показал, что при повышении пролактина достоверно снижается уровень ингибина А, а концентрация ФСГ наоборот увеличивается.*

СТАТУС ВИТАМИНА D И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ

САНЕЕВА Г.А., АНДРЕЕВА Е.И., УНАНОВА И.А., ФРАНЦЕВА А.П., КАМПУЕВА З.М., МУТЧАЕВА Ф.М., АВАЛИАНИ Д.А., ХОХЛОВА О.А

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация
ГБУЗ СК КЭД, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Автономная нейропатия у больных сахарным диабетом (СД) является второй по частоте формой поражения нервной системы, вовлекая вегетативную иннервацию сердечно-сосудистых элементов. Бессимптомное течение кардиоваскулярной автономной нейропатии (КАН) увеличивает риск развития инфаркта миокарда и синдрома внезапной смерти. Современные представления о роли недостаточности витамина D, как нетипичного фактора риска развития СД, в аспектах патогенеза дегенеративных заболеваний у пациентов диктуют необходимость дальнейшего изучения данной темы.

Цель. Оценить связь между концентрацией витамина 25(ОН)D в сыворотке крови и выраженностью кардиоваскулярной автономной нейропатии у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 120 больных СД. Рандомизация проводилась следующим образом: 1 группа - пациенты с наличием клинических признаков КАН при СД 1 типа (n=30), средний возраст которых составил - $46,97 \pm 12,45$ лет и СД 2 типа (n=30), средний возраст - $57,63 \pm 8,3$ лет. Во вторую группу вошли пациенты без исследуемых осложнений, стратифицированные с учётом типа СД: пациенты с СД 1 типа (n=30) и пациенты с СД 2 типа (n=30), среднего возраста - $35,73 \pm 6,93$ и $53,76 \pm 8,24$, соответственно. Диагностика КАН осуществлялась с использованием функциональных тестов: подсчет ЧСС в покое, проведение ортостатической пробы с измерением АД и исследованием корреляционной связи с уровнем витамина D.

Результаты: Средний уровень 25(ОН)D в основной группе характеризовался дефицитом и составил $15,80 \pm 5,98$ нг/мл и $15,18 \pm 4,75$ нг/мл при 1 и 2 типе СД соответственно, а в группе контроля - $33,87 \pm 8,72$ нг/мл и $30,95 \pm 9,63$ нг/мл. В результате проведённого исследования выявлена обратная корреляционная связь средней силы с уровнем витамина D и частотой СС в основной исследуемой группе, при этом в группе контроля аналогичной связи выявлено не было. Кроме этого, динамика снижения АД при изменении положения тела также обратно коррелировала сильной связью с уровнем витамина D только в основной исследуемой группе.

Заключение: *Полученные результаты демонстрируют роль недостаточности витамина D в механизмах развития поражения нервных волокон у пациентов с СД 1 и 2 типа, в частности автономной денервации сердечно-сосудистой системы.*

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

САТТАРОВА Ф.И., ЧЕСНОКОВА А.С., САЛИМОВА Д.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЗ) являются одними из самых распространенных патологий эндокринной системы, приводящими к изменению обмена веществ, эмоционального состояния и снижению когнитивных функций. Различными заболеваниями ЩЗ страдает не менее 30% населения всего мира.

Цель. Оценить уровень осведомленности женщин о заболеваниях ЩЗ.

Материалы и методы. Проведен онлайн-опрос с участием 60 женщин в возрасте 15-48 лет. Опрос включал вопросы о семейной предрасположенности, основных признаков, о значимости посещения врача - эндокринолога, текущем уровне гормонов ЩЗ, наличии подтвержденного патологии ЩЗ.

Результаты. На основании опроса было выявлено, что примерно половина (31 человек - 52%) женщин хотя бы раз посещали врача-эндокринолога. У 10 женщин, посетивших эндокринолога, были диагностированы заболевания ЩЗ. Только у 3 женщин прослеживается семейная предрасположенность. Ведущие симптомы у лиц с диагностированными болезнями ЩЗ - усталость, изменение настроения, кожи, проблемы с волосами и со сном, отеки. Все эти женщины регулярно сдают анализы (конкретно ТТГ и Т4 раз в год/полгода). Однако, только 4 женщины (40%) принимают лекарственную терапию, из них 2 дополнительно принимают БАДЫ с содержанием йода и селена. 30% женщин с подтвержденным диагнозом принимают только БАДЫ с содержанием йода и селена.

48% (29 человек) опрошенных женщин не посещали врача-эндокринолога, но при этом четверть из них хотя бы раз сдавала анализы на гормоны ЩЗ. 2 человека столкнулись с тем, что их анализы выходят за границы референсных значений, однако, за консультацией к эндокринологу не обращались. Все опрошенные данной группы ответили минимум 1 раз положительно на вопросы касательно симптомов заболеваний ЩЗ.

Заключение. Данные опроса соответствуют общемировым тенденциям патологий ЩЗ. Среди условно здоровых опрошенных, не посещающих врача-эндокринолога, выявлены лица с признаками патологии ЩЗ. Однако, симптомы могут указывать и на другие патологии, что требует дальнейшей диагностики.

Учитывая то, что 30% опрошенных с подтвержденным диагнозом не принимают лекарственную терапию, а также сохранение симптомов патологии ЩЗ на фоне лечения говорит о необходимости повышения информированности населения и важности взаимодействия врача и пациента.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ КОМОРБИДНОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

СВИСТУН О.В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время повышение заболеваемости бронхиальной астмой (БА) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) является медико-социальной проблемой, а сочетанное течение данных патологий характеризуется снижением качества жизни пациентов и повышением частоты и длительности обострений. Известно, что в патогенезе обоих заболеваний особую роль играет оксидативный стресс, провоцирующий респираторное воспаление при БА и повреждение слизистой оболочки пищевода при ГЭРБ. Процессы, противодействующие свободнорадикальному окислению и повреждению биомембран, активизируются при помощи антиоксидантных ферментов: каталазы, супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы. Выраженный дисбаланс в прооксидантно-антиоксидантной системе при БА и ГЭРБ обусловил интерес к его изучению при сочетании этих заболеваний.

Цель. Изучение системной и локальной активности оксидативного воспалительного процесса у больных БА, коморбидной с ГЭРБ, в зависимости от клинико-функциональных параметров.

Материалы и методы. Исследована сопряженность показателей оксидативного метаболизма и клинико-функциональных изменений у 30 больных БА с коморбидной ГЭРБ в возрасте $51,5 \pm 2,5$ года. Изучали функции внешнего дыхания, С-реактивный белок, проводили суточную рН-метрию пищевода, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), оценку ферментативной и неферментативной антиоксидантной активности в эритроцитах и ротовой жидкости и свободнорадикальных процессов в крови.

Результаты. У пациентов с БА с коморбидной ГЭРБ выявлены разнонаправленные изменения ферментативной и неферментативной антиоксидантной защиты, ассоциированные с возрастом и наличием кислого гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). При БА с коморбидной неэрозивной рефлюксной болезнью возрастала активность неферментативного звена антиоксидантной системы, а при коморбидности с эрозивной рефлюксной болезнью констатирован дисбаланс неферментативного тиолового звена с компенсаторным усилением антиоксидантного ферментативного звена и снижением резистентности плазмы крови к прооксидантным субстратам.

Заключение. *Отсутствие оптимальной чувствительности и специфичности ЭГДС и рН-метрии для диагностики некислого ГЭР нацеливает исследователей на поиск значимых суррогатных маркеров оксидативного воспаления при синтропии БА и ГЭРБ. Будущие работы, связанные с определением маркеров оксидативного респираторного воспаления при сочетании БА и ГЭРБ помогут выработать оптимальный алгоритм диагностики данной коморбидности на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи.*

О ПРОБЛЕМЕ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕЛОГО ХАЛАТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

СЕРГЕЕВА О.В., ЕВСЕВЬЕВА М.Е., ГОРЬКОВЕНКО М.В., КИРИЧЕНКО Н.А., НЕМЫКИНА А.С.,
КАРАКЕШИШЯН С.Л.

ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Гипертензивные расстройства во время беременности являются важной причиной материнской и перинатальной смертности и заболеваемости во всем мире. Гипертензия белого халата (ГБХ) характеризуется повышенным клиническим артериальным давлением, но нормальным артериальным давлением дома или на рабочем месте. До настоящего времени в научной литературе нет единого мнения о влиянии данного феномена на исходы беременности.

Цель. Оценить прогностическую роль ГБХ и сосудистой ригидности в развитии гестационных форм повышения АД.

Материалы и методы. В исследование включены беременные с ГБХ, верифицированной по результатам комплексного измерения АД в сроке до 20 нед гестации - основная группа (n=25). Группу сравнения составили нормотензивные женщины (n= 70). Проведена оценка сосудистой жесткости с использованием программно-аппаратного комплекса VPLab в формате Vasotens Office. Фиксировали факт развития/отсутствия материнских осложнений беременности в виде гестационной АГ или преэклампсии (ПЭ). Статистическая обработка проведена с использованием прикладной программы Microsoft Excel, 2010.

Результаты. Беременные с ГБХ имели более высокие значения скорости пульсовой волны: $11,02 \pm 0,2$ и $9,38 \pm 0,15$ м/сек соответственно ($p < 0,05$). Центральное аортальное АД в основной группе также характеризовалось достоверно более высокими значениями: $122,2 \pm 3,7$ и $107,5 \pm 2,9$ мм рт ст для САД и $86,2 \pm 2,3$ и $77,7 \pm 1,8$ мм рт ст для ДАД в группах наблюдения соответственно.

