



ПРИЛОЖЕНИЕ
К ЖУРНАЛУ

ТЕРАПИЯ

THERAPY

WWW.RNMT.RU

WWW.THERAPY-JOURNAL.RU

VII ФОРУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»

КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

**23-24 МАЯ 2024 Г.,
ЕКАТЕРИНБУРГ**

ОРГАНИЗАТОР

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ
МЕДИЦИНЫ (EFIM)

МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ВНУТРЕННЕЙ
МЕДИЦИНЫ (ISIM)

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ
ТЕРАПИЯ №3

**ТОЛЬКО
ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

VII ФОРУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ» Конференция молодых терапевтов

23-24 МАЯ 2024 г., ЕКАТЕРИНБУРГ

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
- Н.А. Суворова**, ассистент кафедры госпитальной терапии им. академика П.Е. Лукомского
лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
- А.Н. Врублевский**, ассистент кафедры поликлинической терапии
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- 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:

VII ФОРУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»
Конференция молодых терапевтов
(сборник тезисов).

Терапия. 2024; 10(3S): 1-201.

Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2024.3suppl.1-201>

СОДЕРЖАНИЕ

АБРОСИМОВ А.В., МАРКУС Э.А. Лихорадка неясного генеза: ошибка диагностики или атипичная картина распространенного заболевания? Клинический случай.....	15
АБЫЗОВ А.С., КИЧИГИН В.А. Влияние коморбидности на течение новой коронавирусной инфекции COVID-19.....	16
АВETИCЯН Г.Р., АНИЧКОВ Д.А., КЛИМЕНКО А.А. Автономная дисфункция сердца при системной склеродермии: клинико-инструментальные сопоставления.....	17
АДАМОВА И.Г., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., ФЕДОРОВ И.Г., ЛИCОВА О.Г., ТАРАКИ Б.М., КУРБАОВА М.С. Остеосаркопеническое ожирение у мультиморбидного пациента.....	18
АЛЕКСЕЕВА А.А. Сравнение эффективности способов дозирования преднизолона в лечении воспалительных заболеваний кишечника.....	19
АЛЕКСЕЕВА О.Г., СМИРНОВ А.В., ВОЛКОВ А.В., НАCОНОВ Е.Л. Проведение ультразвуковой оценки суставов у пациентов с ревматоидным артритом: сравнение с клиническими индексами активности.....	20
АМАРНА С.С., КОБЗЕВА Н.Д. Клинический случай ведения пациентки с острым гуморальным отторжением сердечного трансплантата.....	21
АНИЩЕНКО М.О., КЛИМЕНКО А.А. Инфекционный эндокардит. Анализ особенностей течения у пациентов многопрофильного стационара в 2019 году.....	22
АПАРЦЕВА Н.Е., ЦЫГАНКОВА О.В., ЛАТЫНЦЕВА Л.Д. Кардиометаболические эффекты метформина пролонгированного высвобождения у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, предиабетом и абдоминальным ожирением.....	23
АФОНИНА О.С., КУЗЬМИНА И.М., ЗАГРЕБЕЛЬНЫЙ А.В., АВДЕЕВ Ю.В., МАРЦЕВИЧ С.Ю. Догоспитальная терапия пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда по данным регистра сосудистого центра.....	24
АХИЯРОВА К.Э. Разработка подходов к фенотипированию синдрома гипермобильности суставов.....	25
БАКИНА А.А., ПАВЛЕНКО В.И. Интерлейкиновый профиль пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и хронической болезнью почек.....	26
БАКУТИНА Ю.Ю., ДОБРЫНИНА И.С., МУРАВИЦКАЯ М.Н. Ведение пациента на амбулаторном этапе с легочной гипертензией, ассоциированной с заболеванием соединительной ткани ревматоидным артритом.....	27

БАЛАЯН Э.А., МЕДИНСКИЙ К.С. Распространение болезней системы кровообращения среди населения в период активных боевых действий в Донбассе.....	28
БЛАГИНИНА И.И., БЛУДОВА Н.Г., ПОКРЫШКА И.И., КАРАБУТА Д.Г. Взаимосвязь между болевым синдромом и психовегетативными нарушениями у пациентов с псориатическим артритом.....	29
БЛУДОВА Н.Г., БЛАГИНИНА И.И., ЯРЦЕВА С.В., БЛАГОДАРЕНКО А.Б., НЕКРАСОВ Д.А. Факторы, ассоциированные с развитием синдрома no-reflow после чрескожного коронарного вмешательства у пациентов острым коронарным синдромом.....	30
БЫКОВ Ю.В., БЕККЕР Р.А. Нецелиакийная форма глютен-чувствительности. Клинический случай.....	31
БЫКОВ Ю.В., БЕККЕР Р.А. Энцефалопатия Хашимото с шизофреноподобной картиной. Клинический случай.....	32
БЫКОВ Ю.В., БЕККЕР Р.А. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы как причина резистентности депрессии.....	33
БЫКОВА Г.А., БЕЛЬТЮКОВ Е.К., НАУМОВА В.В. Эффективность таргетной терапии наследственного ангиоотека ланаделумабом.....	34
БЫКОВА Д.В., ГОРБУНОВА А.М., ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н. Течение и прогноз фибрилляции предсердий после кардиоверсии.....	35
ВАЛЕЕВА Д.И. Клиническое наблюдение пациента с кольцевым поражением свода черепа и хрупкостью костей.....	36
ВЕДЕНСКАЯ С.С., СМОЛЕНСКАЯ О.Г., БАБАЕВ С.А. Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией и мультифокальным атеросклерозом.....	37
ВЕРБИЦКАЯ Е.А., ГОРДЕЕВА Н.В., ДЕМКО И.В. Особенности тяжелого течения и летальных исходов вирусно-бактериальной пневмонии...	38
ВОЛКОВА Н.И., ДАВИДЕНКО И.Ю., МАРЯНЯН А.Г., КУДИНОВА Е.В. Эндокринная офтальмопатия: трудности диагностики и особенности современного лечения.....	39
ВОЛЧЕК И.А., НОВОЖЕНОВ В.Г., ГЛАДЬКО О.В., ТЕРЯЕВ А.С. Регуляция продукции нейротрофических факторов экстрактом <i>Angelica amurensis</i>	40
ВОРОБЬЕВА Л.Д., КОРОТАЕВА Т.В., ДУБИНИНА Т.В., ЭРДЕС Ш., ЛОГИНОВА Е.Ю., КОРСАКОВА Ю.Л., ГУБАРЬ Е.Е., САБЛИНА А.О., АГАФОНОВА Е.М., ТРЕМАСКИНА П.О., САХАРОВА К.В., ДЕМИНА А.Б., АНДРИАНОВА И.А. Анализ оценки состояния здоровья по мнению пациентов при аксиальном спондилоартрите и аксиальном псориатическом артрите.....	41
ВРУБЛЕВСКИЙ А.Н., КАРПЕНКО Д.Г., ЛАРИНА В.Н. Хроническая болезнь почек у долгожителей.....	42

ГАРБУЗОВА Е.В., ЛЕДОВСКИХ С.Р., ШРАМКО В.С., КАШТАНОВА Е.В., ПОЛОНСКАЯ Я.В., СТАХНЕВА Е.М., КУРГУЗОВ А.В., ЧЕРНЯВСКИЙ А.М., РАГИНО Ю.И. Биомолекулы жировой ткани у пациентов с нестабильными атеросклеротическими бляшками в коронарных артериях на фоне инсулинорезистентности.....	43
ГАЙНАНОВА Д.Х., ДОБРЫНИН Д.А., ЗАХАРОВА К.А., БУСЫГИНА М.С., МИХАЙЛОВА О.Д. Загадочный хронический лимфоцитарный лейкоз.....	44
ГАФФАРОВА А.С. Взгляд на фенотипы антифосфолипидного синдрома с фокусом на новые классификационные критерии.....	45
ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ШПАГИН И.С., ГЕРАСИМЕНКО Д.С., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д. Коморбидная патология – вибрационная болезнь и артериальная гипертензия: особенности клинических, нутритивно-антропометрических показателей и гена MnSOD...	46
ГРОХОЛЬСКАЯ В.Д. Случай позднего дебюта лангергансоклеточного гистиоцитоза.....	47
ДАНИЛОВА А.Н., ОМЕЛЬЧЕНКО В.О. Изучение ассоциации показателей иммунного статуса и патоморфологических изменений синовиальной оболочки суставов у больных ревматоидным артритом.....	48
ДЕНИСЕНКО А.С. ГАСАНОВ М.З., АБДИЕВА К.И., ИВАНОВА А.В. Ожирение при псориатическом артрите: от триггера к прогностическому фактору выживаемости терапии.....	49
ДЗИДЗАРЯ В.О. Особенности изменения липидного профиля при разных вариантах острого лейкоза.....	50
ДОРОХИНА К.Р., ХРОМЦОВА О.М. Оценка выживаемости в течение 12 месяцев у пациентов с тромбозом легочной артерии.....	52
ДУБОДЕЛОВА Т.Н., СОЦКАЯ Я.А., ШАПОВАЛОВА И.А. Проблемы приверженности к лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	53
ЕВДОКИМОВ Д.С., РЕСНЯНСКАЯ Е.Д., БОЛДУЕВА С.А. Лабораторная диагностика у пациентов с первичным и вторичным синдромом такоцубо....	54
ЕРМАЧКОВА А.Н., КЛИМЕНТЬЕВА Е.А., СМЕРНОВА Е.А., ПОНОМАРЕВА И.Б. Приверженность к терапии пациентов с ХОБЛ.....	55
ЕРМАЧКОВА А.Н., СМЕРНОВА Е.А., ПОНОМАРЕВА И.Б. От «ХОБЛ 0» к ХОБЛ: оценка факторов риска и респираторных симптомов в амбулаторной практике.....	56
ЖДАНОВА Е.В., РУБЦОВА Е.В., ТОМИЛОВА С.В., ФЕДОРОВА С.В. Особенности реабилитационных мероприятий в зависимости от срока постковидного периода.....	57

ЖДАНОВА Е.В., РУБЦОВА Е.В., ШАЛАТОНОВА Е.Е., СЕРЕБРЯКОВА А.С. Влияние пандемии COVID-19 на структуру заболеваемости взрослого населения.....	58
ЗАМЯТИН К.А., ВАРЛАМОВА Ю.Ю., ЛАРИНА В.Н. Приверженность пациентов с разными фенотипами ХСН лечению. Обсервационное исследование.....	59
ЗАХАРЬЯН Е.А., МАЛЫЙ К.Д. Определение однонуклеотидного полиморфизма гена END-1 у пациентов с ишемической болезнью сердца.....	60
ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., РЫБИНА А.С., ГОРБУНОВА А.М., ЗНАХАРЕНКО Е.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н. Инфаркт миокарда у молодых пациентов и его последствия.....	61
ЗИННАТУЛЛИНА А.Р. Уровень комплаентности у лиц пожилого и старческого возраста и связь с полипрагмазией.....	62
ИБРАГИМОВА Г.М., ДЕДОВ Е.И., НИКИТИН И.Г. Синдром Данбара в практике врача-терапевта.....	63
ИБРАГИМОВА Р.Ю., КРИНИЦЫН К.А., БОРЕЦКАЯ Е.И., КОЧМАШЕВА В.В. Динамика морфофункциональных показателей сердца у пациентов в первый год после трансплантации почки.....	64
ИВАНОВА А.А., АПАРЦЕВА Н.Е., КАШИРИНА А.П., НЕМЦОВА Е.Г., ИВАНОВА Ю.В., МАКСИМОВ В.Н. Мутации H63D, C282Y, S65C гена HFE при фенотипе синдрома Жильбера.....	65
ИВАНОВА Л.Н., СИДОРЕНКО Ю.В., ХОЛИНА Е.А. Структурно-функциональное состояние миокарда у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.....	66
ИВАНОВА Л.Н., ХОЛИНА Е.А., СИДОРЕНКО Ю.В. Оптимизация диагностики ишемической болезни сердца в сочетании с субклиническим гипотиреозом на фоне расстройства адаптации.....	67
ИШТЕРЯКОВА О.А., ХАЗИЕВА Д.В., ВАСИЛЬЕВА А.М., ГАДЕЛЬШИНА Л.И., АХМАДЕЕВА А.А., ОЛЕЙНИКОВА В.Д. Клинический случай токсического поражения легких (несчастный случай на производстве).....	68
КАДНИКОВ Л. И. Коморбидность пациентов с COVID-19 и острым коронарным синдромом.....	69
КАНАЕВА Т.В., КАРОЛИ Н.А. Сывороточные биомаркеры и неблагоприятные кардиоваскулярные события у пациентов, перенесших COVID-19.....	70
КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н. Значение генетических факторов в формировании хронической сердечной недостаточности.....	71

КАШИРИНА А.П., ЩЕРБАКОВА Л.В., СИМОНОВА Г.И. Ассоциации параметров липидного обмена с кардиометаболическими заболеваниями в сибирской популяции старше 45 лет. Популяционное исследование.....	72
КИРНОСОВА О.А., КАРОЛИ Н.А. Проблема дифференциальной диагностики очаговых образований легких: фокус на лейомиоматоз легких.....	73
КЛЕМЕНОВ А.В., БУТУСОВ М.В., МАГОМЕДОВ Ш.М. Возможности управления лечением пожилого пациента на основе оценки его приверженности.....	74
КОВАЛЕНКО П.С., ДЫДЫКИНА И.С., СМИРНОВ А.В. Как меняется минеральная плотность кости разных отделов скелета у больных ревматоидным артритом: длительное наблюдение.....	75
КОВЕШНИКОВ А.И. Симпатикотония у пациентов, перенесших осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.....	76
КОЗЫРЕВ С.Е., ЛАРИНА В.Н. Случай старческой преастении у мультиморбидной пациентки. Клиническое наблюдение.....	77
КОМКОВ Д.С. Влияние метеорологических условий на некоторые показатели электрокардиограммы покоя у здоровых лиц.....	78
КОРИЧКИНА Л.Н., ПОСЕЛЮГИНА О.Б., ЗЕНИНА О.Ю., ВИЛКОВА Ю.В. Полиморбидность у больных артериальной гипертензией III стадии.....	79
КОСТОЯКОВА Е.П., ЛОГИНОВА Ю.А. Сочетанная микобактериальная инфекция у пациента с муковисцидозом.....	80
КОТОВА И.С., ЖЕЛАНОВ В.В. Патогенетические аспекты гиперурикемии у пациентов, перенесших COVID-19.....	81
КРАПОШИНА А.Ю., ДЕМКО И.В., СОБКО Е.А. Факторы риска развития фиксированной обструкции у больных тяжелой бронхиальной астмой.....	82
КРАСНИКОВА В.И., КАРОЛИ Н.А. Пациент с бронхообструкцией и эозинофилией.....	83
КУРМАЕВА А.Ш., ПОЛУНИНА О.С., ПРОКОФЬЕВА Т.В. Корреляционные связи между уровнем ANXA5 и рядом клинико-инструментальных характеристик у больных с пневмонией, ассоциированной с SARS-COV-2.....	84
ЛАГУТИНА С.Н., СКУРАТОВА О.С., ДОБРЫНИНА И.С., ЕСИНА Е.Ю., ПАШКОВА А.А. COVID-19 как прогрессирующий фактор развития болезни Крона: клинический случай.....	85
ЛАПИНА Е.С., НИКУЛИНА Н.Н., ЯКУШИН С.С., КИРЬЯНОВ Е.И., ФИГОЛЬ А.К. Сопоставление ЭКГ, ЭхоКГ и уровней биомаркеров некроза миокарда при изолированном окклюзионном поражении интермедиарной артерии.....	86