Частота развития гипертензивных осложнений беременности (ГАГ и ПЭ) составила 32% в группе с ГБХ и 7% в группе нормотензивных женщин. Наибольшая частота осложнений выявлялась среди беременных с ГБХ и повышенной сосудистой жесткостью (в 71%).

Заключение. *Беременные с ГБХ, выявленной на сроке до 20-й нед беременности, характеризовались наличием более жестких артерий и имели большую частоту встречаемости ГАГ и ПЭ по сравнению с нормотензивными женщинами. Наибольшая частота осложнений выявлялась среди беременных с ГБХ и повышенной сосудистой жесткостью. То есть, гипертензия белого халата не является доброкачественным состоянием и требует пристального наблюдения на протяжении всей беременности, а измерение показателей сосудистого статуса у пациенток с ГБХ важно для выявления подгруппы высокого риска развития ГАГ/ПЭ.*

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ПЕРЕЛОМ БЕДРА

СИЗОВА Л.В.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Российская Федерация

Описание случая. Пациенту, 70 лет, 09.01.2024 в центре травматологии была выполнена операция интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза в связи с закрытым подвертельным переломом левой бедренной кости со смещением отломков после падения дома накануне. Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения. ИФК. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст. Степень артериальной гипертензии 1. Риск 4. ХСН IIА. Последствия ОНМК. Анемия средней степени. После выписки обратился к терапевту и ревматологу. В выписке из стационара данные общего анализа крови (ОАК) 08.01.2024: эритроциты – $2,81 \times 10^{12}/л$, гематокрит (HCT) – 30,6%; ОАК 10.01.2024: эритроциты – $2,16 \times 10^{12}/л$, HCT – 23,2%, гемоглобин (HGB) – 82 г/л, средний объем эритроцитов (MCV) – 107,6 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) – 38,1 пг. В связи с нарушениями походки, гиперхромной анемией, предположительно обусловленной недостаточным приемом пищи животного происхождения, характерных для В12-дефицитной анемии, пациенту было рекомендовано лечение цианокобаламином по 500 мкг внутримышечно в течение месяца. В ОАК от 17.02.2024 отмечена положительная динамика в ОАК: эритроциты – $3,31 \times 10^{12}/л$, HGB – 118 г/л, HCT 41,3%. Однако сохранялись повышенными показатели MCV – 124,8 фл, MCH – 35,6 пг. Железо в сыворотке (20,86 мкмоль/л), ферритин (357,2 нг/мл) соответствовали норме. Лечение цианокобаламином решено было продолжить пероральным приемом препарата в таблетированной форме по 1 мг в день. Одновременно пациент принимал комбинированный препарат Колекальциферол +Кальций+Магний+Цинк+Бор+Медь+Марганец по 1 таблетке 2 раза в день. На рентгенограмме кистей 21.02.2024: диффузный остеопороз. На рентгенограмме тазобедренного сустава от 25.03.2024: консолидации подвертельного перелома нет, диффузный остеопороз. Проведено биохимическое исследование крови 28.03.2024: В12 – 647,6 пмоль/л, фолиевая кислота – 8,73 нг/мл, витамин D суммарный – 13,53 нг/мл, кальций – 2,25 ммоль/л, фосфор – 1,34 ммоль/л, тиреотропный гормон – 2,55 мкМЕ/мл, свободный тироксин – 14,28 пмоль/л, паратиреоидный гормон – 48,09 пг/мл. Таким образом, выявлен только дефицит витамина D (менее 20 нг/мл).

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Вероятная причина падения пациента – В12-дефицитная анемия, перелома бедренной кости – диффузный остеопороз. Обнаружен дефицит витамина D как вероятная причина замедленной консолидации перелома бедренной кости. Гипотиреоз и гиперпаратиреоз были исключены лабораторными тестами.

Заключение. *Падение пожилого человека могло быть обусловлено В12-дефицитной анемией, а при наличии диффузного остеопороза оно привело к перелому бедра. Длительная консолидация перелома потребовала исключения вторичного остеопороза. В связи с выявленным дефицитом витамина D рекомендован прием витамина D3 по 2000 МЕ в сутки.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В КАРДИОЛОГИИ

СИТДИКОВА Д.М., КИТОВА И.В., КАЛЯМОВА А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. В последнее время огромное внимание уделяется заболеваниям сердечно-сосудистой системы, которые значительно снижают качество жизни, требуют длительной терапии, а иногда и пожизненной, которая, в свою очередь, не всегда бывает эффективна. В России от ССЗ умирает один миллион человек в год, что составляет 48% всех смертей. Поэтому существует серьезная необходимость в разработке новых и эффективных видов терапий по восстановлению сердца.

Цель. Изучить и проанализировать отношение врачей и студентов к теме применения стволовых клеток в кардиологии, изучить истории болезни пациентов с трансплантацией стволовых клеток, а также современную литературу на данную тему.

Материалы и методы. Анкетирование врачей и студентов. Анализ историй болезни пациентов. Обзор отечественной и зарубежной литературы.

Результаты. В опросе приняли участие 32 врача и 118 студентов. На основании опроса 82% врачей готовы применять стволовые клетки в своей практике, остальные 18% против, аргументируя свой ответ малоизученностью данной темы (32%), недостаточностью доказательных исследований (26%), высокой стоимостью (24%), этическими проблемами (18%). Но при этом 100% опрошенных врачей считают использование стволовых клеток перспективным направлением в медицине будущего. Из анкетирования студентов было выяснено, что 24% опрошенных не знают о стволовых клетках, преимущественно это студенты первых двух курсов. Остальные 76% студентов готовы применять стволовые клетки в своей будущей практике. Углубляясь в тему СК можно сделать вывод, что каждый из типов СК имеет свои преимущества и ограничения в использовании. Так, исследования, направленные на определение наиболее эффективных подходов к использованию стволовых клеток, выявили ряд “вопросов”, подвергающие эффективность СК под сомнение. К таким вопросам относят необходимость в разработке эффективных методов контроля дифференцировки стволовых клеток в нужные типы клеток сердца, безопасность использования стволовых клеток, разработка методов доставки стволовых клеток в сердечную ткань и их взаимодействие с окружающими клетками.

Заключение. Таким образом, тема использования СК зарекомендовала себя как перспективный подход к лечению сердечно-сосудистых заболеваний и пользуется огромным интересом у практикующих и будущих врачей, однако требует дальнейших исследований и разработки.

СИСТЕМНЫЙ ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС И ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИЕ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

СКИБА Т.А.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Цель. В крови и конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ) у больных бронхиальной астмой (БА), сочетанной с сахарным диабетом (СД) 2 типа изучить показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС).

Материал и методы. Обследовали 68 пациентов с обострением персистирующей БА средней степени тяжести в возрасте ($38,6 \pm 2,2$) лет, в т.ч. мужчин – 27, женщин - 41. Больных с БА было 36 (I группа), с БА и СД 2 типа – 32 (II группа). У всех пациентов определяли в крови малоновый диальдегид (МДА), диеновые конъюгаты (ДК), активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), в КВВВ - общую оксидантную (ООА) и антиоксидантную активность (ОАА). Для контрольных показателей были обследованы 21 практических здоровых донора того же возраста и пола.

Результаты. У пациентов II группы в сыворотке крови уровень МДА отмечен увеличенным в 2,6 раза по сравнению с контрольным и в 1,3 раза - с показателем в I группе. Концентрация ДК во II группе была выше контрольной в 2,0 раза и у пациентов I группы - в 1,2 раза. Активность каталазы во II группе была повышенной в 1,3 раза, активность СОД имела тенденцию к повышению, но активность каталазы и СОД во II группе выявилась ниже, чем в I группе, в 1,2 раза. В КВВВ больных II группы ООА была выше, чем у здоровых лиц, в 162 раза и чем в I группе - в 1,8 раза. Во II группе ОАА в КВВВ превышала контрольные значения в 1,6 раза и незначительно - таковые в I группе. Коэффициент ООА/ОАА во II группе был выше аналогичного у здоровых лиц и в 1,9 раза - чем у больных БА.

Заключение. Преобладание продуктов ПОЛ над активностью ферментов АОС в крови у больных с БА, сочетанной с СД 2-го типа, наряду с высоким уровнем ООА в КВВВ может быть охарактеризовано как системный оксидативный стресс с большей активностью, чем при БА без СД 2-го типа.

СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

СКИБА Т.А., ЯРЦЕВА С.В., ПОБЕДЕННАЯ Г.П.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Цель. Изучить морфологическое и функциональное состояние моноцитов крови как модели клеток неспецифической иммунорезистентности у больных БА, сочетанной с СД 2-го типа.

Материал и методы. Исследовали 68 пациентов с обострением персистирующей БА средней степени тяжести в среднем возрасте ($38,6 \pm 2,2$) лет, в т.ч. мужчин – 27 (39,7%), женщин - 41 (60,3%). Среди обследованных больных с БА было 36 (I группа), лиц с БА и СД 2-го типа – 32 (II группа). Диагноз БА и СД устанавливали в соответствии с существующими рекомендациями. Наряду с рутинными лабораторными и инструментальными исследованиями, у пациентов определяли фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ) моноцитов крови чашечным методом, а также фагоцитарную активность гранулоцитов в НСТ-тесте. Для выработки нормативных показателей были обследованы 21 практических здоровых донора того же возраста и пола.

Результаты. В показателях клинического анализа крови не выявили отличий в I и II группах по основным параметрам. У больных II группы ФИ оказался ниже, чем в I группе, в 1,7 раза ($p < 0,001$) и ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Аналогичная динамика отмечена и с фагоцитарным числом (ФЧ): во II группе оно оказалось ниже, чем в I группе, в 1,6 раза ($p < 0,001$), однако, ФЧ у больных I группы не отличалось от аналогичного в контрольной группе. НСТ-тест не обнаружил разницы между показателями обеих групп, однако, в обеих группах они были ниже, чем в контрольной группе, в 1,5 раза ($p < 0,001$).

Заключение. У больных БА, сочетанной с СД 2-го типа активность фагоцитирующих клеток выявилась сниженной по сравнению с пациентами с БА без СД 2-го типа. У пациентов с коморбидностью БА и СД 2-го типа снижение фагоцитарной активности клеток неспецифической иммунной защиты (ФИ и ФЧ), наряду с отсутствием изменений в метаболической активности в НСТ-тесте, указывает на функциональный дисбаланс в метаболизме клеток неспецифического иммунитета у коморбидных пациентов и создает предпосылки для поиска путей его коррекции.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СТИРОЛА И ДИВИНИЛА НА ДЫХАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ

ТАГИЕВА А.Т., ХАЛИУЛЛИНА И.И., САТТАРОВА Ф.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. В структуре общей заболеваемости населения России, заболевания органов дыхания по данным Росстата за 2023 год, составляет 27,12% всей зарегистрированной и 47,5% выявленной впервые в жизни патологии. Процент заболеваний органов дыхания, вызванных химическими веществами (ХВ), по данным Роспотребнадзора в Республике Татарстан в 2020 году составил 15,3%. Изучение влияния ХВ на здоровье работающих в этой сфере сохраняет актуальность в связи с развитием химической промышленности. Стирол и дивинил — наиболее распространенные соединения в химической отрасли, которые вызывают раздражение слизистых верхних дыхательных путей даже при низких уровнях воздействия. Высокие концентрации могут вызывать хронический бронхит и обструктивные изменения легких.

Цель. Выявить взаимосвязь взаимодействия ХВ с временем экспозиции.

Материалы и методы. Проведено онлайн-анкетирование работников химического предприятия г. Нижнекамск.

Результаты. Приняли участие 45 респондентов (42 мужчины и 3 женщины) в возрасте от 18 до 50 лет. Одышка возникает у 15 (33,3%) лиц. Контактующие с ХВ от 30 мин до 1,5 ч. (группа А) у 3 из 17 (17,6%); 2 – 4 ч. (группа Б) у 4 из 6 (66,6%); 5 – 8 ч. (группа В) у 5 из 10 (50%); 9 – 12 ч. (группа Г) у 3 из 9 (33,3%) респондентов.

Кашель с мокротой вне простудного периода возникает в группе А у 1 (5,9%) респондента в ночное время, в группе Б у 2 (33,3%) в утреннее и у 1 (16,7%) в ночное время, в группе В у 2 (20%) в утреннее и у 3 (30%) в ночное время, в группе Г у 2 (22,2%) в ночное время.

Чувство стеснения в груди, дискомфорт в грудной клетке наблюдается у 2 (11,8%) респондентов группы А, у 4 (66,7%) группы Б, у 4 (40%) группы В, у 3 (33,3%) группе Г. У 1 респондента группы Г имеется подтвержденный диагноз – ХОБЛ.

Заключение. В ходе исследования было выявлено взаимосвязь контакта участников со стиролом и дивинилом. Прямой взаимосвязи этих ХВ с временем экспозиции не выявлено.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ

ТИМОФЕЕВА О.В., СКИБИЦКИЙ В.В., ФЕНДРИКОВА А.В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) и тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) у мужчин в андропausalном периоде встречаются часто. Тем не менее, наиболее эффективная комбинация антигипертензивных и психокорректирующих препаратов у пациентов этой группы практически не изучена.

Цель. Изучить динамику показателей артериальной ригидности (АР) и центрального аортального давления (ЦАД) у мужчин с АГ и ТДР в период андропазузы на фоне комбинированной фармакотерапии.

Материалы и методы. Включено 60 мужчин с АГ и ТДР в андропausalном периоде: 30 (медиана возраста 57 лет) получали Периндоприл(Пп)+Амлодипин(Амл)+Тразодон(Тр) (группа 1) и 30 (медиана возраста 58,5 лет) – Кандесартан (Кс)+Амл+Тр (группа 2).

Выполнено суточное мониторирование АД (СМАД) и оценены: время отражения пульсовой волны (RWTT), оценочная скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}), а также их приведенные параметры (RWTT_{пр}), (PWV_{ao}_{пр}), индекс аугментации (AI_{xpr}), аортальное суточное систолическое АД (САД_{24ao}), аортальное суточное диастолическое АД (ДАД_{24ao}), аортальное суточное пульсовое АД (ПАД_{24ao}).

Результаты. Межгрупповые различия наблюдались по RWTT и PWV_{ao}, которые у пациентов 1 группы изменились в лучшую сторону в сравнении со 2 группой на 12,1% и 13,6% соответственно ($p < 0,05$). Подобная закономерность, только в большем процентном соотношении, отмечалась по AI_{xpr}, который у мужчин 1 группы увеличился на 29,8% ($p < 0,05$) и ДАД_{24ao}, снизившийся в данной группе пациентов на 26,6% ($p < 0,05$) по сравнению с альтернативной группой. Удалось верифицировать примерно одинаковую разницу по снижению PWV_{ao}_{пр} и ПАД_{24ao} - на 20,7% ($p < 0,05$) и 20,2% ($p < 0,05$) соответственно. Наибольшие различия касались параметров RWTT_{пр}, где разница в снижении составила 42,1% ($p < 0,05$) соответственно. В 1 группе регистрировалось более выраженное снижение дневного и ночного Вар САД (разница составила 15,9% и 20,4% соответственно; $p < 0,05$), а также ВУП САД (разница 15,6%; $p < 0,05$).

Заключение. У мужчин с АГ и ТДР в период андропазузы комбинация Пп+Амл+Тр способствовала более выраженной позитивной трансформации показателей АР и ЦАД по сравнению с таковыми пациентами на терапии Кс+Амл+Тр. Полученные результаты могут быть учтены и использованы в повседневной клинической практике.

ВАРИАБЕЛЬНЫЙ ВАСКУЛИТ КОГАНА ПОД МАСКОЙ СПОНДИЛОАРТРИТА

ТОЛОГОНОВА Э.А., ОСИПЯНЦ Р.А., ТРОИЦКАЯ Е.А.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Описание клинического случая. Пациентка П. 45 лет, болеет с 2014 года (35 лет): отслойка сетчатки глаз с дальнейшей лазерокоагуляцией. 06.07.2022г. отметила инъектированность склер, лихорадку, потливость, головокружение, озноб. Офтальмологом диагностирован острый иридоциклит, назначен дексаметазон в конъюнктивальный мешок. 18.07.2022г. в связи с усилением покраснения глаз повторно обратилась к офтальмологу: продолжен дексаметазон, назначены бетаметазон парабульбарно, антибиотики, НПВП, мидриатики. В течение двух месяцев сохранялись воспаление глаз, потливость, появились боли в спине смешанного ритма. При обследовании исключена инфекция, HLA-B27-антиген не обнаружен, выявлено повышение антинуклеарного фактора (ANA Her-2), при МРТ крестцово-подвздошных сочленений признаки правостороннего сакроилиита. Диагностирован аксиальный спондилоартрит (АксСпА). Иницирована терапия сульфасалазином 2 г, эторикоксибом с недостаточным эффектом. 28.10.2022 г. отметила появление «мушек» перед глазами, выполнена повторная лазерокоагуляция в связи с ревматоидной отслойкой сетчатки. 17.12.2022 г. появилось помутнение перед глазами, выявлено помутнение стекловидного тела. Диагностирован хронический увеит, назначен дексаметазон с положительной динамикой. С 2023 г. рецидив иридоциклита. Коррекция офтальмологического лечения без эффекта. Через месяц в связи с острой потерей слуха на правое ухо диагностирована острая односторонняя нейросенсорная тугоухость, назначен метилпреднизолон 40 мг/сут внутрь с восстановлением слуха. Госпитализирована в ГБУЗ ГКБ 52. АксСпА и СЗСТ не подтверждены. Проводился дифференциальный диагноз в группе системных васкулитов: при КТ-ангиографии аорты и ее ветвей патологии не выявлено, другие маркеры отрицательны. Учитывая остро возникшее поражение слуха, сохраняющийся высокочастотный шум в ушах, рецидивирующий иридоциклит, конституциональные проявления, повышение ANA-Her2 диагностирован переменный васкулит Когана с поражением сосудов глаз и органа слуха, иммунологическими нарушениями. Проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном с дальнейшей пероральной терапией. Учитывая возобновление аудиовестибулярных нарушений при попытке снижения дозы ГК, добавлен метотрексат 10 мг/нед. На этом фоне глазные симптомы купировались, незначительный шум в ушах сохраняется, текущая доза ГК 10 мг/сут. Лабораторные показатели в норме.