ЛЕБЕДЕВ М.А., ПУГАЧЕВ М.И., ПАЦЕНКО М.Б., ОВЧИННИКОВ Ю.В., МЕЛЬНИЧЕНКО Л.И., ГУЛЯЕВ Н.И. Морфологические и функциональные изменения печени у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	87
ЛЕБЕДЕВ М.А., ПУГАЧЕВ М.И., ПАЦЕНКО М.Б., ОВЧИННИКОВ Ю.В., МЕЛЬНИЧЕНКО Л.И. Интегральные методы исследования системы гемостаза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	88
ЛЕБЕДЕВ П.А., ГРИШАНОВ В.Н, КОРНИЛИН Д.В. Прогнозирование исходов на основе метода аутофлуоресценции кожи у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.....	89
ЛИСОВСКАЯ М.А., ЧУРАКОВА Т.А., БАКИЕВА Л.А., РУССКИХ М.С., БУСЫГИНА М.С. Что скрывается под маской асцита.....	90
ЛУНЕВ В.И., ЛАРИНА В.Н., ФЕДОРОВА Е.В., ШЕРЕГОВА Е.Н., КЛАДОВИКОВА О.В. Кластерный анализ мнения врачей о проблеме приверженности лечению амбулаторных пациентов.....	91
МАГДЕЕВА Н.А, ПЕТРОВА И.С., СМИРНОВА М.А Сложности дифференциальной диагностики антифосфолипидного синдрома в рамках системной красной волчанки после перенесенной коронавирусной инфекции в условиях амбулаторной практики.....	92
МАЙКО О.Ю., ТУКЕНОВА Г.Б. Клинические аспекты исследования уровня матриксной металлопротеинкиназы-3 при остеоартрите.....	94
МАЛЫШЕНКО О.С., КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., ИЛЬИНА А.С. Когнитивные функции студентов-медиков в период сессии.....	95
МАЛЫШЕНКО О.С., КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., ЯРОВИКОВА Н.С. Приверженность к лечению у больных с артериальной гипертензией.....	96
МАЛЫШЕНКО О.С., КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., АРЬКОВА Ю.Г. Динамика показателей индекса WOMAC у больных пожилого и старческого возраста с остеоартритом коленного сустава, перенесших COVID-19.....	97
МАЛЬ Г.С. Особенности коррекции гиперлипидемий у мультидисциплинарного пациента.....	98
МАНУКЯН Р.А., ДОБРЫНИНА И.С., МУРАВИЦКАЯ М.Н., ХАНИНА Е.А., БАКУТИНА Ю.Ю. Влияние психоэмоционального состояния на пациентов с гипертонической болезнью.....	99
МАРАЧКОВА Д.О., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГЕРАСИМЕНКО О.Н. Осведомленность пациентов о факторах риска – основа профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.....	100
МАРЕЕВА В.А., КЛИМЕНКО А.А. Оценка правожелудочково-артериального сопряжения у пациентов с легочной гипертензией, ассоциированной с хронической сердечной недостаточностью.....	101

МАРКУС Э.А., КОРОБЕЙНИКОВА А.Н. Портрет пациента, перенесшего гемотрансфузию: результаты ретроспективного исследования.....	102
МАСТЕРОВА М.М., ЗЕЛЕНЦОВА В.В., ГЕОРГИНОВА О.А. Клинический случай дифференциальной диагностики рассеянного склероза и левамизол-индуцированной воспалительной лейкоэнцефалопатии.....	103
МАЦАК Н.Л., ХАЛФИНА Т.Н., НУРУЛЛИНА Г.И., МАКСУДОВА А.Н. Впервые выявленная почечная недостаточность у пациентки с ВИЧ-инфекцией.....	104
МЕЛЮК А.Г., СЕЛИВЕРСТОВ П.В. Оценка факторов риска хронических неинфекционных заболеваний с помощью дистанционного анкетного скрининга на основе искусственного интеллекта.....	105
МИНЕЕВА Е.С., ДЕМКО И.В., СОБКО Е.А., ЧИНЯКОВА К.И. Клинико-лабораторные и рентгенологические особенности течения SARS-CoV-2 у вакцинированных пациентов.....	106
МИРОНОВА Е.Д., ОСАДЧУК М.А., ГУЛЯЕВ П.В., МИРОНОВА С.Б. Роль кишечно-мозговой оси в развитии колоректального рака у больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки.....	107
МЕСНЯНКИНА А.А., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А. Отдаленные результаты терапии с последовательным применением ритуксимаба и белимумаба у пациентов с системной красной волчанкой.....	108
МИХАЙЛОВА О.Д., ХОХЛАЧЕВА Н.А., ГРИГУС Я.И. Изучение приверженности к диете у больных хроническим панкреатитом в городской и сельской местности.....	109
МИХЕЕВА Е.П., КЛИМЕНКО А.А. Предикторы потери трудоспособности и показатели производительности труда у пациентов с системной склеродермией: собственные данные.....	110
МИЩЕНКО Т.А., АХИЛЬГОВА М.Б., ГАЛЬКО И.В. Клинический случай инфекционного эндокардита на фоне ВИЧ-инфекции.....	111
МОЛОСТВОВА А.Ф., МУЛЛИНА С.В., ГАНЕЕВА И.З. Принципы диагностики синдрома хронической усталости в амбулаторной практике.....	112
МОЛОСТВОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М., ФАХРЕТДИНОВА Э.Р., САЛАХОВА З.Н. Компенсаторные изменения при хронической тяжелой анемии на примере клинического случая.....	113
МОСКАЛЕЦ О.В. Редкие осложнения анти-В-клеточной терапии в отдаленном периоде.....	114
МОСКАЛЕЦ О.В. Нарушение иммунорегуляции при вирусных миокардитах и ее возможное участие в развитии сердечной недостаточности.....	115

НАГИЕВА А.Р., БАДЫКОВА К.М., КИТАЕВА Ю.С. Особенности диагностики остеопороза у женщин молодого возраста с лимфомой Ходжкина.....	116
НАХРАТОВА О.В., ЦЕНТЕР И.М., ЦЫГАНКОВА Д.П., БАЗДЫРЕВ Е.Д. Распространенность нарушения углеводного обмена с учетом статуса курения у жителей Кузбасса.....//	118
НИКОЛАЕВА Н.А., БЕЛЕНКОВ Ю.Н., ЛИШУТА А.С., КОЖЕВНИКОВА М.В., ВОРОНКОВА О.О. Динамика качества жизни и толерантности к физической нагрузке пациентов с вентиляционными нарушениями после усиленной наружной контрпульсации.....	119
НУРИЕВА А.Р, СИНЕГЛАЗОВА А.В. Коморбидная ожирению полипатия в молодом и среднем возрасте.....	120
ОКОЛЕЛОВ М.А., ПРОХОРОВ П.Ю. Взаимосвязь когнитивных функций и психоэмоционального состояния пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения.....	121
ОЛЕЙНИК В.С. Уникальный метод изучения вариабельности сердечного ритма у работников виброопасных производств с сахарным диабетом 2-го типа.....	122
ОРЛОВ Д.А., МИРОНОВА Т.Н., МАХОВА У.В., ВАРЛАМОВА Ю.Ю., ЛАРИНА В.Н. Достижение целевого уровня липопротеидов низкой плотности у пациентов очень высокого сердечно-сосудистым риска.....	123
ПАЛЬМОВА Л.Ю., СЫСУЕВА Е.А. Рецидив персистирующего поствирусного миокардита у пациента с хроническим вирусным гепатитом В: клиническое наблюдение.....	124
ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С., ЭКТОВА Н.А. Особенности кардиоренометаболических нарушений при неалкогольной жировой болезни печени у молодых.....	125
ПЕТУХОВА А.А., ГАЙДУКОВА И. З., ФИЛОНЕНКО Е. П. Эффективность консервативного лечения асептических некрозов по результатам одного года наблюдения.....	126
ПИЛИПЕНКО В.В., ПЛОТНИКОВА О.А., АЛЕКСЕЕВА Р.И., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х. Взаимосвязь липидного спектра крови и витамина D при сахарном диабете 2-го типа.....	127
ПИЛИПЕНКО В.Е., КОЛБАСНИКОВ С.В. Структура факторов риска у больных артериальной гипертонией с различным уровнем физической активности.....	128
ПЛОТНИКОВ Д.Н., ТУРОВИНИНА Е.Ф. Терапевтический эффект реабилитации с виртуальной реальностью коморбидных пациентов после инсульта в остром периоде.....	129
ПОНОМАРЕВА И.Б., УРЯСЬЕВ О.М. Объемная капнография в оценке вентиляционных нарушений у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.....	130

ПОНОМАРЕВА И.Б., АСФАНДИЯРОВА Н.С., КУЛИКОВ С.А. Изучение влияния никотина на систему клеточного иммунитета у пациентов с ХОБЛ.....	131
ПОНОМАРЕВА О.В., СМИРНОВА Е.А. Мультиморбидность пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса.....	132
ПОПОВ А.А., ТУРЯНСКАЯ Ю.В. Композиционный состав тела и особенности метаболизма кардиологических пациентов старшего возраста с избыточной массой тела.....	133
ПОПОВ А.А., ФОМИНЫХ М.И. Ожирение и риск переломов у мультиморбидных пациентов службы профилактики повторных переломов.....	134
ПОПОВ А.А., ШНЕЙДЕР О.Л. Случай успешного эндопротезирования зубного ряда на фоне медикаментозной терапии постменопаузального остеопороза.....	135
ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А. Параметры внутрисердечной гемодинамики у беременных с бронхиальной астмой.....	136
ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А. Определение факторов, влияющих на клиническое течение бронхиальной астмы в послеродовом периоде.....	137
ПРОХОРОВ Д.Ю., ПУТИЛИН Л.В. Влияние физической активности на функциональное состояние и качество сна студентов медицинского вуза.....	138
ПУЖАЛОВ И.А., ГОРДИЕНКО А.В., СОТНИКОВ А.В., НОСОВИЧ Д.В. Особенности клинического течения инфаркта миокарда у мужчин моложе 60 лет с желчнокаменной болезнью.....	139
ПЫСИН В.Г. Оценка эффективности применения пароксетина при лечении постинсультных депрессий (ПД).....	140
ПЯТЧЕНКОВ М.О., ДОРОЩУК К.С., ЩЕРБАКОВ Е.В. Особенности коморбидной патологии у больных, получающих лечение гемодиализом.....	141
РАДЧЕНКО А.С., ГАТИАТУЛЛИН Б.А. Отсутствие заместительной гормональной терапии как фактор риска мультиморбидности.....	142
РАЗУМОВА А.Н., ПАЧКУНОВА М.В. Рецидивирующие венозные тромбозы у пациента с классической (V ₆ -зависимой) формой гомоцистеинурии, не получавшего препараты пиридоксина.....	143
РИЗАТДИНОВА Ф.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И. Взаимосвязь между эхокардиографическими признаками атеросклероза аорты и клиническими особенностями псориатического артрита.....	144
РОМАНОВ Д.С., ДЕНИСОВА О.А., БЕСПАЛОВА И.Д. Частота встречаемости гемодинамических и метаболических факторов у пациентов с саркоидозом, проживающих на территории Томской области.....	145

РОМАЩЕНКО О.В. Цитопротекторная активность метаболических корректоров у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от уровня холестерина.....	146
САДЖАЕВА А.Б., МУХАМЕТЗЯНОВА Э.И. Раннее выявление рака толстой кишки: роль диспансеризации и профилактики.....	147
САМКОВА И.А., ЛАРИНА В.Н. Связь прогнозируемых факторов риска падений с артериальной гипертензией у пациентов в возрасте 60 лет и старше.....	148
САМОЖЕНОВА П.С. Трудности диагностики аддисонического криза. Туберкулез надпочечников.....	149
САФРОНЕНКО В.А., ЧЕСНИКОВА А.И., СКАРЖИНСКАЯ Н.С., КОЛОМАЦКАЯ О.Е. Гендерные особенности пациентов с хронической сердечной недостаточностью с учетом наличия синдрома старческой астении.....	150
СЕРОВА Е.Н., ШЛЯХОВА А.А. Стресс как индуктор декомпенсации хронических неинфекционных заболеваний.....	151
СИЗОВА Л.В. Клинический случай железодефицитной анемии после удаления опухоли гипофиза.....	152
СИНЕГЛАЗОВА А.В., АЛБУТОВА С.В., ВАНТЯЕВА С.В. Ассоциация дислипидемии с факторами кардиометаболического риска у иностранных студентов медицинского вуза.....	153
СКИБА И.К., ЛАРИНА В.Н. Статин-индуцированный рабдомиолиз у пациентки 62 лет с ХСН в исходе постинфарктного кардиосклероза.....	154
СКИПЕРСКИХ П.В., КАРПИКОВ А.В., КАРПИКОВА А.А., СМЕРНОВА Е.А. Сложности возобновления антитромботической терапии на фоне геморрагического инсульта у пациента с ИБС и фибрилляцией предсердий.....	155
СМЕРНОВА Е.Н. Психологические изменения при коморбидном течении хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии.....	156
СОЛДАТОВА Г.С., АХМЕДОВА Ф.Д. Терапия гипераммониемии у больных гемобластозами как важный фактор профилактики печеночной энцефалопатии.....	157
СОЛДАТОВА Г.С., ПЕТУХОВА А.В., АХМЕДОВА Ф.Д. Хронический запор: как врачу подобрать нужный ключ у беременных?.....	158
СОМОВ Д.В., КЛИМЕНКО А.А. Коморбидный пациент на приеме терапевта-ревматолога.....	159
СОНИНА Е.В., ТЕРТЫЧНЫЙ К.В. Роль высокодозных статинов в лечении больных с микст-патологией.....	160

СОЦКАЯ Я.А., ГРИДНЕВ В.И. Оценка эффективности лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника, сочетанного с хроническим персистирующим гепатитом.....	161
СОЦКАЯ Я.А., МЯКОТКИНА Г.В., САЛАМЕХ К.А. Цитокиновый профиль крови у больных хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с неалкогольным стеатогепатитом.....	162
ТАЛЫКОВА М.И., ВАСИЛЬЕВА Л.В. Применение фармакологического препарата эритропоэтина в комплексной терапии больных ХОБЛ с анемией.....	163
ТАРАКИ Б.М., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., ФЕДОРОВ И.Г., КУРБАНОВА М.С., АДАМОВА И.Г. Острая печеночная недостаточность у пациента с циррозом печени.....	164
ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГЕРАСИМЕНКО О.Н. Развитие инфаркта миокарда 4b типа у пациента с мутацией системы гемостаза.....	165
ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н. Аортальный стеноз в практике врача-кардиолога: своевременная диагностика и лечение..	166
ТОЛМАЧЕВА А.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ЗИМИНА Ю.Д., ТОНКОПРЯД М.В., ЕРИХОВА С.М. Первичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний в условиях диспансеризации: практический опыт.....	167
ТОМАЙЛЫ В.И., ЛАРИНА И.В., ТРУХАНОВА М.А., ПОЛЯКОВ Р.С., ВАРТАНЯН Э.Л., ДЯЧУК Л.И., КАРАНАДЗЕ Н.А., МАЦКЕПЛИШВИЛИ С.Т., АРУТЮНОВА Я.Э. Имплантация окклюдера ушка левого предсердия у пациента с высоким анатомическим риском.....	168
ТОРОПЧИН В.И., ВАГИНА Ю.И. Приверженность к лечению разными формами комбинации антигипертензивных препаратов у пациентов с резистентной артериальной гипертензией.....	169
ТРЕТЬЯКОВА Ю.А., МАНУЙЛОВА Ю. А., ГЕОРГИНОВА О. А., КРАСНОВА Т.Н. Рецидивирующие эпизоды гипогликемии на фоне аутоиммунного полигландулярного синдрома второго типа и хронической почечной недостаточности.....	170
ТРУНЯКОВ Н.В., СОЦКАЯ Я.А. Показатели липопероксидации у больных циррозом печени на фоне анемии хронических заболеваний.....	171
УШАКОВА Е.А., ЛАРИНА В.Н. Параметры качества жизни молодых пациентов в постковидном периоде.....	172
ФАЙРУШИНА И.Ф., ФРОЛОВА Е.С. Оценка качества жизни у пациентов с псориатическим артритом трудоспособного возраста.....	173
ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В. Общая приверженность лечению и показатели ожирения в молодом возрасте.....	174
ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В., МУСТАФИНА Г.Р., ГИЛЕМХАНОВА Д.Р., БАСАРКИНА А.В. Предиабет и поведенческие факторы риска в молодом возрасте.....	175

ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В., НУРМИЕВА Л.С., АГЗАМОВА К.Р. Приверженность лечению лиц молодого возраста и поведенческие факторы риска.....	176
ФЕДОРОВА Ю.Д., ГЕОРГИНОВА О.А., РАМЕЕВ В.В., КРАСНОВА Т.Н. АА-амилоидоз, связанный с болезнью Фабри.....	177
ФЕДОТОВ В.В., ШАПОШНИКОВА М.Ю., СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В. Влияние уровня мочевой кислоты на показатели сердечно-сосудистого и кардиометаболического рисков.....	178
ФИЛИПЕНКО Д.Е., ШЕСТЕРНЯ П.А. Реальная практика применения метотрексата в лечении псориаза с позиций скрининга поражений костно-мышечной системы.....	179
ФОМИНА Е.И. Дифференциальная диагностика дилатационной кардиомиопатии.....	180
ХАБАРОВА А.В., ЯКИМОВИЧ С.Е. Показатели энергопродуцирующих систем у больных хроническим вирусным гепатитом В, сочетанным с нарушениями микробиоценоза кишечника.....	181
ХАЗИЕВА Г.Р., БЕЛОУСОВА Е.Н., МУХАМЕТОВА Д.Д. Сравнительное исследование методов диагностики статуса питания RFH-NPT, NRS-2002, MUST у пациентов с циррозом печени.....	182
ХИДИРОВА Л.Д., ШПАГИНА Л.А., ШПАГИН И.С., ВАСИЛЕНКО А.А. Антигипертензивная терапия и приверженность к ней у коморбидных больных артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью.....	183
ХЛЯМОВ С.В., МАЛЬ Г.С. Эффективность лерканидипина в терапии бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии.....	184
ХМЕЛЕВА Е.В. Выявляемость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у работников ГБУЗ ПККБ 1 г. Владивосток.....	185
ХУДЯКОВА А.Д., ПОЛОНСКАЯ Я.В., ШРАМКО В.С., ЩЕРБАКОВА Л.В., КАШТАНОВА Е.В., РАГИНО Ю.И. Ассоциации адипоцитокинов и ранней почечной дисфункции у молодых людей на фоне дислипидемии.....	186
ЦАРЕГОРОДЦЕВА А.А., БЫКОВА Г.А., БЕЛЬТЮКОВ Е.К. Мультидисциплинарный больной и лекарственная гиперчувствительность.....	187
ЧИНЯКОВА К.И., ДЕМКО И.В., КРАПОШИНА А.Ю., ВЕРБИЦКАЯ Е.А. Клинико-функциональные и лабораторные особенности у больных с тяжелой бронхиальной астмой и ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения.....	188
ЧУБАТОВ А.В., ВЕДЕНСКАЯ С.С., СМОЛЕНСКАЯ О.Г. Клинический случай инфекционного эндокардита имплантированного устройства на фоне проводимой химиотерапии.....	189

ЧУХАРЕВА К.С., ПАШКИНА И.А., ВИХАРЕВА А.А. Частота выявления синдрома старческой астении и саркопении среди женщин пожилого и старческого возраста.....	190
ШАДРИНА Ю., МИХАЙЛОВА О.Д., ГРИГУС Я.И. Острое повреждение почек на фоне ХБП или патология пищеварительной системы?.....	191
ШАРАФУТДИНОВА К.И., ИВАНОВ Ф.Д., БУСЫГИНА М.С. Развитие анемии при осложненном тромбозе глубоких вен нижней конечности.....	192
ШЕЕНКОВА М.В. Абдоминальное ожирение работников, экспонированных к производственным аэрозолям: особенности фактического питания.....	193
ШКЛЯЕВ А.Е., ГАЛИХАНОВА Ю.И., ПАНТЮХИНА А.С., ДУДАРЕВ В.М., ГОРБУНОВ Ю.В., СЫСОЕВ К.В. Эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка у пользователей электронных сигарет.....	194
ШКЛЯЕВ А.Е., ДУДАРЕВ В.М. Функциональные особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у вейперов.....	195
ШОХИН А.А., ТРОФИМОВ Е.А., ТРОФИМОВА А.С. Эффективность PRP-терапии в лечении остеоартрита коленных суставов, ассоциированного с профессией.....	196
ЩЕПЕТИН Н.В., ЧУВАРАЯН Г.А., ОРЛОВА Н.В., ЯКУШЕВ Ю.Ю. Атеросклеротическое поражение коронарных артерий у трудовых мигрантов с острым коронарным синдромом.....	197
ЩЕРБИНА Е.С., ЛАРИНА В.Н. Проблемы контроля терапии мультиморбидной пациентки с сердечной недостаточностью. Клиническое наблюдение.....	199
ЭЛМИ С. Оценка индекса массы тела и абдоминального ожирения у лиц с высоким нормальным артериальным давлением.....	200
ЯРЦЕВА С.В., ЛУГОВСКОВА А.Д. Агрегационная способность тромбоцитов у больных сахарным диабетом 2-го типа, сочетанным с ишемической болезнью сердца.....	201

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: ОШИБКА ДИАГНОСТИКИ ИЛИ АТИПИЧНАЯ КАРТИНА РАСПРОСТРАНЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ? КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

АБРОСИМОВ А.В., МАРКУС Э.А.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка Л. 53 года. Считает себя больной с июня 2023г., когда резко повысилась температура до 38,3°C, появились слабость, покашливание, головная боль, тошнота. Лечилась жаропонижающими, к врачу не обращалась. 21.06.23 г. из-за ухудшения состояния, температуры 39,4°C вызвала скорую медицинскую помощь; госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «пневмония».

Трудности в диагностике и лечении. В анализе крови изменения: лейкоциты $15,8 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин 96 г/л, СОЭ 65 мм/ч, умеренное повышение трансаминаз, СРБ 275 г/л, прокальцитон 6,5 нг/мл. ВИЧ, SARS-CoV-2 – отрицательно. ОАМ, ЭКГ, ЭХО КГ - без изменений. Посевы крови, мочи, мокроты стерильны. По КТ органов грудной клетки (ОГК) данных за пневмонию нет. В стационаре проведена эмпирическая терапия цефотаксимом 5 дней, левофлоксацином 8 дней, цефепимом 7 дней. На 7 сутки нативная КТ органов брюшной полости (ОБП) и малого таза (ОМТ), повторно КТ ОГК: кистовидные образования печени, данных за пневмонию не получено. Проведенное лечение без эффекта. На 16 сутки пациентка переводится в терапевтическое отделение с диагнозом ЛНГ. Объективно: кожа, слизистые чистые, бледноватые, лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Отеков нет. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах справа. Живот мягкий, не вздут, болезненный в гипогастрии, симптомов раздражения брюшины нет. СРБ 72 г/л. По результатам УЗИ ОМТ: умеренное количество жидкости в малом тазу. Осмотрена гинекологом, хирургом. По решению консилиума повторная КТ ОБП с контрастом: изменения вокруг купола слепой кишки по типу проявлений аппендикулярного абсцесса, абсцессы печени. Проводится оперативное вмешательство в объеме лапаротомии, вскрытие, дренирование аппендикулярного абсцесса, терапия амоксициллин+клавуланат 3000+600мг/сутки 7 дней.

При выписке положительная динамика: состояние удовлетворительное, лейкоциты, СРБ в норме, температура тела 36,5°C. Причина лихорадки - периаппендикулярный абсцесс, осложнение острого аппендицита

Заключение. *Клиницисту следует помнить, что ЛНГ могут вызывать как редкие, так и атипично протекающие распространенные заболевания. Трудность в диагностике обуславливает целый ряд проблем, связанный с неясностью диагноза, задержкой лечения, утратой доверия к врачу.*

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

АБЫЗОВ А.С., КИЧИГИН В.А.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Коморбидность является одним из факторов, оказывающих влияние на исходы пациентов новой коронавирусной инфекцией. Существует несколько методик измерения коморбидности как для оценки многолетней выживаемости пациентов с хроническими заболеваниями, так и для прогноза выживаемости у госпитализированных пациентов.

Цель. Оценить влияние коморбидности на исходы у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 182 пациентов, госпитализированных в БУ «БСМП» (г. Чебоксары) в 2021 г. с диагнозом COVID-19. Рассчитывался индекс коморбидности Чарлсон и Эликсхаузер. Проводился ROC-анализ для количественных показателей, связанных с повышенным риском летальности.

Результаты. Летальность у лиц пожилого и старческого возраста составила 58,9% против 15,5% у лиц моложе 60 лет (относительный риск (ОР) -3,8, $p < 0,001$). При наличии артериальной гипертензии (АГ) летальность составила 56,3% против 18,5%, ОР-3,0, $p < 0,001$; ишемической болезни сердца (ИБС) -75% против 28,8%, ОР-2,6, $p < 0,001$; хронической сердечной недостаточности (ХСН)-70% против 29,5%, ОР-2,4, $p < 0,001$; хронической болезни почек (ХБП)-55,2% против 33,7%, ОР-1,64, $p = 0,004$; острого повреждения почек (ОПП) - 90,6% против 35,3%, ОР- 2,57, $p < 0,001$; ожирения 2-3 степени – 75% против 42,9%, ОР- 1,70, $p = 0,031$. Индекс Чарлсон оказался выше у умерших пациентов, медиана составила 7 {6-8} баллов (медиана, 25-75 процентиля) против 3 баллов {2-5}, $p < 0,001$. Уровень индекса Чарлсон согласно данным ROC-анализа более 4 баллов предсказывает летальность с чувствительностью 87,8% и специфичностью 67,0%. Летальность при высоком индексе составила 73,8%, с низким- 20,4%, ОР-3,6, $p < 0,001$. Индекс Эликсхаузер также оказался выше у умерших – 5 баллов {4-5} против 2 баллов {1-3}, $p < 0,001$. Индекс Эликсхаузер объясняет 84,2% всех исходов. Его уровень более 5 баллов обладает чувствительностью 85,3% и специфичностью 73,0%. Летальность при высоком индексе составила 69,2%, при низком - 41%, ОР-1,7, $p = 0,007$.

Заключение. *Коморбидность играет значительную роль в прогнозировании выживаемости. Индексы Чарлсон и Эликсхаузер демонстрируют свою значимость в прогнозировании тяжести COVID-19 и летальности от нее.*

АВТОНОМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ

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

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

Актуальность. Автономная дисфункция сердца – одна из форм первичного поражения сердца при системной склеродермии (ССД). Сниженная вариабельность сердечного ритма может быть неблагоприятным фактором развития внезапной сердечной смерти. Однако исследование вегетативной дисфункции в настоящий момент мало изучено у данной группы пациентов.