Заключение. *Переменный васкулит Когана – редкий системный васкулит, часто дебютирующий под маской других болезней, что требует постоянной переоценки симптомов и пересмотра диагноза. О заболевании следует подумать при сочетании поражения глаз и аудиовестибулярного аппарата после исключения других СЗСТ и системных васкулитов.*

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

ТУПИКОВА Т.Е., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В., АПУШКИНА Т.А.

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация

Актуальность. Лечение больных с фибрилляцией предсердий (ФП) предполагает своевременный длительный прием лекарственных препаратов. Одним из факторов снижения приверженности является психологическое состояние пациента.

Цель. Оценить влияние тревожного и депрессивного состояния на приверженность терапии у пациентов с ФП.

Материал и методы. Проведен опрос 28 больных с верифицированным диагнозом ФП (13 мужчин – 46,43%, 15 женщин – 53,57%). Средний возраст – $68,75 \pm 8,8$ лет.

Зарегистрировано 14 (50%) пациентов с пароксизмальной, 8 (28,57%) с персистирующей и 6 (21,43%) с постоянной формой ФП. Для оценки приверженности терапии использовалась шкала Мориски-Грина, для верификации тревожного и депрессивного состояния – Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. По результатам шкалы Мориски-Грина пациенты были разделены на две группы. В первую (I) включены больные с низкой/частичной приверженностью терапии (23 пациента; 82,14%), во вторую (II) – с высокой приверженностью (5 пациентов; 17,86%). I группу составили 8 (34,78%) мужчин и 15 (65,22%) женщин. Средний возраст – $70,35 \pm 7,7$ лет. В группе преобладала пароксизмальная форма ФП (12 больных; 52,17%). II группу представили 5 (100%) мужчин. Средний возраст – $61,4 \pm 10,8$ лет. В группе преобладала персистирующая форма ФП (3 пациента; 60,0%).

При оценке уровня тревоги в I группе зарегистрированы: 6 (26,09%) – выраженные симптомы тревоги, 5 (21,74%) – субклинически выраженные, 12 (52,17%) – уровень тревоги в пределах нормы. Во II группе у 2 (40,0%) больных – клинически значимый уровень тревоги, 2 (40,0%) – субклинически значимый уровень тревоги, 1 (20,0%) – симптомов тревоги не отмечено. Достоверных различий между группами не выявлено ($p > 0,05$).

При оценке уровня депрессии в I группе у 8 (34,78%) больных клинически выраженный уровень депрессии, у 1 (4,35%) – субклинически выраженный, у 14 (60,87%) – признаков депрессии не наблюдалось. Во II группе у 2 (40,0%) – субклинически выраженные признаки депрессии, 3 (60,0%) – признаков депрессии не выявлено. Уровень депрессии в первой группе был достоверно выше чем во второй ($p < 0,05$).

Заключение. Установлено, что большинство пациентов имеют низкую/частичную приверженность терапии. Менее привержены лечению пациенты с высоким уровнем депрессии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

УШАКОВА С.Е., ЗИМИНА Т.Ю., АЛЕКСАНДРОВ М.В., ПАЙКОВА А.С.

ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация

Актуальность. Онкологические заболевания трудно диагностируются на ранних стадиях. Порой люди живут с онкологическими заболеваниями годами, даже не подозревая об их наличии. Однако именно раннее выявление является одним из ключевых факторов успешного лечения. В связи с этим встаёт вопрос об эффективности диспансеризации как способа выявления онкопатологии, протекающей бессимптомно.

Цель. Оценить эффективность диспансеризации как метода выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Материалы и методы. При исследовании были использованы статистические данные о проведенной диспансеризации населения, обслуживаемого поликлиникой ОБУЗ ГKB № 3 г. Иваново за период 2020 - 2021 гг. Объём обследований определялся требованиями приказа Минздрава России от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021 № 64042).

Результаты. В ходе обследования у 143 пациентов в возрасте от 33 до 93 лет были диагностированы онкологические заболевания, среди них 61,3% женщин и 38,7% мужчин. Из них у 69 человек (48,3%) рак был выявлен на 1 стадии, у 37 пациентов (25,9%) – на второй стадии. У 104 из них (98,1%) процесс не сопровождался какими-либо симптомами и был выявлен при обследовании в ходе проведения диспансеризации. Среди впервые выявленных случаев онкопатологии 15,38% составляли опухоли кожи и её придатков, 14,69% - опухоли кишечника, 10,49% - опухоли молочной железы, 8,39% - опухоли предстательной железы, 5,59% - опухоли лёгких. Из них у 48 % рак был выявлен на 1 стадии. У 46% человек из них процесс не сопровождался какими-либо симптомами и был выявлен при активном осмотре.

Заключение. *В ходе диспансерного обследования у 0,8% обследованных было выявлено бессимптомное течение онкологической патологии, причём почти у 3/4 – на ранней стадии развития патологического процесса.*

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕХЛЕТНЕГО ПРОДОЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ФАТЕЕВА В.В., ВОРОБЬЕВА О.В.

ОСП РГНКЦ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Цель. Оценить влияние COVID-19 на динамику параметров когнитивного статуса у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) в ходе 36 месяцев наблюдения.

Материалы и методы. В продольном исследовании приняли участие 51 пациент от 46 до 73 лет (медиана возраста 57,7 лет, 19 (37,3%) мужчин), отвечающих критериям включения. Всем участникам исследования исходно и через 36 месяцев проведено нейропсихологическое тестирование по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). В ходе исследования, совпавшего с пандемией COVID-19, 25,5% пациентов были с документально подтвержденной пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2. В процессе наблюдения пациенты получали стабильную базовую терапию по профилактике модифицируемых сосудистых факторов риска. Было выделено две группы: группа 1 (n=13) – COVID-19 «+», группа 2 (n=38) – COVID-19 «-», соответственно. Пациенты группы 1 чаще страдали III ст. артериальной гипертензией (46,2% vs. 17,9% в группе 2, $p<0,05$), перенесли ишемический инсульт в анамнезе (38,5% vs. 5,3% в группе 2, $p<0,05$), не были привиты вакциной Гам-КОВИД-Вак (23,1% vs. 73,7% в группе 2, $p<0,05$).

Результаты. У пациентов с ФП после заражения вирусом SARS-CoV-2 отмечено прогрессирование когнитивных нарушений (КН) с $22,7\pm 2,1$ до $20,2\pm 1,6$ баллов по MoCA ($p<0,05$) за счет снижения исполнительных функций (индекс исполнительных функций: от $8,2\pm 1,1$ до $5,2\pm 0,5$ баллов, $p<0,05$), внимания (индекс внимания: от $14,2\pm 1,8$ до $9,1\pm 0,8$ баллов, $p<0,05$), памяти (индекс памяти (ИП): от $8,8\pm 2,0$ до $6,1\pm 1,7$ баллов, $p<0,05$). Через 36 месяцев наблюдения в группе 1 количество пациентов со значением ИП <7 баллов, свидетельствующем о высоком риске конверсии умеренных КН в деменцию, возросло на 30,7%, в группе 2 – на 5,3% ($p<0,05$).

Заключение. Выявлено более выраженное прогрессирование КН у пациентов с ФП, перенесших COVID-19, несмотря на постоянный прием стабильной базовой терапии, направленной на коррекцию модифицируемых сосудистых факторов риска.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРФЕЙСА «МОЗГ-КОМПЬЮТЕР» НА ВОЛНЕ P300: РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛИРУЕМОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ФАТЕЕВА В.В., МАЙОРОВА Л.А.
ФНКЦ РР

Цель. Изучить влияние когнитивного тренинга с применением технологии интерфейса «мозг-компьютер» (ИМК) на волне P300 на восстановление постинсультных когнитивных нарушений (ПИКН).

Материалы и методы. В контролируемое рандомизированное исследование включили 30 пациентов в возрасте 22-82 лет с инсультом давностью до 3 месяцев, умеренными когнитивными нарушениями (<26 баллов по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)), выраженным снижением активности в повседневной жизнедеятельности (21–60 баллов по шкале Бартел), без депрессии (<14 баллов по шкале депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS)). Пациенты рандомизированы в две группы: пациенты 1 группы (основной) проходили 10-дневный курс когнитивной реабилитации в виде ежедневных упражнений в среде ИМК. Пациенты 2 группы (контрольной) получали комплекс реабилитационных мероприятий. Исходно и через 10 дней проведено нейропсихологическое тестирование по шкале MoCA, оценено количество введенных символов в среде ИМК.

Результаты. Применение когнитивного тренинга с помощью ИМК в течение 10 дней способствовало увеличению среднего балла домена «Внимание» шкалы MoCA в основной группе пациентов по сравнению с контролем: с $2,3 \pm 1,24$ до $5,2 \pm 1,16$ баллов vs с $5,9 \pm 1,00$ до $4,2 \pm 0,94$ баллов, соответственно ($p < 0,05$). К окончанию 10-дневного когнитивного тренинга с использованием ИМК у пациентов основной группы наблюдалось статистически увеличение количества вводимых букв – с $20,8 \pm 2,01$ до $25,9 \pm 1,7$ символов ($p = 0,02$), в контрольной группе – с $21,9 \pm 1,9$ до $23,1 \pm 1,8$ ($p = 0,06$). При сравнении количества слов, вводимых пациентами через 10 дней, выявлена статистически значимая разница между основной и контрольной группами ($p < 0,05$).