Цель. Оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) по данным 5-минутных записей ЭКГ в покое и сопоставление полученных данных с клинической характеристикой заболевания.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 54 пациента с ССД. Критерии включения: женский пол, возраст 18-65 лет, установленный диагноз ССД (по критериям ACR/EULAR 2013), информированное согласие пациента. Критерии исключения: документированная/симптоматическая ИБС, ХСН III-IV ФК, периферический атеросклероз (с клиническими проявлениями), фибрилляция предсердий и другие гемодинамически значимые аритмии, нарушение мозгового кровообращения, полинейропатия, сахарный диабет 1 или 2 типа, заболевание щитовидной железы с нарушением ее функции, прием бета-адреноблокаторов. Всем пациентам проводилось стандартное физикальное обследование, сбор жалоб и анамнеза, 5-минутные записи ЭКГ с последующей оценкой ВСР. Все процедуры проводили в утренние часы, с 10:00 до 12:00. Статистическая обработка осуществлялась с применением программы STATISTICA 6.0.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 55 [47,5; 59,5] лет. У 12 (22,2%) пациентов диффузная форма ССД, у 42 (77,8%) – лимитированная; у всех пациентов наблюдался синдром Рейно (без осложнений), у 6 (11,1%) – дигитальные язвочки, у 11 (20,4%) – легочная артериальная гипертензия; у 23 пациентов (42,6%) – артриты, артралгии; у 7 пациентов (12,9%) – адгезивный перикардит в анамнезе; у 29 (53,7%) – поражение легких; у 29 (53,7%) – поражение ЖКТ. По данным 5-минутных записей ЭКГ у пациентов с ССД при наличии адгезивного перикардита в анамнезе статистически значимо ($p < 0,05$) отличались частотные параметры ВСР (VLF, LF, HF), при поражении легких и при поражении ЖКТ статистически значимо ($p < 0,05$) отличались meanRR, meanHR, нелинейные показатели (SD1, DFA α 2), PNS Index и SNS Index.

Заключение. При ССД наблюдается вегетативная дисфункция сердца, которая определяется снижением ВСР с преобладанием симпатической активности и снижением парасимпатической, поэтому пациентам с ССД требуется тщательное наблюдение.

ОСТЕОСАРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ У МУЛЬТИМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА

АДАМОВА И.Г., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., ФЕДОРОВ И.Г., ЛИСОВА О.Г., ТАРАКИ Б.М., КУРБАНОВА М.С.
ФГАОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка, 64 лет, госпитализирована с жалобами на общую слабость, жажду, утомляемость, одышку при минимальной физической нагрузке. В анамнезе: гипертоническая болезнь 3 ст., СД 2, ожирение 3 ст. (ИМТ – 40,4 кг/м², окружность талии - 140 см). По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены стеатоз увеличенной печени. В биохимическом анализе крови зарегистрировано: АЛТ - 22,0 ЕД/л, АСТ - 20,2 ЕД/л, глюкоза – 8,1 ммоль/л, HbA1c — 9,3%. Выявлена дислипидемия: холестерин — 5,3 ммоль/л, ЛПВП - 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 2,41 ммоль/л, ТГ – 5,22 ммоль/л; дефицит витамина D - 11,3 нг/мл. По данным опросника SARC – F получено 6 баллов, теста SPPB - 1 балл, что не исключает наличие саркопении. Отмечено снижение силы сжатия при динамометрии - 14 кг (N>16 кг). При остеоденситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов обеих бедренных костей получено снижение минеральной плотности (T - показатель - 1,8 SD и -1,4 SD соответственно (N - более -1,0 SD)). По данным биоимпедансометрии выявлено уменьшение мышечной массы до 17,7 кг (N - 18,2-23,6 кг) и увеличение жировой массы до 56,8 кг (N - 11,2-17,4 кг). В результате проведенного обследования у пациентки установлено остеосаркопеническое ожирение (ОСО), прогрессирование которого увеличивает риск переломов, инвалидизации, развития сердечно-сосудистых событий и снижает качество жизни. Назначена сахароснижающая и гиполипидемическая терапия, даны рекомендации по коррекции дефицита витамина D, диете, физической активности.

Трудности в диагностике. ОСО – это многофакторный синдром, который характеризуется увеличением доли жировой ткани, снижением мышечной массы и минеральной плотности кости. К механизмам развития ОСО относят воспалительные процессы, хронические заболевания, инсулинорезистентность, снижение уровня андрогенов, гормона роста, физической активности, дефицит витамина D. В настоящее время отсутствуют четкие критерии ОСО и у коморбидных пациентов ОСО часто остается вне поля зрения врача.

Заключение. Данное наблюдение ОСО демонстрирует значимость современных методов исследования для раннего выявления саркопении и ее профилактики, что позволит снизить риски инвалидности и смертности у коморбидных пациентов с метаболическим синдромом.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ДОЗИРОВАНИЯ ПРЕДНИЗОЛОНА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

АЛЕКСЕЕВА А.А.

ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Цель. Оценить эффективность двух способов дозирования преднизолона в мг и мг/кг массы тела для индукции ремиссии у больных язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) с использованием технологии построения и оценки функции эффективности.

Материалы и методы. В исследование были включены 86 пациентов с активным заболеванием средней и тяжелой степени (61 - с ЯК, 25 - с БК), средний возраст 48 лет. Для индукции ремиссии пациентам назначали преднизолон в начальной дозе от 30 до 60 мг/сутки с последующим снижением. Эффект терапии оценивали на момент полной отмены преднизолона с использованием общепринятых критериев клинической ремиссии. Проводили анализ двух функций эффективности: 1-я — при дозировании преднизолона в мг и 2-я - при расчете дозы в мг/кг массы тела с колебаниями массы от 41 до 98 кг. Построение функции эффективности для преднизолона проводилось по оригинальной методике статистического преобразования в наглядный график исходных клинических данных, получаемых в виде количественного выражения совокупности доз и зарегистрированных альтернативных ответов. Оценка среднего значения дозы в каждой точке определялась по методу ядерной оценки регрессии.

Результаты. Были построены два графических изображения - преднизолона в мг и в мг/кг массы тела. Оптимальная клинически эффективная доза (ОКЭД) при расчете в мг/кг составила $0,70 \pm 0,01$ ($0,68 \div 0,72$) мг/кг. При наложении двух графиков в мг и в мг/кг веса показано, что при назначении начальной дозы 40 мг без учета массы тела эффект терапии был на 25 % ниже. Назначение стандартной дозы 60 мг в сутки было оптимальным для пациентов с массой тела 85–90 кг. При массе тела ниже 85 кг клинический эффект не уменьшался, однако, вероятность появления побочных эффектов преднизолона могла нарастать.

Заключение. Сравнение двух графиков «доза - эффект» позволило доказать большую эффективность дозирования преднизолона в мг/кг массы тела с ОКЭД равной 0,70 мг/кг, которая рекомендуется к применению в клинической практике для индукции ремиссии в лечении воспалительных заболеваний кишечника.

ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: СРАВНЕНИЕ С КЛИНИЧЕСКИМИ ИНДЕКСАМИ АКТИВНОСТИ

АЛЕКСЕЕВА О.Г., СМИРНОВ А.В., ВОЛКОВ А.В., НАСОНОВ Е.Л.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва, Российская Федерация

Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов является рутинным инструментом для оценки выраженности активности заболевания у пациентов с ревматоидным артритом (РА), но объем проводимого обследования до сих пор остается дискуссионным.

Цель. Оценить связь разных суставных УЗ-индексов оценки суставов с комплексными показателями активности заболевания у пациентов с РА.

Материал и методы. В исследование включено 85 больных РА. Всем пациентам проводилась сокращенная (7-суставной УЗ-индекс) и комплексная (46-суставной УЗ-индекс) УЗ-оценка суставных зон. В исследовании всего было оценено 3910 суставных зон. 7-суставной УЗ-индекс включал суставные зоны запястья, 2,3 пястнофаланговые, 2,3 проксимальные межфаланговые, 2,5 плюснефаланговые суставы клинически доминирующей стороны. УЗ-признаки синовита по данным «серой» шкалы (СШ) и в режиме ЭД (по критериям OMERACT) регистрировались на основании полуколичественной оценки в баллах от 0 до 3. Подсчет деструктивных изменений (эрозий) осуществлялся с помощью бинарной системы счета (есть/нет) на каждый исследуемый сустав. УЗ-оценка 46 суставов включала суставы, входящие в индекс DAS28 (плечевые, локтевые, суставы запястья, пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые и коленные), а также плюснефаланговые и тазобедренные.

Результаты. Коэффициент корреляции между показателями ультразвукового исследования не показал различий между двумя системами счета. Были выявлены корреляционные связи в сокращенной суставной системе счета всех УЗ-параметров (СШ, ЭД и УЗ-эрозии) с показателями СРБ, DAS 28, SDAI и CDAI: $r=0,34$ $p=0,001$, $r=0,27$ $p=0,013$, $r=0,4$ $p=0,000$, $r=0,48$ $p=0,000$, $r=0,52$ $p=0,000$, $r=0,44$ $p=0,000$, $r=0,46$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,5$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,5$ $p=0,000$, соответственно. Аналогичные данные были получены по комплексной суставной системе счета также всех УЗ-параметров (СШ, ЭД и УЗ-эрозии) с показателями СРБ, DAS 28, SDAI и CDAI: $r=0,42$ $p=0,000$, $r=0,35$ $p=0,001$, $r=0,41$ $p=0,000$, $r=0,46$ $p=0,000$, $r=0,58$ $p=0,000$, $r=0,48$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,48$ $p=0,000$, $r=0,57$ $p=0,000$, $r=0,43$ $p=0,000$, $r=0,49$ $p=0,000$, $r=0,56$ $p=0,000$, соответственно.

Заключение. Таким образом, проведенная УЗ-оценка разных суставных систем счета не показала различий при оценке статуса активности РА, что позволяет использовать менее трудоемкого 7-суставного УЗ-индекса.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ОСТРЫМ ГУМОРАЛЬНЫМ ОТТОРЖЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

АМАРНА С.С., КОБЗЕВА Н.Д.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Описание случая. Пациентка Н. поступила в кардиохирургическое отделение №3 (трансплантации сердца) с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, без четкой связи с физической нагрузкой. Из анамнеза известно, что пациентка перенесла инфаркт миокарда, было установлено 5 стентов. На фоне нарастающей сердечной недостаточности (СН) и безуспешной медикаментозной коррекции пациентке была выполнена трансплантация сердца (ТС). Ранний послеоперационный период протекал на фоне миокардиальной недостаточности, требовавшей введения инотропных препаратов; работы системы бивентрикулярного обхода желудочков сердца, дополненной экстракорпоральной мембранной оксигенацией. По результатам эндомиокардиальной биопсии было выявлено: иммуногистохимические признаки антителоопосредованного отторжения (pAMRi I+). В двух фрагментах – склероз эндокарда, очаговый липоматоз интерстиция, гиалиноз артериол (донорская патология). Во всех фрагментах – диффузно-очаговая умеренная зернистая белковая дистрофия кардиомиоцитов, диффузно-очаговый отек интерстиция в сосудах микроциркуляторного русла. Также проводилась ЭХО-КГ.

Заключение. Состояние после ТС. Фракция выброса – 63%. Легочная гипертензия 1-й степени. Умеренное количество жидкости в плевральных полостях: справа – до 400 мл с наличием фибринозных наложений, слева – 275–300 мл. В связи с процессами острого гуморального отторжения, пациентке была показана дальнейшая госпитализация в отделение кардиологии для проведения сеансов плазмафереза.

Было проведено лечение. Такролимус 1,5 мг 2 раза в день, Микофенолата мофетил 500 мг 2 раза в день, Метилпреднизолон 8 мг 1 раз в день. В связи с улучшением состояния пациентка была выписана.

Трудность диагностики данной пациентки заключалась в том, что на фоне коморбидности СН развивалась достаточно быстро. Из этого вытекали трудности лечения, так как амбулаторная терапия не давала положительного эффекта. Исходом данного клинического случая, стала успешная ортотопическая трансплантация сердца, которая осложнилась острым гуморальным отторжением трансплантата. Но, своевременная диагностика и лечение, смогли остановить данный процесс.

Выводы. Данный случай важен для клинической практики тем, что он показывает, что на сегодняшний момент уровень медицины позволяет выполнять успешные трансплантации органов, в частности сердца, несмотря на коморбидность пациентов и возможные дальнейшие осложнения после таких вмешательств.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В 2019 ГОДУ

АНИЩЕНКО М.О., КЛИМЕНКО А.А.

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

Цель. Провести анализ особенностей течения у пациентов многопрофильного стационара в 2019 году.

Материал и методы. В анализ включено 35 пациентов, проходивших стационарное лечение в многопрофильной больнице г. Москвы с подтвержденным диагнозом «инфекционный эндокардит», установленным в соответствии с модифицированными критериями Дьюка (2015 г). Средний возраст (СВ) – 66,3 ($\sigma=18,1$) лет. Пациенты были разделены на 2 возрастные группы: 1 – младше 60 лет; 2 – 60 и более лет. Каждая подгруппа была подвергнута описательному анализу.

Результаты. Группа 1: 12 пациентов (66,7% – мужчины), СВ – 42,6 ($\sigma=7,1$) лет.

Преобладающий этиологический фактор (ПЭФ) – *Staphylococcus spp.* (66,7%), в том числе *St. aureus* (50%). Медианы лейкоцитов, абсолютного количества нейтрофилов, СРБ составили 14,1 [11,9;18,9]*10⁹/л, 11,6 [9,6;17,3]*10⁹/л и 180,0 [137,0;231,7] мг/л, соответственно. 100% пациентов было выписано из стационара под амбулаторное наблюдение с улучшением.

Средняя продолжительность госпитализации (СПГ) составила 23,8 ($\sigma=8,9$) койко-дней.

Группа 2: 23 пациента (65,2% – мужчины), СВ – 77,6 ($\sigma=9,4$) лет. ПЭФ – не верифицирован (17,4% – *Staphylococcus aureus*; 17,4% – *Enterococcus faecalis*; 4,3% – *Streptococcus gordonii*; 60,9% – отрицательный или сомнительный результат микробиологического исследования).

Медианы количества лейкоцитов, абсолютного количества нейтрофилов, уровня СРБ составили 11,9 [10,8;16,8]*10⁹/л, 10,1 [8,9;15,2]*10⁹/л и 144,8 [56,7;178,7] мг/л, соответственно. 11 пациентов (47,8%) было выписано из стационара под амбулаторное наблюдение с улучшением. СПГ составила среди выживших пациентов составила 25,4 ($\sigma=8,0$) койко-дней.

Заключение. *Таким образом, у пациентов старшей возрастной группы, вероятно, происходит смена этиологического фактора инфекционного эндокардита. Также отмечается тенденция к снижению ответа острой фазы у пациентов более старшего возраста. Учитывая литературные данные последних лет, указывающие на особенности течения инфекционного эндокардита у пациентов пожилого и старческого возраста, а также влияния различных сопутствующих состояний у пациентов разных возрастных групп, в том числе и новой коронавирусной инфекции, необходимо продолжить анализ имеющихся данных с целью получения статистических данных, которые помогут работникам практической медицины в понимании течения инфекционного эндокардита у разных пациентов.*

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МЕТФОРМИНА ПРОЛОНГИРОВАННОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРЕДИАБЕТОМ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

АПАРЦЕВА Н.Е., ЦЫГАНКОВА О.В., ЛАТЫНЦЕВА Л.Д.

НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация

Актуальность. Имеющиеся литературные данные позволяют обсуждать протективную роль метформина при хронической сердечной недостаточности (ХСН). В основе такой кардиопротекции лежит снижение инсулинорезистентности и связанных с ней процессов вялотекущего воспаления, окислительного стресса, а также системного дисметаболизма.

Цель. Изучить влияние метформина пролонгированного высвобождения (XR) на гуморальные кардиометаболические маркеры и параметры перекисного окисления липидов у пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СНсФВ), предиабетом и абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. В одноцентровое открытое рандомизированное проспективное контролируемое исследование на базе НИИТП - филиал ИЦиГ СО РАН (г. Новосибирск) включено 64 человека (32 – мужчины, медиана возраста 58 [55,25; 59,75] лет) с СНсФВ, предиабетом и АО. Пациенты группы А и В получали оптимальную терапию СНсФВ. В группе А (n=32) дополнительно назначался метформин XR 1000-1500 мг/сутки. Пациентам проводилось: общеклиническое обследование, оценка уровня NT-proBNP, растворимого ST2, высокочувствительного С-реактивного белка (вч СРБ), исходного уровня малонового диальдегида (МДА) в липопротеинах низкой плотности (ЛНП) и их резистентности к окислению с ионами меди исходно и через 6 мес наблюдения.

Результаты. В группе А зарегистрировано снижение NT-proBNP на 3,7% ($p < 0,0001$), в группе В значения NT-proBNP увеличились на 2,7% ($p = 0,013$) по сравнению с исходными уровнями. Снижение NT-proBNP в группе приема метформина сопровождалось уменьшением уровня вч СРБ на 31% ($p < 0,0001$). Динамики концентрации растворимого ST2 в обеих группах продемонстрировано не было. Уровень МДА в ЛНП через 6 мес терапии метформином стал ниже на 20% ($p = 0,002$) относительно исходного значения, при оценке резистентности к окислению ЛНП с ионами меди содержание МДА не отличалось от исходного показателя. В группе В увеличилось исходное содержание МДА в ЛНП на 3,7% ($p = 0,002$) и его уровень после инкубации с ионами меди на 31,8% ($p < 0,0001$).

Заключение. У пациентов с предиабетом, СНсФВ и АО прием метформина XR в течение 6 мес на фоне оптимальной терапии СНсФВ был ассоциирован со снижением NT-proBNP, а также выраженности окислительного стресса в виде уменьшения концентрации МДА в ЛНП и уровня вч СРБ плазмы.

При поддержке компании Merck. Государственное задание в рамках бюджетной темы №FWNR-2024-0004.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

АФОНИНА О.С., КУЗЬМИНА И.М., ЗАГРЕБЕЛЬНЫЙ А.В., АВДЕЕВ Ю.В., МАРЦЕВИЧ С.Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России. Москва, Россия

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». Москва, Россия

Цель. Изучить качество догоспитальной терапии у пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда (ИМ) в рамках регистра ИМ отделения неотложной кардиологии сосудистого центра.

Материал и методы. В исследование включены пациенты, поступившие в отделение неотложной кардиологии сосудистого центра с 1 января 2017 г. по 31 декабря 2017г. с диагнозом острого трансмурального ИМ. Общее количество пациентов составило 214 человек, из которых 153 (71,5%) имели первичный ИМ, а 61 (28,5%) - повторный. Статистическая обработка и анализ полученных в исследовании данных проведен в программе IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp., США). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты с повторным ИМ были старше, медиана возраста составила 71 год [62;79,5], в группе с первичным ИМ медиана возраста составила 61 год [53,5;74]). Статистически значимых различий по полу между группами не выявлено. Из всех пациентов, включенных в регистр, постоянную терапию принимали только 69 пациентов (32,24%) и 9 (4,21%) пациентов принимали препараты эпизодически. У 44 человек отсутствовали данные о принимаемой ранее терапии. Пациенты с повторным ИМ статистически чаще принимали антиагреганты, иАПФ, бета-адреноблокаторы, статины, диуретики ($p < 0,05$). Однако, можно отметить, что частота принимаемой терапии была низкой. Из пациентов с повторным ИМ постоянную терапию получали всего 24 пациента (39,34%), при этом статины принимали только 8 человек (19,5%), ацетилсалициловую кислоту, иАПФ и бета-адреноблокаторы - 15 пациентов (36,6%), диуретики - 6 (14,6%), нитраты - 2 (4,9%).

Заключение. *По результатам данного анализа можно сделать вывод, что частота приема необходимой лекарственной терапии до госпитализации была невысокой, что требует разработки мероприятий по улучшению качества лекарственной терапии на амбулаторном этапе и увеличению приверженности пациентов к лечению.*

РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ФЕНОТИПИРОВАНИЮ СИНДРОМА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

АХИЯРОВА К.Э.

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Гипермобильность суставов (ГМС) представляет собой состояние, при котором амплитуда движений в суставах превосходит таковую в популяции. ГМС является гетерогенным состоянием и нет понимания, является ли она частью синдромов моногенных, многофакторных форм дисплазии соединительной ткани (ДСТ) или самостоятельной нозологией без системных проявлений.

Цель. провести анализ минеральной плотности костной ткани, признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ), а также поиск их возможных генетических предикторов для разработки подходов к фенотипированию ГМС.

Материал и методы. Проведено одномоментное исследование практически здоровых молодых лиц (N=262), средний возраст составил - 26,04±1,34 лет. МПКТ оценивалась методом рентгеновской абсорбциометрией, ГМС по шкале Beighton (1998), признаки ДСТ по таблицам Кадуриной Т.И. (2015), молекулярно-генетическое исследование локусов *rs9978597*, *rs226794* (*ADAMTS5*), *rs3734444* (*BMP5*). Количественные признаки анализировались с применением критерия Манна-Уитни (U), t-критерия Стьюдента, качественные – критерий Фишера (χ^2), при $p < 0,05$. Поправка на множественность проводилась методом Бенджамини-Хохберга (FDR), проведен кластерный анализ в среде R-Studio методом k-medoids.

Результаты. ГМС ассоциировалась со следующими признаками ДСТ: гиперкифозы/гиперлордозы ($p=0,003$), долихостеномелия ($p=0,010$), ИМТ $<18,5$ кг/м² ($p=0,0001$), опущениями внутренних органов ($p=0,038$), гиперэластичность кожи ($p=0,0001$). При анализе влияния ГМС, признаков ДСТ на МПКТ ассоциаций обнаружено не было. Изолированная ГМС ассоциирована с генотипом GG ($p=0,003$, $pFDR=0,046$) локуса *rs226794*, а генотип TT и аллель T локуса *rs9978597* гена *ADAMTS5* - с комбинацией ДСТ и ГМС ($p=2,8 \times 10^{-5}$, $pFDR=9,52 \times 10^{-7}$). Аллель G локуса *rs3734444* гена *BMP5* ассоциировался с ГМС ($p=0,001$; $pFDR=0,014$). Далее был проведен кластерный анализ признаков ДСТ и ГМС, который выявил 3 фенотипа: первый – ГМС в сочетании с гиперкифозом/гиперлордозом и ИМТ $<18,5$ кг/м²; второй – ГМС в сочетании с гиперэластичностью кожи и ИМТ $<18,5$ кг/м²; третий – без ГМС и других признаков ДСТ и с ИМТ $>18,5$ кг/м².

Заключение. Выявлены молекулярные маркеры ГМС в генах *ADAMTS5* и *BMP5*. Ни ГМС, ни ДСТ не ассоциировалась со снижением МПКТ у молодых лиц. Под видом синдрома ГМС в общей популяции могут быть маскированы подтипы синдрома Элерса-Данло, в частности, первый кластер может соответствовать кифосколиотическому подтипу, второй – классическому подтипу.

ИНТЕРЛЕЙКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

БАКИНА А.А., ПАВЛЕНКО В.И.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, имеющее широкий мультиморбидный фон. Зачастую ХОБЛ сочетается с хронической болезнью почек (ХБП), остеопорозом, сердечно-сосудистыми патологиями, что во многом обусловлено системными эффектами заболевания. Немаловажную роль в развитии коморбидности играет системное воспаление, значение которого в формировании ХБП при ХОБЛ в настоящее время остается не полностью изученным, что и определяет актуальность исследования.

Цель. Оценить интерлейкиновый профиль пациентов с ХОБЛ и ХБП.

Материал и методы. В исследование включены 96 пациентов 45-60 лет с ХОБЛ среднего и тяжелого течения (преимущественно мужчин), получавших лечение по поводу обострения заболевания в условиях стационара. В исследование не включали лиц с состояниями, оказывающими независимое от ХОБЛ значимое влияние на функцию почек. Исследование имело 2 контрольные точки. В 1-ой (момент включения лица в исследование) помимо стандартных методик оценивали уровень интерлейкинов-6 (ИЛ-6) и -8 (ИЛ-8) сыворотки крови, суточной альбуминурии, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по значению креатинина сыворотки крови (КР). Во 2-ой контрольной точке (спустя 3 месяца после включения пациента в исследование) повторно изучали показатели функции почек и устанавливали диагноз ХБП.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что у 42 пациентов с установленным фенотипом «ХОБЛ и ХБП» (44% от общего контингента обследуемых) значения ИЛ-6 и ИЛ-8 составили 19,5[17,9;21,0] пг/мл и 27,1[24,7;30,1] пг/мл, что достоверно выше, чем у лиц с ХОБЛ без признаков ХБП (уровень ИЛ-6 составил 18,6[17,6;20,4] пг/мл ($p=0,02$), а ИЛ-8 – 25,3[23,9;28,4] пг/мл ($p=0,04$)).

Нами выявлена корреляция между ИЛ-6 и КР ($R_s=0,32$, $p=0,009$), СКФ ($R_s= -0,33$, $p=0,006$); ИЛ-8 коррелировал с КР ($R_s=0,28$, $p=0,02$), СКФ ($R_s= -0,30$, $p=0,01$).

Заключение. *Обнаруженное существенное превышение уровней ИЛ-6 и ИЛ-8 у лиц с ХОБЛ и ХБП и наличие значимых ассоциаций свидетельствует о важной роли системного воспаления в формировании почечной дисфункции при ХОБЛ, что требует дальнейшего изучения темы.*

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА АМБУЛТОРНОМ ЭТАПЕ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ – РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

БАКУТИНА Ю.Ю., ДОБРЫНИНА И.С., МУРАВИЦКАЯ М.Н.

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

Описание клинического случая. Пациентка 47 лет обратилась в БУЗ ВО ВГКП №10 с жалобами одышку в покое, подъеме менее чем на 1 лестничный пролет и ходьбе менее чем на 150 м, сердцебиение, перебои в работе сердца. Вышеперечисленные жалобы отмечает с ноября 2022 года, самостоятельно обращалась к кардиологу в областную поликлинику г. Воронежа, так как отмечала ухудшение самочувствия и состояла на диспансерном учете у терапевта и ревматолога. Пациентка госпитализирована в кардиологическое отделение БУЗ ВО ВОКБ №1, где были проведены инструментальные и лабораторные исследования. РКТ ОГК: «Интерстициальные изменения в легких, обусловленные основным заболеванием. Застой в МКК. Кардиомегалия. Гидроперикард (8мм). Двусторонний малый гидроторакс. Медиастинальная лимфоаденопатия». Эхо-КГ: «Дилатация всех полостей сердца. Снижение систолической функции левого желудочка. Умеренная эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. НАК 1 ст, НМК 2 ст, НТК 2-3 степени, высокая легочная гипертензия (РЛА 75 мм рт ст)». Пациентке рекомендованы прием апиксабана 5 мг, небиволола 5 мг, аторвостатина 20 мг, молсидомина 4 мг. БУЗ ВО ВОКБ №1 была проведена телемедицинская консультация с институтом клинической медицины им. Н.В. Склифософского клиники пульмонологии и респираторной медицины на основании предоставленных медицинских исследований пациентке рекомендовано назначение риоцигуата и мацитентана по жизненным показаниям. При написании клинического случая были использованы данные из выписки амбулаторной карты без персонализации данных пациента. Нами было получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию результатов обследования и назначенного лечения.

Заключение. *Данный клинический случай иллюстрирует трудности в подборе терапии у пациентов с высокой легочной гипертензией на амбулаторном этапе, возникновением осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Именно поэтому важно отметить диагностические трудности ведения подобных коморбидных пациентов с заболеваниями соединительной ткани – ревматоидным артритом.*

РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ

БАЛАЯН Э.А., МЕДИНСКИЙ К.С.

ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Актуальность. Современный Донбасс индустриализированный регион с промышленной, социальной, демографической, гуманитарной и экологической депрессией. Заболеваемость населения - ведущий показатель общественного здоровья. Болезни системы кровообращения выступают главной причиной смертности населения.

Цель. Изучить уровень, динамику и структуру болезней системы кровообращения среди населения Донбасса.