Заключение. *Реабилитация пациентов с ПИКН с использованием ИМК на волне P300 оказывает значимый положительный эффект на восстановление когнитивных функций, в первую очередь внимания.*

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ХАКУАШЕВА И.А., УМЕТОВ М.А., АРСАНУКАЕВА Х.М.

ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на значительные успехи в лечении артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), смертность от этих нозологий остается высокой.

Цель. Сравнение влияния фиксированных комбинаций на клиническое течение и артериальную ригидность.

Материалы и методы. Выполнено исследование 72 пациентов с неконтролируемой АГ и ИБС. Пациенты были разделены на две группы: I группа – 34 человека, получали фиксированную комбинацию амлодипин+лизиноприл+розувастатин; II группа – 38 человек, принимавших фиксированную комбинацию амлодипин+аторвастатин+периндоприл. Все участники принимали антитромбоцитарный препарат и бета-блокатор бисопролол 2,5-5 мг.

Результаты. При анализе САД и ДАД после проведенной 12-недельной терапии снижение наблюдалось в обеих группах. В I группе динамика САД составила $-6,6 \pm 5,3$ мм рт.ст., во II группе $-8,2 \pm 4,2$ мм рт.ст. ($p=0,038$). Динамика ДАД в группах составила $-6 \pm 0,9$ и $-7 \pm 2,5$ мм рт.ст. ($p=0,007$). Частота сердечных сокращений (ЧСС) в I и II группах снизилась на $14,3 \pm 5,1$ и $15,9 \pm 8,1$ уд/мин ($p \geq 0,05$). Оба типа терапии уменьшали центральное САД в аорте и центральное ДАД в аорте ($p \leq 0,01$), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте и в плечевой артерии достоверно снижалась во II группе: с $11,3 \pm 3,10$ до $9,4 \pm 1,81$ мм рт.ст. ($p \leq 0,01$). В I группе данный показатель уменьшился с $11,87 \pm 1,10$. В исследуемых группах не было выявлено достоверных различий в снижении индекса аугментации Aix. Во II достоверно снижался сосудистый возраст – с $60,2 \pm 7,7$ до $52,4 \pm 9,3$ лет ($p \leq 0,01$). Величина ЛПИ в обеих группах достоверно не изменилась. На фоне проводимого лечения ПФЭ возрос во II группе с $-3,8 \pm 1,6$ до $6,0 \pm 0,3$ % ($p=0,001$).

Заключение. Сочетание фиксированной комбинации амлодипин+периндоприл+аторвастатин улучшало структурно-функциональные свойства артерий по сравнению с I группой, а также приводило к снижению сосудистого возраста. Увеличение ПФЭ было достигнуто во II группе.

БИЦИКЛОЛ ПРИ СИНДРОМЕ ЦИТОЛИЗА ГЕПАТОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ХРИПУНОВА И.Г., ХРИПУНОВА А.А.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Проблема поиска препаратов для коррекции гепатотоксических нарушений у пациентов с РА очень актуальна. Протективный эффект препарата бициклола в отношении синдрома цитолиза гепатоцитов доказан в моделях *in vitro* и *in vivo*, при повреждениях печени: четыреххлористым углеродом (CCl₄), ацетаминофеном (AP) - D-галактозамином, вакциной BCG и конкавалином А (ConA).

Цель. Определенный интерес изучить эффективность бициклола при синдроме цитолиза гепатоцитов у пациентов с РА.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов с РА (26 женщин и 4 мужчины) в возрасте 21-73 лет с длительностью болезни более 5 лет, имевших на фоне проводимой базисной терапии (НПВП, метотрексат в недельной дозе 20±2,5 мг, фолиевая кислота в недельной дозе 5±1,0 мг) повышение уровня ферментов аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансфераз до 2 верхних границ нормы (ВГН). Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и другим основным характеристикам заболевания (развернутая стадия РА, серопозитивность по РФ, III степень активности по индексу DAS28, 2-3 рентгенологическая стадия, эрозивный РА по данным ультразвукового исследования, II-III ФК нарушений жизнедеятельности).

Продолжительность наблюдения составила 12 недель. Пациентам первой группы к базисной терапии был добавлен бициклол в суточной дозе 150 мг в сутки в течение 12 недель. Пациентам второй группы добавлены эссенциальные фосфолипиды 1800 мг/сут в течение 12 недель. Для оценки влияния на функцию печени гепатопротекторов 1 раз в 4 недели определяли в крови уровни ферментов аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансфераз, щелочной фосфатазы (ЩФ) и гаммаглутаминтранспептидазы (ГГТ).

Результаты. Через 1 месяц приема бициклола только у 2 (1,3%) больных первой группы оставался повышенным показатель АЛТ в сыворотке крови, но на 50% меньше по сравнению с исходными показателями. У остальных пациентов этой группы показатели аминотрансфераз и маркеров холестаза были в пределах референсных значений. Во второй группе через месяц приема эссенциальных фосфолипидов только у 50% наблюдаемых пациентов отмечена нормализация показателей аминотрансфераз, у 8 человек показатели АЛТ оставались повышенными в пределах 1,5 ВГН. Через 8 нед. наблюдения все пациенты первой группы имели нормальные значения маркеров цитолиза и холестаза и эти показатели сохранялись в нормальных пределах к концу периода наблюдения – через 12 нед. Во второй группе только к концу 12 недели наблюдения отмечена нормализация показателей аминотрансфераз у всех наблюдаемых.

Заключение. Таким образом, повышенные показатели аминотрансфераз, свидетельствующие о развитии синдрома цитолиза гепатоцитов у пациентов с РА, быстрее нормализуются при применении бициклола в дозе 150 мг в сутки в течение 12 недель. Препарат Бициклол характеризуется благоприятным профилем безопасности и хорошей переносимостью.

БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

ХРИПУНОВА И.Г.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Бессимптомная гиперурикемия (ГУ) – повышенный уровень мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови без подагрического артрита, тофусов или уратных камней в почках. В основе развития ГУ лежит полиморфизм генов, связанных с транспортом уратов (URAT1) и глюкозных котранспортеров (GLUT9) а также нарушения в регуляторных белках, участвующих в метаболизме мочевой кислоты. Наблюдается У 16,8 % в популяции в РФ, достоверно выше у мужчин, повышается с возрастом.

Цель. Углубить знания врачей по диагностике и коррекции бессимптомной гиперурикемии.

Материалы и методы. Изучены современные отечественные и зарубежные клинические рекомендации.

Результаты. У людей с гиперурикемией чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), чем у людей без нее, Бессимптомная гиперурикемия у мужчин при мочевой кислоте (МК) в крови > 400 мкмоль/л повышает риск артериальной гипертензии (АГ) в 1.65 раз, при МК >420 мкмоль/л риск развития АГ увеличивается на 80%. Риск прегипертензии в 1,71 раз выше при МК 322 мкмоль/л vs 219 мкмоль/л. У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и МК > 430 мкмоль/л риск смерти возрастает в 5 раз по сравнению с МК менее 300 мкмоль/л. Поэтому всем пациентам с АГ для выявления гиперурикемии рекомендуется исследование уровня мочевой кислоты в крови в соответствии с отечественными рекомендациями. Предложена 5-ступенчатая схема ведения пациента с бессимптомной гиперурикемией: 1) Оценить уровень мочевой кислоты в сыворотке крови считать высоким уровень ≥ 5 мг/дл при высоком СС риске; 2) Оценить наличие сопутствующих заболеваний и проводимую терапию, по возможности, прекратить прием препаратов, влияющих на уровень МК в сыворотке крови; 3) Информировать пациентов о заболевании, образе жизни и физической активности, чтобы обеспечить соблюдение долгосрочного лечения; 4) Рассмотреть страт терапии аллопуринолом 100-200 мг/сут. с последующей титрацией дозы до 300-600 мг/сут. до достижения ЦУ <6 мг/дл ИЛИ <5 мг/дл при высоком СС риске и в особых случаях рассмотреть максимальную дозу 900 мг в день; 5) При достижении цели не прекращать лечение, продолжать контролировать уровень МК в сыворотке крови два раза в год, в особых случаях рассмотреть комбинированную терапию.

Заключение. У пациентов с АГ считать высоким уровень МК выше 360 мкмоль/л (6 мг/дл) для всех независимо от пола и лабораторных норм учреждения. Целевой уровень МК у пациентов с АГ: уровень МК ниже 5 мг/дл (300 мкмоль/л) для пациентов с АГ высоким СС риском; уровень МК ниже 6 мг/дл (360 мкмоль/л) для пациентов с АГ с низким и умеренным СС риском.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА ФОНЕ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ

ХРУЩЕВА Д.Д., СОЛДАТОВА Г.С., ПАЛЬЦЕВ А.В., ПЕТУХОВА А.В.

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

Актуальность. Описторхоз (ОП) открыт более 130 лет назад и до сих пор является одним из наиболее опасных гельминтозов в мире, влияет на патогенез, течение и прогноз заболеваний желчевыводящего тракта и поджелудочной железы, в частности – хронического панкреатита (ХП). Заболеваемость населения ОП установлена в 689 административных районах России, а самый высокий уровень пораженности зарегистрирован в Западно-Сибирском регионе, особенно в зоне Обь-Иртышского бассейна.

Цель. Определить особенности клинического течения хронического панкреатита на фоне длительной описторхозной инвазии (ОИ).