Материалы и методы. Заболеваемость анализировалась за последние 5 лет(2017-2022гг) среди городского и сельского населения.

Результаты. Показатель распространенности болезней системы кровообращения среди всего населения Донбасса составляет 7748,4 случаев на 10000 человек. С 2017 года по 2019 год наблюдался рост уровня этих болезней с 7135,6 до 7748,4 случаев на 10000 человек, а к 2022г наметилась стабилизация на уровне 6769,7 случаев на 10000 человек.

Первичная заболеваемость находится в пределах 650,1-775,2 случаев заболеваний на 10000 человек. Так же наблюдался рост к 2019г, а затем стабилизация показателя к 2022г.

Среди городских жителей в 1,9 раза выше эти показатели чем у сельских жителей. Самые высокие показатели среди пожилого населения, начиная с 55 лет для женщин и с 60 лет у мужчин и составляют 14570 случаев на 10000 человек.

Среди детского населения до 17 летнего возраста частота возникновения и распространения этих болезней самые низкие.

В общей структуре болезни системы кровообращения по показателям частоты возникновения первичных случаев занимают второе ранговое место (9,6%), а по показателю распространенности первое ранговое место (41,2% случаев).

В структуре болезней системы кровообращения гипертоническая болезнь - 1е ранговое место, 55% случаев, ишемическая болезнь - 2е ранговое место, 33,8 % случаев, цереброваскулярная болезнь - 3е ранговое место, 16,1% случаев, стенокардия - 4е ранговое место, 6,8% случаев.

Заключение. Показатель распространенности болезней системы кровообращения среди всего населения Донбасса составляет 7748,4 случаев на 10000 человек. Показатели частоты возникновения и распространения этих болезней среди городского населения превышают показатели среди сельского населения. Самые высокие показатели частоты возникновения и распространения болезней системы кровообращения характерны для населения, достигшего 55-60 летнего возраста, а самые низкие среди детского населения, но они выросли за последние 2 года.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

БЛАГИНИНА И.И., БЛУДОВА Н.Г., ПОКРЫШКА И.И., КАРАБУТА Д.Г.

ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Св. Луки» Минздрава России, г. Луганск, ЛНР

Психосоматические расстройства все чаще встречаются в ревматологической практике. В связи с наличием сходства патофизиологических механизмов боли и психовегетативных расстройств необходимым является уточнение их взаимоотношений у больных псориатическим артритом (ПсА).

Цель. Исследовать взаимосвязь между выраженностью болевого синдрома (БС) и психовегетативными нарушениями у больных ПсА.

Материал и методы. В исследовании участвовали 49 больных ПсА (15 мужчин и 34 женщины) (возраст - $44,5 \pm 1,2$ года, продолжительность ПсА - $9,2 \pm 0,8$ 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). Вегетативную дисфункцию (ВД) определяли тестированием по методикам «Вейн-пациент» - ВП и «Вейн-врач» ВВ, где возможная ВД – более 15 баллов по ВП, а подтвержденная – более 25 баллов по ВВ.

Результаты. По показателям БС получены данные: ЧБС – $6,8 \pm 0,5$, ЧПС – $3,5 \pm 0,3$, боль в суставах – $60,0 \pm 2,6$ мм, в позвоночнике – $64,1 \pm 2,5$ мм, утренняя скованность – $64,6 \pm 2,4$ мм, СЗП – $65,7 \pm 2,4$ мм. Показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у больных ПсА ($37,9 \pm 1,2$; $46,1 \pm 1,1$ баллов) были достоверно выше нормативных. При этом, у 26,5% наблюдалась высокая РТ, а у 32,7% высокая ЛТ. При оценке тестирования по ШДГ значения у больных ПсА были выше нормативных - $17,8 \pm 0,84$ баллов. Депрессивные расстройства обнаружены у 31 пациента. Результаты анкетирования по ВП и ВВ выявили наличие ВД у 43 из обследованных – $23,0 \pm 0,8$ и $33,5 \pm 1,1$ баллов соответственно. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь между показателями БС и психовегетативного статуса. Выраженность депрессии зависела от боли в суставах, позвоночнике и СЗП (соответственно $r=0,49$; $r=0,32$; $r=0,29$). Установлена прямая связь между РТ, ЛТ и СЗП ($r=0,35$; $r=0,32$), а также связи между ВП и ВВ, и СЗП (соответственно $r=0,36$; $r=0,29$). Достоверные корреляции установлены только в отношении показателей БС, которые определялись самим пациентом, следовательно, значимым в формировании психовегетативных расстройств был эмоционально-аффективный компонент боли.

Заключение. *Полученные результаты подтверждают наличие у больных ПсА выраженного эмоционально-аффективного компонента боли, имеющего центральное происхождение.*

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА NO-REFLOW ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

БЛУДОВА Н.Г., БЛАГИНИНА И.И., ЯРЦЕВА С.В., БЛАГОДАРЕНКО А.Б., НЕКРАСОВ Д.А.
ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Св. Луки» Минздрава России, г. Луганск, ЛНР, ГБУЗ «Луганская республиканская клиническая больница», г. Луганск, ЛНР

Феномен невосстановленного кровотока (no-reflow) является одним из осложнений после реканализации инфарктзависимой артерии (ИЗКА) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), его развитие сопряжено с неблагоприятным прогнозом.

Цель. Изучить факторы риска, а также проанализировать их связь с частотой развития феномена no-reflow у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСспST).

Материал и методы. В исследование включены 48 пациентов с ОКСспST, которым в условиях Луганской республиканской клинической больницы было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Диагностическим считали отсутствие антеградного кровотока (TIMI 0) в дистальном русле при восстановленной проходимости сосуда.

Анализировались различные клинические и инструментальные показатели. Статистическая обработка данных выполнялась в программе Statistic.

Результаты исследования. Феномен no-reflow диагностирован у 7 пациентов (16%), которые составили I группу. II группу составили 41 (84%) пациент, у которых отмечалось восстановление антеградного кровотока (TIMI 3). Средний возраст пациентов - $64,8 \pm 10,1$ лет и $62 \pm 10,4$ года, из них женщины составляли 29% (2), во II – 19% (8) соответственно.

Коморбидная патология в группах диагностирована: артериальная гипертония у 7 пациентов (100%) и 35 (85%), сахарный диабет у 6 (86%) и у 16 (39%) ($p < 0,05$), хроническая болезнь почек 3 стадии и выше у 3 (43%) и у 12 (29%), инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе - в 28% и 12% случаев ($p < 0,05$), инсульт в 14% и 10%, острая левожелудочковая недостаточность (Killip III-IV) в 57% и 17% ($p < 0,05$), фибрилляция предсердий (ФП) в 29% и 12% ($p < 0,05$), желудочковые нарушения ритма, в том числе рецидивирующие желудочковые тахикардии в 29% и 24% соответственно. Пациенты I группы достоверно позже обращались за медицинской помощью ($p < 0,05$), тромболизис проведен у 14% и 20%, передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) являлась ИЗКА в 57% и 36% соответственно.

Заключение. Феномен no-reflow выявлен в 16% случаев. Его развитие коррелирует со временем обращения пациента за медицинской помощью. Также на частоту развития этого синдрома, по-видимому, влияет наличие ФП, перенесенного в прошлом ИМ. Значительно чаще этот синдром выявлялся при поражении ПМЖВ и развитии острой левожелудочковой недостаточности, что можно объяснить тяжестью и обширностью повреждения миокарда.

НЕЦЕЛИАКИЙНАЯ ФОРМА ГЛЮТЕН-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

БЫКОВ Ю.В., БЕККЕР Р.А.

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

Описание клинического случая. Наблюдался 16-летний подросток с установленным гастроэнтерологом диагнозом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), длительно принимавший ингибитор протонной помпы (ИПП) — лансопризол 20 мг, и страдавший коморбидной терапевтически резистентной депрессией (ТРД). Два последовательных курса лечения антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) — эсциталопрамом до 20 мг и флуоксетином до 60 мг, имевшие место до обращения за консультацией — оказались неэффективны.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Первоначально, в связи с длительным приемом ИПП, у консультанта возникло предположение о возможности развития у пациента скрытого дефицита микроэлементов, всасывание которых может нарушаться при приеме ИПП. Действительно, в крови пациента был понижен ферритин (16 нг/мл), а в волосах и ногтях было понижено содержание железа, цинка и меди. Однако добавление соответствующих биологически активных добавок привело лишь к незначительному улучшению психического состояния подростка.

При дальнейшем поиске возможных причин резистентности пациент был направлен на панель антител на распространенные аутоиммунные заболевания. Были выявлены высокие титры антител к глиадину и тканевой трансаминазе. Однако биопсия тонкой кишки, предпринятая после обнаружения антител — не показала классической целиакийной картины (лимфоцитарного воспаления и утраты кишечных волосков). Пациенту был установлен диагноз неклассической глютен-чувствительности. Исход. Соблюдение строгой безглютеновой диеты, отмена лансопризола с переходом на немедикаментозное лечение ГЭРБ, коррекция дефицитов микронутриентов, перевод с СИОЗС на миртазапин (который эффективен в отношении гастропареза) — помогли добиться полной ремиссии ТРД у данного подростка.

Заключение. Данный клинический случай подчеркивает необходимость более широкой осведомленности практических врачей о возможности существования «неклассических» (нецелиакийных) форм глютенной гиперчувствительности, протекающих без классических симптомов типа диареи и болей в животе. В спектре неклассических симптомов глютен-чувствительности могут быть, например, симптомы, напоминающие ГЭРБ или гастропарез, боли в суставах, нервно-психические нарушения и др.

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ХАШИМОТО С ШИЗОФРЕНОПОДОБНОЙ КАРТИНОЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

БЫКОВ Ю.В., БЕККЕР Р.А.

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

Описание клинического случая. Наблюдалась 24-летняя пациентка, у которой после первых родов развилась картина острого психоза с депрессивно-параноидной симптоматикой. Пациентка была госпитализирована в психиатрический стационар, и первоначально расценена как страдающая от «послеродового психоза». По мере развертывания психоза диагноз был изменен на «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». Лечение антипсихотиками (АП) - не давало эффекта и плохо переносилось.

Консультантом было выдвинуто мнение о необходимости исключения аутоиммунных и органических причин заболевания. В анализах крови пациентки были выявлены очень высокий титр антител к тиреопероксидазе (600 МЕ/мл (!)), высокие титры антител к рецептору ТТГ (7,59 МЕ/л), повышенный ТТГ (6,4 мМЕ/л), погранично низкий свободный Т4 (10,7 пмоль/л).

Трудности в диагностике и лечении данной пациентки. Грубой неврологической симптоматики, характерной для энцефалопатии Хашимото (ЭХ), у пациентки не наблюдалось. Сознание нарушено не было. На магнитно-резонансной томографии (МРТ) - не было выявлено признаков органической патологии ЦНС. Все это заставляло сомневаться в возможности диагноза ЭХ при столь нетипичной картине. Тем не менее, в связи с отсутствием эффекта от АП, было решено предпринять пробное лечение пациентки как страдающей ЭХ. Исход. Короткий курс плазмафереза (5 сеансов с интервалами 3 дня) и пульс-терапия метилпреднизолоном (однократное введение 1000 мг в/в) с последующим 2-недельным курсом высоких доз перорального преднизолона (60 мг/сут) и плавным снижением преднизолона до 0 в течение еще 2 недель, на фоне продолжения приема 10 мг/сут оланзапина и начала заместительной терапии L-тироксином 100 мкг — привели к быстрой ремиссии психоза. Улучшение психического состояния, вопреки опасениям о возможной психотоксичности глюкокортикоидов — началось на вторые сутки после первого же сеанса плазмафереза и вливания метилпреднизолона.

Заключение. *Данный клинический случай является напоминанием о том, что ЭХ может протекать нетипично, без грубой неврологической симптоматики.*

ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРИЧИНА РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕПРЕССИИ

БЫКОВ Ю.В., БЕККЕР Р.А.

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

Описание клинического случая. Наблюдался 24-летний мужчина с анамнезом перенесенного острого алкоголь-индуцированного панкреонекроза. Длительно принимал по назначению гастроэнтеролога комплекс ферментов поджелудочной железы (10 000 ЕД с каждой едой). Страдал депрессией, имел пониженную массу тела (56 кг при росте 180 см). Лечение различными антидепрессантами (АД) — успеха не имело (до обращения за консультацией были 3 курса АД — сертралина, пароксетина и венлафаксина).

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Несмотря на формально удовлетворительную компенсацию экзокринной недостаточности (отсутствие таких симптомов, как диарея, боли в животе, выделение жира с калом и т.п.) — консультантом было выдвинуто предположение, что доза ферментного препарата может быть недостаточной, и что причиной резистентности депрессии может быть скрытая мальабсорбция каких-либо питательных веществ. Исход. Пациенту была предложена замена принимаемого ферментного препарата на другую форму его выпуска, содержащую микросферы, с увеличением дозы на прием до 25 000 ЕД (впоследствии до 40 000 ЕД). Кроме того, был рекомендован длительный прием комплекса поливитаминов и минералов, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, 5000 ЕД витамина D3 ежедневно.

Это изменение в терапии привело к нормализации массы тела молодого человека (74 кг на момент последнего контакта с консультантом в августе 2023 г.), становлению ремиссии депрессивного состояния.

Заключение. *Важно помнить, что экзокринная часть поджелудочной железы, хотя и называется формально «экзокринной» — на самом деле выполняет и некоторые эндокринные функции, поскольку в ходе опосредованного трипсином и химотрипсином расщепления белков пищи образуются биологически активные низкомолекулярные пептиды, которые могут влиять на наше психическое состояние (например, экзорфины).*

Кроме того, при неудовлетворительной компенсации экзокринной недостаточности поджелудочной железы могут развиваться латентные дефициты, например, жирорастворимых витаминов или микроэлементов. Все это также может негативно влиять на психическое состояние пациента. Отсутствие болей и диареи еще не означает качественной компенсации панкреатической недостаточности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА ЛАНАДЕЛУМАБОМ

БЫКОВА Г.А., БЕЛЬТЮКОВ Е.К., НАУМОВА В.В.

ГАУЗ СО «СОБ № 2», г. Екатеринбург, Российская Федерация

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Наследственный ангиотек (НАО) - редкое аутосомно-доминантное заболевание, проявляющееся отеками кожи и слизистых оболочек, в том числе жизнеугрожающей локализации. В патогенезе НАО ключевое значение имеют дефицит С1-ингибитора эстеразы, плазменный калликреин и брадикинин. У пациентов наблюдаются периферические ангиотеки, абдоминальные и ларингеальные атаки. Основной целью терапии является достижение полного контроля над симптомами заболевания и улучшение качества жизни. Первым доступным специализированным препаратом для долгосрочной профилактики является ланаделумаб, блокирующий плазменный калликреин.

Цель. Исследовать эффективность терапии НАО в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В Свердловской области в регистре первичных иммунодефицитов наблюдается 24 пациента с НАО, из них 7 получают базисную терапию ланаделумабом не менее 4 месяцев. Для оценки эффективности таргетной терапии применялись валидизированные опросники AAS, AECT, AE-QoL.

Результаты. Все пациенты, получавшие ланаделумаб, лица женского пола. По шкале AAS28 у больных до начала лечения наблюдалась высокая активность заболевания. На фоне терапии отмечалось значительное снижение активности заболевания с 46 баллов до 0, различия показателей статистически значимы $p=0,001$. Положительный эффект наблюдался уже после первого месяца лечения ланаделумабом. Уровень контроля ангиотеков оценивался по шкале AECT. В процессе анализа показатели контроля ангиотеков до начала терапии и через 1 и 4 месяца имели статистически значимые изменения ($p<0,001$) Средний балл по шкале AECT составлял $4,0\pm 2,5$, что свидетельствовало о неконтролируемом течении НАО. К 4-му месяцу терапии был достигнут контроль - $12,71\pm 2,98$ балла по шкале AECT. Качество жизни по шкале AE-QoL статистически значимо улучшилось с $68,9\pm 18,4\%$ до $34,3\pm 12,3\%$ к 4-му месяцу терапии. Различия были статистически значимы ($p<0,001$).

Заключение. В условиях реальной клинической практики ланаделумаб значимо снижает активность НАО, позволяет достичь контролируемого течения и высокого качества жизни.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ

БЫКОВА Д.В., ГОРБУНОВА А.М., ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация

Цель. Оценить течение и отдаленный прогноз пациентов с фибрилляцией предсердий после восстановления синусового ритма с помощью кардиоверсии.

Материал и методы. Набор пациентов осуществлялся на базе терапевтического отделения ГБУЗ НСО НКЦРБ с 10 января 2023 г. по 10 января 2024 г. Всего в исследование было включено 114 человек (из них мужчин – 57,8%, женщин – 42,2%) с пароксизмальной формой ФП (средний возраст пациентов $54 \pm 5,6$ лет). На первом этапе исследования всем пациентам было выполнено чреспищеводное ультразвуковое исследование сердца, по результатам которого у 63% пациентов не было обнаружено внутрисердечного тромбоза, соответственно у 37% пациентов определены признаки внутрисердечного тромбоза. Далее была проведена кардиоверсия в условиях ОРИТ, для пациентов с отсутствием внутрисердечного тромбоза. У 19% пациентов после ЭИТ не произошло восстановления синусового ритма. Для данных пациентов выбрана: 1) тактика контроля ритма путем повторного выполнения ЭИТ (21,4%), медикаментозной терапии амиодароном (14,2%); 2) тактика контроля частоты ритма (64,4%). У 81% пациентов (основная группа) был восстановлен синусовый ритм. Далее в течение 1 года проведено динамическое наблюдение основной группы больных (средней возраст $53 \pm 4,5$ лет) с целью оценки развития частоты сердечно-сосудистых осложнений (повторные пароксизмы ФП, госпитализации по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН)).

Результаты. Факторы риска возникновения пароксизмальной формы фибрилляции предсердий: артериальная гипертензия – 64%, ИБС - 38%, новая коронавирусная инфекция COVID-19 – 32%, СД - 26%, злоупотребление алкоголем – 26%, заболевания щитовидной железы – 18%. Пациентов после ЭИТ, на амбулаторный этап выписывали с рекомендациями приема антиаритмических препаратов, антикоагулянтов и бета-адреноблокаторов. Всем пациентам провели оценку качества жизни по шкале EQ-5D-3L до проведения ЭИТ и через год после восстановления синусового ритма. Средний показатель качества жизни до восстановления синусового ритма составил 60%, через год после восстановления – 85% ($p \leq 0,05$). Частота сердечно-сосудистых осложнений после электроимпульсной терапии: повторные пароксизмы ФП у 22% пациентов, частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН составила 18%.

Заключение. Низкая частота сердечно-сосудистых осложнений и повышение качества жизни пациентов после восстановления синусового ритма, говорит о важности своевременного оказания медицинской помощи пациентам с нарушениями ритма сердца.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С КОЛЬЦЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СВОДА ЧЕРЕПА И ХРУПКОСТЬЮ КОСТЕЙ

ВАЛЕЕВА Д.И.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет

Кольцевое поражение свода черепа с хрупкостью костей (КПСЧ) - редкое аутосомно-доминантное заболевание скелета, характеризующееся низкой минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) и специфическими склеротическими поражениями костей черепа. В мире описаны 15 пациентов из 8 семей с данной патологией.

Описание клинического случая. Пациентка Н. 30 лет, наблюдается по поводу несовершенного остеогенеза с детского возраста, госпитализирована в Клинику БГМУ в 2021 году с жалобами на боли в костях. За все время у нее было около 20 переломов. Объективно наблюдалось голубое окрашивание склер, патология зубной эмали, низкий рост, деформация грудной клетки и укорочение левой нижней конечности на 2 см. 06.08.2020 г. проведена молекулярно-генетическая диагностика методом NGS-секвенирования генов *COL1A1* и *COL1A2*, но патогенных вариантов выявлено не было. При использовании расширенной панели «Патология соединительной ткани (644 гена)» выявлена мутация гена *TGFBI* (трансформирующего фактора роста бета 1) - причинный ген для заболевания Камурати-Энгельмана. Но фенотипически проявления не укладывались в данный диагноз. 10.11.2021 проведено полное геномное секвенирование, обнаружена мутация гена *SGMS2* (сфингомиелинсинтаза 2), характерная для КПСЧ. Клинический диагноз получил молекулярное подтверждение.

После пациентке была проведена компьютерная томография костей черепа, где обнаружили локальные деформации лобной кости за счет увеличения объема костной ткани. Патологии других органов и системам выявлено не было.

До лечения у пациентки сохранялись переломы, низкая МПКТ и боль в костях (ВАШ 7 баллов). С июня 2019 г. начата терапия памидроновой кислотой, в ноябре 2019 г. добавлен терипаратид. За три года терапии: 1 перелом, уменьшение боли по ВАШ до 3 баллов и увеличение МПКТ. В 2022г. прекращение терапии в связи с беременностью пациентки, успешное родоразрешение. Улучшение самочувствия пациентки достигнуто при возобновлении терапии в феврале 2023г. На сегодняшний день лечение продолжается, новых переломов не наблюдается.

Заключение. *Представленный клинический случай демонстрирует трудности диагностики КПСЧ, в связи с низкой распространенностью. Наряду с рутинным обследованием пациентов с несовершенным остеогенезом, необходимо проводить обследование костей черепа.*

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

ВЕДЕНСКАЯ С.С., СМОЛЕНСКАЯ О.Г., БАБАЕВ С.А.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Когнитивные нарушения (КН) являются наиболее типичным проявлением поражения головного мозга при АГ. Наличие мультифокального атеросклеротического поражения (МФАП) у пациентов с АГ сопровождается повышенным риском развития КН.

Цель. Оценить выраженность когнитивных нарушений у пациентов с АГ и МФАП.

Материал и методы. Обследовано 148 человек в возрасте 40-70 лет, имеющих контролируемую АГ 1-3 стадии, из них 70 пациентов с контролируемой АГ 1-2 стадии, имеющие МФАП сосудистого русла (1 группа) и 78 пациентов с контролируемой АГ 3 стадии, перенесших ишемический инсульт и имеющих МФАП сосудистого русла (2 группа). Для оценки когнитивных функций использовалась монреальская шкала МоСА-тест, которая позволяет выявить додементные сосудистые КН средней и легкой выраженности. Статистический анализ полученных результатов был проведен с помощью программы IBM SPSS Statistics 27 версии.

Результаты. В нашей работе наиболее частыми субъективными жалобами у пациентов обеих групп, выявленными при активном расспросе, были жалобы на диффузные головные боли, которые возникали при длительной или интенсивной умственной работе, снижение умственной работоспособности, нарушение памяти, головокружение, шаткость при ходьбе. В результате сравнения полученных средних МоСА-теста в группе 2 отмечены более низкие результаты по всем используемым показателям. Перенесенный ишемический инсульт (группа 2) достоверно снижал общий балл МоСА теста – $22,68 \pm 0,84$ по сравнению с группой 1 – $25,6 \pm 0,92$ ($p < 0,001$). Также достоверно ($p < 0,05$) были снижены зрительно-конструктивные навыки, за счет субтеста альтернирующего пути и отсроченное воспроизведение.

Заключение. *Наше исследование показало, что все пациенты с АГ и МФАП имели легкие КН. Полученные данные согласуются с рядом исследований, в которых показано увеличение риска развития КН у пациентов с АГ при вовлечении в процесс нескольких артериальных бассейнов. Перенесенный ишемический инсульт вносит значимый вклад в прогрессирование КН.*

ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

ВЕРБИЦКАЯ Е.А., ГОРДЕЕВА Н.В., ДЕМКО И.В.

ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Российская Федерация

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пневмония занимала 4 место в структуре причин смерти в мире в 2000–2019 годах. В марте 2020 года ВОЗ объявила о пандемии Новой коронавирусной инфекции COVID-19, мировые затраты на лечение внебольничной пневмонии многократно возросли.

Цель. Выявить особенности тяжелого течения и летальных исходов вирусно-бактериальной пневмонии.

Материал и методы. В исследование включено 50 человек, умерших от COVID-19 с 2020 по 2022 год в Краевой клинической больнице (ККБ). Проанализированы анамнестические, рентгенологические, клинико-лабораторные показатели, причины смерти.

Результаты. Исследовано 50 пациентов в возрасте от 29 до 74 лет, медиана 66 [56;70] лет, 36% женщин, 64% мужчин. Пациенты поступали в ККБ на 5 [3;8] сутки с момента заболевания. 20% были госпитализированы в отделение реанимации (ОАР). 94% пациентов потребовался перевод в ОАР: 35% - в течение 1 суток с момента поступления, 53% - в течение 3 суток. 86% пациентов имели хронические заболевания: заболевания сердца - 86%, сахарный диабет - 27%, заболевания легких - 12%. Лечение на амбулаторном этапе получали 50% пациентов. При поступлении частыми жалобами являлись лихорадка, одышка, кашель. Объем поражения легких по данным мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости у 82% пациентов был менее 50% (КТ 1-2), у 18% - более 50% (КТ 3-4). У женщин при поступлении объем поражения легких был больше, чем у мужчин. Лабораторно лейкоциты у пациентов были в пределах референсных значений, отмечались лимфопения, повышенный уровень С-реактивного белка. В динамике отмечался рост лейкоцитов, трансаминаз крови, азотемических показателей, прогрессирование изменений в легких. 85% пациентов умерли в ОАР, 15% - в отделении общего профиля. Основная причина смерти - септический шок.

Заключение. Большинство пациентов обращались за медицинской помощью в ранние сроки, но поступали в стационар в тяжелом состоянии. Среди хронических заболеваний лидировали заболевания сердца. При поступлении тяжесть состояния была обусловлена объемом поражения легких и дыхательной недостаточностью, в дальнейшем развивались явления сепсиса, прогрессировала полиорганная недостаточность, а основная причина смерти - септический шок.

ЭНДОКРИННАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

ВОЛКОВА Н.И., ДАВИДЕНКО И.Ю., МАРЯНЯН А.Г., КУДИНОВА Е.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра внутренних болезней №3 г. Ростов-на-Дону, Россия

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – самостоятельное прогрессирующее аутоиммунное заболевание органа зрения, ассоциированное с аутоиммунной патологией ЩЖ.

При аутоиммунном реагировании антител с клетками щитовидной железы, происходит их связывание с рТТГ в орбитальной ткани. Выделяют две фазы ЭОП – активную и неактивную. Основным методом лечения ЭОП является пульс-терапия метилпреднизолоном, в активную фазу. При несвоевременной терапии может развиваться выраженный стойкий экзофтальм, приводящий к неполному смыканию век, что приводит к развитию повреждения роговицы.

Описание клинического случая. Пациент Б. 58 лет, обратился в эндокринологическое отделение с жалобами на выпячивание глазных яблок, светобоязнь, слезотечение, покраснение конъюнктив обоих глаз. Жалобы появились в июле 2023 г. Со временем отмечалось ухудшение состояния, появился периорбитальный отек, выпячивание глазных яблок, покраснение и изъязвление роговиц. В августе пациент госпитализирован в офтальмологическое отделение, где выставлен диагноз Герпетический кератит, проведено оперативное лечение, без эффекта. В связи с сохранением симптомов в октябре пациент обратился к офтальмологу ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», где выставлен диагноз: Эндокринная офтальмопатия, тяжелой степени, активная стадия (по шкале CAS – 6 баллов), рекомендована пульс-терапия метилпреднизолоном по месту жительства. В дальнейшем пациент обращался в лечебные учреждения Ростовской области, однако, ввиду опасности терапии, никто не решался на ее проведение. В декабре пациент госпитализирован в ГБУ Ростовской области «Городская клиническая больница №20» отделение эндокринологии для проведения пульс-терапии.

Объективный осмотр: двусторонний экзофтальм, отечность периорбитальной области, покраснение и отек век, инъекции конъюнктив обоих глаз, покраснение и отек полулунной складки, безболезненно (активность по шкале CAS – 6 баллов).

Таким образом на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра и лабораторных методов обследования выставлен диагноз: основной - диффузно-токсический зоб, 0 ст., медикаментозный зутиреоз. Осложнение - эндокринная офтальмопатия, тяжелой степени, активная стадия (по шкале CAS – 6 баллов).