Материал и методы. В ходе исследования проведено проспективное наблюдение за 90 пациентами с хроническим панкреатитом (ХП), средний возраст которых составлял $51,37 \pm 15,37$. Сформировано 2 группы наблюдения: основная – пациенты с ХП с сопутствующей ОИ сроком от 5 до 15 лет, группа контроля – пациенты с ХП без сопутствующей ОИ. Всем пациентам проведено общеклиническое исследование, согласно рекомендациям по диагностике ХП. Для диагностики ОП проводилось дуоденальное зондирование с подготовкой (физиотерапия на область желчного пузыря и прием экстракта коры осины за 2 дня до исследования), что повышало вероятность выявления описторхов, общий анализ кала с исследованием на яйца глистов и простейших. Степень тяжести ХП оценивалась по оценочной бальной системе M-ANNHEIM. Статистическая обработка данных произведена с помощью программы Statistica for Windows 10.0.

Результаты. Среди пациентов, участвующих в исследовании преобладали женщины, как в основной группе наблюдения, так и в группе контроля. В основной группе наблюдения степень тяжести течения ХП была выше – выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале была сильнее ($p=0,004$), эпизоды обострения заболевания были чаще ($M=2,3$), проявления диспептического синдрома отмечались чаще ($p=0,0047$) и выявлялась более тяжелая внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы ($p=0,004$).

Заключение. Длительное течение ОИ вызывает воспалительно-пролиферативные и дистрофические изменения в протоках и паренхиме поджелудочной железы, что в конечном счете усугубляет течение ХП, а также приводит к тяжелым поражениям печени с формированием злокачественных новообразований гепатобилиарной системы. Следовательно, требуется комплексный подход в ранней диагностике, лечении, профилактике рецидивов и реабилитационной терапии у данных пациентов.

СНИЖЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОДИАБЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ФОНЕ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

ЦАРУКЯН А.А., БАТУРИНА М.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка Ш., 65 лет. Диагноз: сахарный диабет (СД) 2 типа. Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск 4 (очень высокий). Аллергологический анамнез не отягощен. Пациентка в течение пяти лет постоянно получала глимепирид, бисопролол. В летний период (около 6 месяцев назад) возникли жалобы на ощущение жжения кожи голеней и стоп. Несмотря на терапию, развилась декомпенсация СД (глюкоза крови до 9,8 ммоль/л). Глимепирид был заменен на метформин, однако эффекта отмечено не было. Кроме того, у пациентки на коже голеней образовались болезненные гиперемированные узелки. Госпитализирована в ревматологическое отделение с диагнозом узловатая эритема неясного генеза, получала лечение, в том числе высокими дозами ГКС (преднизолон). На фоне ГКС жалобы практически исчезли. После прекращения приема ГКС симптоматика возобновилась, компенсация СД достигнута не была, появилась тахикардия. Больная была неоднократно консультирована эндокринологом, дерматологом, ревматологом, кардиологом, онкологом. Симптомы были расценены как сочетание декомпенсации сахарного диабета с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Направлена к сосудистому хирургу, который рекомендовал консультацию клинического фармаколога. При обследовании выявлены иммунологические механизмы гиперчувствительности к глимепириду – циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) 18% (норма до 10%), миелопероксидазный тест 17,6% (норма до 10%), к метформину - ЦИК 18,8%, миелопероксидазный тест 17,9%, а также бисопрололу - ЦИК 16%, миелопероксидазный тест 9,4%. Коррекция терапии с учетом выявленной непереносимости привела к исчезновению кожных симптомов и нормализации частоты сердечных сокращений, наступила компенсация СД (глюкоза крови не более 6,0 ммоль/л).

Заключение. *Описанный клинический случай наглядно показывает не только полиморфность лекарственной аллергии, но также развивающуюся на фоне нарастания ЦИК, неэффективность лекарственных средств, в данном случае, сахароснижающих препаратов и бета-адреноблокатора одновременно. Вышеизложенное требует настороженности в отношении лекарственной аллергии в практике врачей всех специальностей.*

СКРИНИНГ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА – ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЧАГАЙ Н.Б., ХАЙТ Г.Я., КОЛОСОВСКАЯ А.В., КОЛОМОЙЦЕВА И.И.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация,

АНМО СКККДЦ, г. Ставрополь, Российская Федерация,

ГБУЗ СК КЭД, г. Ставрополь, Российская Федерация

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – это заболевание с гиперпродукцией паратгормона (ПТГ), гиперкальциемией, причиной которых является опухоль околощитовидных желез (ОЩЖ). Непосредственно ПТГ, гиперкальциемия и их сочетание оказывают прямое влияние на сердце и сосуды. Российский регистр пациентов ПГПТ – инструмент контроля за количеством больных в популяции, характером осложнений, качеством лечения заболевания.

Цель. Определить распространенность ПГПТ в северокавказской популяции.

Материалы и методы. В регистр ПГПТ в Ставропольском крае включены 131 больных, из них первые 29 пациентов – путем восстановления сведений из информационной базы данных СКККДЦ за период с 2013 по февраль 2019 гг. За период с марта по октябрь 2019 г. диагностика была основана на выявлении болезни по наличию остеопороза, нефролитиаза, язвенной болезни (ЯБ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта из группы 13527 пациентов. Диагностика болезни путем скрининга ПГПТ (определение кальциемии, ПТГ) проводилась с октября 2019 по февраль 2020 гг. Обследовано у 2193 пациентов, возраст 51 (38; 58) лет. С февраля 2020 по сентябрь 2022 гг. в регистр включены 54 пациента, скрининг на кальциемию и определение ПТГ не проводился, но сохранилась профессиональная заинтересованность по выявлению ПГПТ у специалистов. Общее число обращений к эндокринологам - 73571.

Результаты. До октября 2019 г. выявляемость ПГПТ составила 0,08% (11/13527). В результате скрининга диагноз верифицирован у 1,69% (37/2193) обследованных. С февраля 2020 по сентябрь 2022 гг. ПГПТ диагностирован у 0,07% (54/73571).

ПГПТ чаще диагностируется у женщин - 93,1% (122/131) vs 6,9% (9/131) у мужчин, дебют болезни наступил в возрасте $58,8 \pm 0,96$ и $59,6 \pm 5,31$ лет, соответственно. Данные об осложнениях представлены у 97,7% (128/131) пациентов. Остеопороз выявлен в 61,7% (79/128) наблюдений, ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки – в 37,5% (48/128).

Патология почек диагностирована у 37,5% (48/128), снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин – 16,4% (21/128) больных. Патология сердечно-сосудистой системы диагностирована у 70,3% (90/128) больных.

Заключение. *Выявляемость ПГПТ была максимальной и составила 1,69% только в группе, в отношении которой была применена скрининговая программа обследования пациентов.*

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

ЧАЙКА Н.В., БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П., ВАГИНА Ю.И.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, Российская Федерация

Актуальность. Внегоспитальная пневмония (ВП) у больных с субклиническим гипотиреозом (СГ) протекает более тяжело, но механизмы тяжести не исследованы.

Цель. Оценить показатели эндогенной метаболической интоксикации у больных ВП, сочетанной с СГ.

Материалы и методы. Наблюдали 100 больных ВП, в т.ч. 32 пациента – с ВП, сочетанной с СГ (основная группа), 68 – с ВП без СГ (группа сравнения) в возрасте ($37,2 \pm 3,1$) лет, мужчин было 44, женщин - 56. Диагностику и лечение ВП и СГ осуществляли в соответствии с клиническими рекомендациями. У всех пациентов, наряду с общеклиническими и биохимическими исследованиями, определяли в крови уровень «средних молекул» (СМ) и сорбционную способность мембран эритроцитов (ССМЭ). Для референтной нормы обследовали 34 практически здоровых донора.

Результаты. У всех больных ВП при госпитализации выявлялись общеинтоксикационный и респираторный синдромы. В основной группе уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови был в 2,3 раза выше, чем в норме и группе сравнения, показатель антител к тиреопероксидазе превысил норму в 10 раз. Начальная концентрация СМ в основной группе была выше нормы в 2,7 раза и выше аналогичной в группе сравнения в 1,4 раза ($p < 0,01$), а к выписке снизилась и осталась выше нормы в 2,2 раза и выше, чем в группе сравнения, в 1,4 раза ($p < 0,01$). Исходный уровень ССМЭ в основной группе превышал норму в 1,3 раза и аналогичный в группе сравнения - на 8,0%, к выписке остался выше нормы в 1,2 раза и такового группы сравнения – на 12,2%. Между концентрацией в крови СМ и ТТГ, ССМЭ и ТТГ пациентов основной группы, выявились позитивные корреляционные связи ($r = +0,327$, $p < 0,05$) и ($r = +0,374$, $p < 0,05$), которые значительно ослабевали к выписке.

Заключение. ВП у больных с СГ протекает с более высокими показателями в крови СМ и ССМЭ, чем при ВП без СГ, что свидетельствует о наличии синдрома эндогенной метаболической интоксикации, который, в отличие от пациентов группы сравнения, не устраняется при клиническом выздоровлении от ВП, что предполагает дополнительные лечебные усилия.

НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ СФЕРЫ В СТРУКТУРЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ЧИГАКОВА И.А., СТРОКОВА О.А., БЕЗЧАСНЫЙ К.В., М.А. ПОЗДНЫШЕВ М.А.
ФКУЗ «МВД МСЧ России по г. Москве», г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Под вегетативной дисфункцией понимается комплекс симптомов, связанных с нарушениями регуляции сосудистого тонуса и работы вегетативной нервной системы. Указанное состояние сопровождается не только первичную деструкцию вегетативной нервной системы, но и широко манифестирует при заболеваниях нервной системы. При этом отмечаются расстройства неврологической, терапевтической и психиатрической направленности. У большинства пациентов предъявляемые жалобы «маскируются» под соматическое расстройство той системы или органа, которые в частично или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы (ВНС), приводя к множественным визитам к различным врачам без получения эффективной помощи из-за низкой эффективности стандартного лечения «не по профилю». В этой связи трудности в диагностике соматоформных расстройств связаны с сходством симптомов дисфункции ВНС с органическими заболеваниями центральной и периферической нервной систем, что и делает данную проблему актуальной.

Цель. Оценить частоту встречаемости симптомов на этапе амбулаторного лечения.

Материал и методы исследования: Исследование проведено на базе амбулаторно-поликлинической службы ФКУЗ "МВД МСЧ России по г. Москве". В исследование включено 57 пациентов с расстройствами вегетативной сферы. Пациенты были отобраны методом случайной выборки без гендерных различий. Пациентам проводились методы общетерапевтического, неврологического, психиатрического обследований.

У 80 % пациентов, включенных в исследование, наблюдались жалобы на головокружение, боли различной локализации, ощущения слабости, онемения и парестезий в конечностях, дрожь в руках. 69% пациентов отмечали сосудистые изменения в виде нестабильности артериального давления, тахикардии и диспепсических явлений в виде тошноты, рвоты, отсутствия аппетита и неустойчивости стула с тенденцией к диарее. Психические расстройства характеризовались симптомами тревоги и необъяснимого страха, депрессии, пониженного настроения, плаксивости, диссомнии, сочетаясь с расстройствами памяти.

Результаты. Анализ спектра клинических проявлений у пациентов с вегетативными нарушениями показал полиморфность симптоматики, включающей нейровегетативные и психические симптомы. Важным является выделение вегетативного синдрома как доминирующего элемента, с выраженным проявлением астении, вестибулопатии, цефалгии, функциональных соматических и психоневрологических расстройств. Ключевым фактором в развитии вегетативного синдрома у пациентов неврологического отделения явилось наличие предшествующих эмоциональных факторов.

Заключение. *Лечебно-диагностические мероприятия у пациентов с вегетативной дисфункцией нервной системы должны включать комплексный подход с обязательным обследованием невролога, психиатра и терапевта.*

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В12 У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИНИМАЮЩИМИ МЕТФОРМИН

ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х., ПЛОТНИКОВА О.А., ПИЛИПЕНКО В.В., АЛЕКСЕЕВА Р.И.
*ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
ГБОУ ВПО «Первый московский медицинский университет имени И.М. Сеченова»,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Влиянию витаминов группы В в развитии диабетических осложнений посвящены многочисленные работы последних лет. Предотвращение дефицита витамина В12 имеет важное значение в профилактике и лечении неврологических осложнений при сахарном диабете 2 типа (СД2). Длительный прием метформина, наиболее часто назначаемого сахароснижающего препарата из группы бигуанидов при лечении пациентов СД2, может привести к снижению уровня витамина В12 в сыворотке.

Цель. Оценить частоту встречаемости дефицита витамина В12 и провести сравнительную оценку уровня витамина В12 в сыворотке крови у пациентов СД2 принимающих и не принимающих метформин.

Материалы и методы. В исследование включено 69 пациентов СД2: 39 пациентов получали метформин в составе комплексной терапии, 30 человек не принимали метформин. Средний возраст принявших участие в исследовании пациентов составил $60,2 \pm 1,27$ года, продолжительность СД2 – $8,5 \pm 0,89$ лет. Средний уровень базальной гликемии составил $6,92 \pm 0,24$ ммоль/л, гликированного гемоглобина HbA1c – $6,61 \pm 0,14\%$. Всем пациентам, наряду с традиционными клинико-биохимическими исследованиями был определен уровень витамина В12 в сыворотке иммунохемилюминесцентным методом. Дефицит определялся при уровне витамина В12 в сыворотке <192 пг/мл.

Результаты. Дефицит В12 был выявлен у 35,8% в группе пациентов, принимающих метформин, при этом в группе, без метформина дефицит витамина В12 не определялся. Средний уровень витамина В12 был ниже у пациентов, получающих метформин ($410,7 \pm 104,9$ пг/мл) по сравнению с не принимающими метформин ($514,2 \pm 123,8$ пг/мл), однако эти изменения были статистически незначимыми.

Заключение. *Необходимы дополнительные исследования относительно связи между приемом метформина и дефицитом витамина В12, а также методов его коррекции.*

СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ШЕЕНКОВА М.В., ЯЦЫНА И.В.

ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, г. Мытищи, Российская Федерация

Актуальность. Научные исследования последних лет свидетельствуют о полиэтиологичности сердечно-сосудистой патологии и частой ассоциации с профессиональной деятельностью.

Среди основных факторов профессиональной вредности работников здравоохранения следует выделить напряженность трудового процесса, что является одной из причин развития сердечно-сосудистых заболеваний. Факторы риска, не связанные с условиями труда: психологический стресс, низкая физическая активность, избыточная масса тела, курение, высокое потребление соли.

Цель. Определение факторов сердечно-сосудистого риска медицинских работников.

Материалы и методы. Обследованы 110 работников здравоохранения: 41 – врачи различных специальностей, 69 – медицинские сестры, в возрасте от 32 до 60 лет, стаж работы от 3 до 28 лет, проводилось вычисление индекса массы тела (ИМТ), анкетирование с целью выявления курения табака, опрос для изучения структуры питания, тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT). С целью оценки уровня физической активности работников применялся вопросник самооценки уровня физической активности. Применялось анкетирование с целью определения уровня стресса (Reeder L.).

Результаты. Анкетирование выявило: высокий уровень психоэмоционального напряжения - 43,6% работников. Вторым по распространенности фактором риска является избыточная масса тела (ИМТ в диапазоне 25-29,9 кг/м²) - 35,5% случаев, значительно реже встречалось ожирение – 7,3% случаев. Распространенность низкой физической активности (менее 30 минут в день аэробной нагрузки умеренной интенсивности) выявлена у 31,8% обследованных. Потребление натрия свыше 5 г/день характерно для 29,1% обследованных. При использовании опросника по оценке рационального питания выявлено, что нерационально питаются 24,5% опрошенных. Превышение суточной нормы потребления жиров отмечено в 18,2%. Курение табака отмечено у 11% обследованных. Фактов злоупотребления алкоголем среди работников здравоохранения не выявлено.

Заключение. Среди модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистой патологии медицинских работников преобладают: стресс, избыточная масса тела, низкая физическая активность.

Высокая распространенность стресса с учетом напряженности трудовой деятельности обосновывает актуальность применения психологических методик, направленных на снижение уровня стресса и повышение приверженности к здоровому образу жизни в целом.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ AL-АМИЛОИДОЗА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОРГАНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

ШКЛЯЕВ А.Е., АНДРЕЕВА О.В., ЗАМЯТИНА С.Г., КИРЬЯНОВ Н.А.

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, Минздрава России,
г. Ижевск, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент К., 68 лет госпитализирован в нефрологическое отделение с жалобами на боли в животе, отвращение к мясной пище, носовые кровотечения, рвоту до 4-х раз в сутки после еды и питья, выраженную общую слабость, снижение суточного диуреза. За 3 месяца похудел на 6 кг, появились боли в икроножных мышцах. Ранее лечился с диагнозом ХБП С5. Лабораторно подтверждено нарушение функции почек (мочевина 35,25 ммоль/л, креатинин 700,96 мкмоль/л, протеинурия 2,0 г/л). Компьютерная томография органов грудной клетки выявила интерстициальный отек легких, гидроторакс, бронхит и лимфаденопатию средостения, атеросклероз аорты. По данным трансторакальной эхокардиографии расширение всех камер сердца. Дуплексное сканирование выявило повышение линейной скорости кровотока по основному стволу почечной артерии, снижение - по сегментарным и междолевым артериям справа, повышение индекса резистентности, стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости обнаружило диффузные изменения паренхимы почек, увеличение печени, наличие свободной жидкости в плевральных полостях. Несмотря на комплексное лечение, у пациента развились симптомы острой сердечной недостаточности. После перевода в отделение анестезиологии-реанимации произошла остановка сердечной деятельности, констатирована биологическая смерть. Клинический диагноз: Мультифокальный атеросклероз грудного и брюшного отделов аорты и ее ветвей, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей 2-3 ст., сосудов почек с развитием ишемической нефропатии. ХБП С5д/А3. Анемия 1 степени. Трудности в диагностике и лечении данного пациента: системность поражения и отсутствие эффекта от проводимого лечения свидетельствовали о необходимости дальнейшего диагностического поиска.

Заключение. При аутопсии в костном мозге обнаружена пролиферация В-лимфоцитов, дающих реакцию с моноклональными антителами к CD38, что позволило верифицировать первичный амилоидоз, который связан с гиперпродукцией легких цепей иммуноглобулина с последующим образованием в тканях внутренних органов AL-амилоида. Выставлен диагноз первичный амилоидоз с поражением почек, селезенки, миокарда, легких. Уремия. Водянка серозных полостей. Случай важен для клинической практики. Быстрая прогрессия AL-амилоидоза и полиорганное поражение затрудняют диагностику и ухудшают прогноз. Своевременное выявление амилоидоза требует знания широкого спектра заболеваний, которые могут маскировать его системные проявления.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ШКЛЯЕВ А.Е., ЦЕЛОУСОВА А.А.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

Актуальность. Эрозивно-язвенные поражения (ЭЯП) пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных с хронической болезнью почек (ХБП) представляют одну из важных проблем медицины в связи с широкой распространенностью. Цель: изучение структуры и клинических особенностей ЭЯП верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных с ХБП.

Материалы и методы. Проведен анализ 35 случаев госпитализации пациентов с ХБП, имевших ЭЯП верхних отделов ЖКТ, в нефрологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с 2021 года по 2023 год. Всем пациентам проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), определялась инфицированность *Helicobacter pylori* (НР).

Результаты. Возраст обследованных пациентов варьировал от 19 до 78 лет (средний возраст - $48 \pm 8,1$ лет. У большинства обследованных уровень креатинина соответствовал ХБПС5 (25,7%). Клиническая картина поражения ЖКТ складывалась из следующих симптомов: боли в животе, изжога и нарушение стула. Частота выявления и тяжесть симптомов поражения верхних отделов ЖКТ не зависели от НР-статуса и не коррелировали с выраженностью эндоскопических изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. По результатам ФГДС у 4 человек (11,5%) выявлено сочетанное поражение пищевода, желудка и ДПК, у 5 (14,2%) - сочетанное поражение желудка и ДПК, у 5 (14,2%) - сочетанное поражение желудка и пищевода, у 16 (45,7%) - поражение желудка, у 1 (3 %) - поражение пищевода, у 2 (5,7%) - поражение ДПК, нормальная эндоскопическая картина – у 2 человек (5,7 %). Поражения желудка чаще всего локализовались в антральном отделе, теле желудка. Преимущественной локализацией поражений двенадцатиперстной кишки являлся бульбарный отдел.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости своевременного обследования пациентов с ХБП на предмет наличия ЭЯП верхних отделов ЖКТ. Наиболее частой локализацией ЭЯП при ХБП является антральный отдел желудка. При этом отсутствует зависимость выраженности клинической симптоматики от тяжести эндоскопической картины и инфицированности НР. Ведение больных ХБП с ЭЯП должно быть комплексным, включающим лечение выявленной патологии ЖКТ.

ТЭЛА, АССОЦИИРОВАННАЯ С ТРОМБОФИЛИЕЙ

ШПАКОВ Д.С., ЕРЕМЕНКО А.М., МИНАСОВА Е.Н.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

Описание случая. Пациент Б 44 лет, обратился в КККД с жалобами на одышку, учащенное сердцебиение, отеки голеней, «дискомфорт» в левой половине грудной клетки.

Из анамнеза: 6 мес назад во время восхождения в гору появились жалобы на нехватку воздуха. Через 1 мес при ходьбе по возвышенной местности возникла жгучая боль за грудиной, резкая нехватка воздуха, выраженная слабость. На амбулаторном этапе при проведении ЭхоКГ выявлена трикуспидальная недостаточность, легочная гипертензия (51 мм.рт.ст), обратился в КККД, госпитализирован.

При объективном исследовании выявлен акроцианоз, отеки голеней. В анализе крови повышение уровня Д-димера, гомоцистеина, положительный волчаночный антикоагулянт. При исследовании крови на генетический полиморфизм, ассоциированных с тромбофилией, выявлено носительство MTHFR, MTRR, ITGA2, ITGB3, F5, F13, PAI1. По данным КТ ОГП- признаки хронической тромбоэмболии области бифуркации обеих легочных артерий с распространением на долевые и сегментарные ветви. По результатам ДС вен н/к выявлен «старый» неокклюзивный тромбоз БПВ. На основании вышеизложенного выставлен диагноз: Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии. ХСН II А, ФК II (НУНА). Постромботическая болезнь н/к. ХВН I. Гематогенная тромбофилия. Носительство MTHFR, MTRBK, ITGA2, ITGB3, F5, F13, PAI1 (гетерозигота). Циркуляция волчаночного антикоагулянта. Назначена а/коагулянтная терапия, установлен кава-фильтр. С учетом легочной гипертензии направлен в ФСМУ, где проведена тромбэндартерэктомия из системы легочных артерий.

Через 5 лет больной вновь госпитализирован в КККД с жалобами на одышку при ходьбе. Ранее при выполнении КТ ОГП выявлен тромб в просвете ЛА. При повторном проведении КТ через 2 мес данных за тромбоз не получено.

Данный клинический случай интересен тем, что у пациента на фоне тромбофилии, подтвержденной генетическим обследованием, развилась рецидивирующая ТЭЛА, потребовавшая установки кава-фильтра, тромбэкстракции из ЛА. На фоне проведенного лечения, ЛАГ-специфической терапии достигнута стабилизация давления в легочной артерии.

Однако, несмотря на регулярный прием антикоагулянтной терапии (НОАК), у пациента сохраняется склонность к тромбообразованию (тромбоз легочной артерии), что может потребовать коррекции антикоагулянтной терапии.

Заключение. Таким образом, данный клинический случай подтверждает, что у пациентов с рецидивирующей ТЭЛА есть необходимость в проведение генетического тестирования для выявления тромбофилии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АЛОГЛИПТИНА И ПИОГЛИТАЗОНА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ЮЖАКОВА Е.В.

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

Инсулинорезистентность (ИР) является распространенным феноменом не только среди пациентов с предиабетом, но сохраняется у пациентов с разной длительностью сахарного диабета 2 типа (СД2). Снижение веса оказывает наибольший положительный эффект на ИР, однако, часто представляется затруднительным у лиц старшего возраста. С этой целью, применение инсулиносенситайзеров, в частности, пиоглитазона, имеет наибольший интерес, однако, существует предубеждение его применения у пожилых пациентов.

Цель. Оценить безопасность и эффективность применения фиксированной комбинации алоглиптина/пиоглитазона у пожилых пациентов с СД2 в дополнении к предшествующей сахароснижающей терапии метформином.

Материалы и методы. Обследовано 15 пациентов с СД2 типа старше 60 лет, медиана возраста составила 65(63-68) лет, из них 5 мужчин и 10 женщин. Длительность СД2 составила 6(4-10) лет. Все пациенты получали комбинированную сахароснижающую терапию инкретином и метформином, но не достигали целевых значений гликированного гемоглобина (HbA_{1c}, %). Медиана HbA_{1c} составила 7,4(6,9-8,3)%. С целью коррекции гипергликемии, пациенты переводились на фиксированную комбинацию алоглиптина и пиоглитазона без изменения дозы метформина. Первые 3 месяца алоглиптин/пиоглитазон назначался в дозе 25/15 мг/сут, далее, при отсутствии побочных эффектов, главным образом, отечного синдрома, и не достижении целевых значений HbA_{1c}, доза пиоглитазона увеличивалась до 30 мг/сут. У пациентов отсутствовали противопоказания к назначению пиоглитазона.

Исходно и спустя 3 и 6 месяцев наблюдения изучались следующие параметры: ИМТ, индекс НОМА, С-пептид, прандиальной гликемии (ПГ), HbA_{1c}, СРБ, СКФ, ЭХО-КГ (ФВ%).

Результаты. Исходные значения медианы ИМТ составила 32,8(31,5-35,0) кг/м², индекса НОМА - 5,9(4,7-8,5), С-пептида - 1,5(1,2-2,2) нг/мл, СРБ - 5,7(4,5-7,2) мг/л, СКФ - 68,6(65,8-74,3) мл/мин/1,72м² (СКД-ЕР1), ФВ по данным ЭХО-КГ - 57,5(56-61)%. Первое контрольное обследование проводилось через 3 месяца терапии и включало определение ПГ и HbA_{1c}. Отмечалось достоверно значимое снижение ПГ: с 7,8(7,-8,5) до 7,45(7,2-7,9) ммоль/л (p<0,05) и HbA_{1c} с 7,5(6,9-8,2)% до 7,2(6,7-7,7)% (p<0,05), достоверных отличий по ИМТ исходно и спустя 3 месяца не обнаружено. Целевые значения HbA_{1c} через 3 месяца достигнуты только у одного пациента на начальной дозе препаратов. Дальнейшее обследование пациентов, проведенное еще через 3 месяца, показало достоверно значимое снижение ПГ до 6,75(6,2-7,2) ммоль/л (p<0,05), HbA_{1c} - до 6,8(6,3-7,1)%, (p<0,05), ИМТ - до 31,5(30,8-32,3) кг/м², (p<0,05), индекса НОМА - до 3,8(3,2-4,7), (p<0,05), СРБ - до 3,52(2,4-4,3) мг/л, (p<0,05), при этом ФВ и СКФ существенно не изменились и составили 56(55-59)%, (p>0,05) и 71,1(67,4-76,8) мл/мин/1,72м², (p>0,05), соответственно.

Заключение. Таким образом, назначение пиоглитазона в дозе 15-30 мг способствует достижению целевых значений гликемии, снижению ИР и не оказывает отрицательного действия на ФВ миокарда. Фиксированная комбинация алоглиптина и пиоглитазона может быть рекомендована пожилым пациентам с СД2 независимо от длительности заболевания, при отсутствии противопоказаний.