В отделении проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном в дозировке 750 мг два раза в неделю две недели, затем 500 мг один раз в неделю пять недель, затем 250 мг один раз в неделю четыре недели, дальше три недели по 500 мг один раз в неделю и 250 мг один раз в неделю четыре недели, таким образом суммарная доза метилпреднизолона составила 8000 мг. На фоне лечения отмечается значительное улучшение состояния пациента. Клиническая активность ЭОП по шкале CAS после пульс-терапии 3 балла.

Заключение. Данный случай показывает, что клинические проявления ЭОП необходимо знать врачам различных специальностей. Важно помнить об особенностях диагностики данной патологии и при подозрении оценить функцию щитовидной железы. При своевременной диагностике и лечении можно значительно улучшить качество жизни пациента и избежать неблагоприятных исходов ЭОП.

РЕГУЛЯЦИЯ ПРОДУКЦИИ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЭКСТРАКТОМ *ANGELICA AMURENSIS*

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

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

Регуляция продукции нейротрофических факторов является актуальной для многих медицинских дисциплин. Один из путей для решения данной проблемы – использование препаратов природного происхождения, применяемых в традиционной медицине. В китайской медицине издревле известен дудник китайский (*Angelica sinensis*), используемый для лечения многих неврологических расстройств. В отношении других растений рода *Angelica* семейства *Apiaceae* (зонтичные) исследования немногочисленны или отсутствуют.

Цель. Сравнительное исследование влияния экстракта *Angelica amurensis* и *Angelica sinensis* на уровень мРНК BDNF (brain-derived neurotrophic factor) и NGF (nerve growth factor).

Материалы и методы. С помощью реакции количественной ПЦР в реальном времени (real time quantitative PCR) проводили исследование влияния водно-спиртовых экстрактов дудника китайского и дудника амурского на уровень экспрессии BDNF мРНК и NGF мРНК в культуре нейроглии.

Результаты. Добавление как экстракта дудника амурского, так и экстракта дудника китайского в культуру клеток нейроглии значительно увеличивало уровень мРНК BDNF и NGF. При этом экстракт дудника амурского проявлял большую активность в ранние сроки (1 час инкубации). При более продолжительной инкубации (4 часа) действие обоих препаратов уравнивалось.

Заключение. Установлена высокая активность экстрактов дудника амурского и дудника китайского в отношении экспрессии основных нейротрофических факторов – BDNF и NGF, что подтверждает перспективность изучения и использования продуктов этих растений в фармацевтике и клинической медицине.

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ И АКСИАЛЬНОМ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

ВОРОБЬЕВА Л.Д., КОРОТАЕВА Т.В., ДУБИНИНА Т.В., ЭРДЕС Ш., ЛОГИНОВА Е.Ю.,
КОРСАКОВА Ю.Л., ГУБАРЬ Е.Е., САБЛИНА А.О., АГАФОНОВА Е.М., ТРЕМАСКИНА П.О.,
САХАРОВА К.В., ДЕМИНА А.Б., АНДРИАНОВА И.А.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Спондилоартриты (СПА) – это группа заболеваний, при которых ограничены не только физические возможности пациента, но и снижается его качество жизни (КЖ). Как при аксиальном псориатическом артрите (аксПсА), так и при аксиальном спондилоартрите (аксСПА) отмечается нарушение физического (ФЗ) и эмоционального здоровья (ЭЗ) пациентов.

Цель исследования. Анализ оценки состояния здоровья по мнению пациентов с аксПсА и аксСПА.

Материалы и методы. В исследование включено 73 пациента с аксПсА (критерии CASPAR (2006)) и 45 пациентов с аксСПА (критерии ASAS 2009). Средний возраст на момент включения в исследование в группе аксПсА - $45,1 \pm 11,4$ лет, аксСПА - $34,9 \pm 10,9$ лет.

Длительность воспалительной боли в спине (мес) - $69,6 \pm 64,4$ и $76,7 \pm 62,4$, соответственно.

Длительность утренней скованности в позвоночнике (мин) - $59 \pm 38,5$ (аксПсА) и $254 \pm 121,3$

(аксСПА). Активность заболевания по ASDAS-СРБ - $2,45 \pm 0,78$ (аксПсА) и $1,73 \pm 0,87$

(аксСПА). Всем пациентам проводилась оценка состояния здоровья по мнению пациента:

числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) боли, BASDAI, BASFI, HAQ, FACIT-F, HADS, SF-36.

Результаты. Сравнительный анализ показал, что в группе аксПсА пациенты выше оценивали ЧРШ боли - $5,39 \pm 2,04$ ($p=0,0008$), активность по BASDAI - $5,3 \pm 1,99$ ($p=0,003$), хуже функциональный статус по BASFI - $3,76 \pm 2,76$ ($p=0,006$) и HAQ - $0,92 \pm 0,74$ ($p=0,003$).

Оценка усталости, тревоги и депрессии и КЖ была в обеих группах сопоставима. При анализе двух суммарных шкал SF-36 – ФЗ и ЭЗ выявлено, что в группе аксПсА имеется связь ФЗ с возрастом ($r=-0,3$) и усталостью ($r=0,43$), а ЭЗ с усталостью ($r=0,41$), тревогой ($r=-0,61$) и депрессией ($r=-0,62$). В группе аксСПА отмечается взаимосвязь ФЗ с длительностью утренней скованности ($r=0,31$), усталостью ($r=0,7$), ЭЗ с возрастом ($r=0,32$) и активностью заболевания ($r=0,42$).

Заключение. Таким образом, при аксПсА хуже показатели боли, активность заболевания по BASDAI и функциональные нарушения по опросникам BASFI и HAQ. Кроме того, отмечается связь ФЗ с возрастом и усталостью, а ЭЗ связано усталостью, тревогой и депрессией. При аксСПА наблюдается связь ФЗ с длительностью утренней скованности, усталостью, а ЭЗ с возрастом и активностью заболевания.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

ВРУБЛЕВСКИЙ А.Н., КАРПЕНКО Д.Г., ЛАРИНА В.Н.

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

Актуальность. Последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению «глубины старения», особенно у лиц в возрасте 80 лет и старше. Люди этой возрастной категории и, особенно, долгожители, находятся в фокусе внимания из-за малоизученности особенностей «здорового» старения. Оценка встречаемости хронической болезни почек (ХБП) и ее связь с негативными факторами является актуальной проблемой.

Цель. Оценить встречаемость ХБП у долгожителей и ее связь с гериатрическими синдромами.

Материал и методы. В исследование включено 52 пациента (40Ж) в возрасте от 90 до 99 ($92,8 \pm 2,3$) лет. Проводился физикальный осмотр, биохимический анализ крови. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле СКД-ЕРІ. Старческая астения (СА) устанавливалась на основании краткой батареи тестов физического функционирования, полипрагмазия - при приеме 5 и более лекарственных препаратов.

Результаты. ХБП выявлена у 46,4% долгожителей: стадия 3а - у 33%, 3б — у 9,6%, 4 - у 1,9%, 5 - у 1,9%. Гипертоническая болезнь имела у 100% долгожителей с ХБП со стадией 3б, 4 и 5, у 88,2% долгожителей – со стадией 3а, у 85,7% долгожителей - без ХБП.

Дислипидемия выявлена у 100% долгожителей с ХБП со стадией 3б, 4 и 5, у 88,2% долгожителей – со стадией 3а, у 96,4% долгожителей - без ХБП. СА подтверждена у 100% долгожителей с ХБП стадиями 4 и 5, у 80% - с ХБП 3б, у 88% - с ХБП 3а, у 78% - без ХБП.

Сахарный диабет был в анамнезе у 10,7% пациентов без ХБП и у 11,7% - с ХБП 3а.

Полипрагмазия зафиксирована у 72,4% долгожителей с ХБП 1 и 2 стадиями, у 17,3% - с ХБП 3а, у 10,3% - с ХБП 3б, 4,5 стадиями. Установлена связь ХБП и полипрагмазии ($p=0,012$, $r=0,347$).

Заключение. ХБП выявлена у каждого второго долгожителя. Гипертоническая болезнь и дислипидемия имелись у всех долгожителей с ХБП 3б-5, СА - с ХБП 4-5 стадиями. Для всех долгожителей с ХБП характерна полипрагмазия, что следует учитывать при выборе тактики ведения и возможного депрескрайбинга.

БИОМОЛЕКУЛЫ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ БЛЯШКАМИ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ НА ФОНЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

ГАРБУЗОВА Е.В., ЛЕДОВСКИХ С.Р., ШРАМКО В.С., КАШТАНОВА Е.В., ПОЛОНСКАЯ Я.В., СТАХНЕВА Е.М., КУРГУЗОВ А.В., ЧЕРНЯВСКИЙ А.М., РАГИНО Ю.И.

НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация

ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация

Актуальность. Глобальное распространение ожирения в мире как хронического неинфекционного заболевания приводит к усугублению течения сахарного диабета, гипертонической болезни, атеросклероза и развитию вторичной инсулинорезистентности. Хроническое воспаление, поддерживаемое адипоцитокинами, которые секретируются жировой тканью, способствует не только образованию атеросклеротической бляшки, но и осложнению течения атеросклероза.

Цель. Изучение ассоциации уровней адипоцитокинов с инсулинорезистентностью (ИР) и наличием стабильных/нестабильных атеросклеротических бляшек у пациентов с коронарным атеросклерозом.

Материал и методы. Дизайн: одномоментное обсервационное исследование. В исследование были включены 109 мужчин в возрасте 38-79 лет со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, без острого коронарного синдрома, с верифицированным атеросклерозом коронарных артерий. Биохимические исследования проводили в Лаборатории клинических биохимических и гормональных исследований терапевтических заболеваний НИИТПМ - филиал ИЦиГ СО РАН энзиматическим методом на анализаторе Konelab 30i.

Результаты. У пациентов с коронарным атеросклерозом и с ИР были выше уровни GIP в 1,4 раза ($p=0,005$), GLP-1 в 1,7 раза ($p=0,032$), ИЛ-6 в 3,2 раза ($p=0,017$), лептина в 2,3 раза ($p=0,001$) и PP в 1,9 раза ($p=0,006$). У пациентов со стабильными бляшками и ИР лептин был выше в 2 раза, а PP выше в 1,7 раза, по сравнению с пациентами без ИР. Также было установлено, что уровень лептина у пациентов с нестабильными бляшками и ИР выше в 5,1 раза, уровень PP выше в 1,7 раза, по сравнению с группой пациентов без ИР. У пациентов с ИР и стабильными бляшками PYY был выше в 1,5 раза, нежели у пациентов с ИР и нестабильными бляшками, а уровень адипонектина выше в 1,9 раз. Логистический регрессионный анализ продемонстрировал, что PP ассоциирован с ИР у пациентов нестабильными бляшками.

Заключение. У пациентов с коронарным атеросклерозом и ИР были выше уровни GIP, GLP-1, ИЛ-6, лептина и PP. Уровень лептина и PP выше у пациентов и со стабильными, и с нестабильными бляшками и ИР, а уровень PYY и адипонектина выше у пациентов со стабильными бляшками и ИР, по сравнению с пациентами без ИР. PP ассоциирован с ИР у пациентов нестабильными бляшками.

Данное исследование финансировалось из средств Гранта РНФ 24-25-00079.

ЗАГАДОЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЗ

ГАЙНАНОВА Д.Х., ДОБРЫНИН Д.А., ЗАХАРОВА К.А., БУСЫГИНА М.С., МИХАЙЛОВА О.Д.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ

Описание клинического случая. Больная В., 67 лет, поступила в терапевтическое отделение 28.10.23 с жалобами на однократную лихорадку до 38,0°C, одышку в покое, боль в мышцах всего тела. Считает себя больной с 23.10, когда появились дорсалгия и озноб, принимала НПВС. 28.10. перестала вставать, госпитализирована. Из анамнеза: хронический лимфоцитарный лейкоз (с 2022г. наблюдается у гематолога, химиотерапия не назначена), ХВГВ. С 01.10 лечилась у хирурга по поводу вросшего ногтя I пальца левой стопы (ПЛС). При поступлении: состояние средней степени тяжести, вынужденное положение лежа на спине, с выраженной болезненностью во всем теле при движениях. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричные. Дыхание ослабленное везикулярное с двух сторон, рассеянные влажные хрипы. SpO₂ 88%, ЧДД 22 в минуту. ЧСС 105 в минуту. АД= 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации безболезненный, печень на 2 см ниже края реберной дуги. Отеки стоп, I ПЛС сухой, не гиперемирован. Анализ крови: Л 65,4 x10⁹, ЛИМ 67%, проЛИМ -10%, Н- 23, Нв 86 г/л, Т-516*10⁹, СОЭ -48 мм/ч, СРБ -280 ед/л, прокальцитонин – 10 нг/мл, ОБ- 112 мкмоль/л, АЛТ -49 ед/л, АСТ- 59 ед/л, АЛББ-23,3 ед/л. Посев крови и отделяемого из I ПЛС – рост *Staphylococcus aureus* 10³. Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки (ОГК) (28.10.23)- двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, нельзя исключить септическую эмболию. По рентгенографии I ПЛС исключен остеомиелит. Пациентка получала антибактериальную терапию (меронем, амикацин, моксифлоксацин), эноксипарин, препараты железа. Через месяц у пациентки уменьшилась одышка, прошла дорсалгия, расширился режим, но появилась боль в ногах и отрицательная динамика лабораторно (Л- 69,1 x10⁹, СРБ >280 ед/л, и прокальцитонин более 10 нг/мл). КТ ОГК (29.11) пневмония в стадии разрешения. По КТ позвоночника - остеомиелит L1-L2. Пациентка направлена в нейрохирургическое отделение.

Заключение. В приведенном случае продемонстрирована генерализованная инфекция организма на фоне ХЛЛ, первичным очагом которой явился инфицированный вросший ноготь I ПЛС. При ХЛЛ продуцируются патологические незрелые лейкоциты, нарушается продукция лимфоцитов и гранулоцитов, что затрудняет борьбу с инфекцией.

ВЗГЛЯД НА ФЕНОТИПЫ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА С ФОКУСОМ НА НОВЫЕ КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ

ГАФФАРОВА А.С.

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка К. 44 лет направлена к ревматологу на консультацию. С 2014 г. диагностирована варикозная болезнь вен нижних конечностей. В феврале 2018 г. перенесла инфаркт миокарда передней локализации, произведено стентирование инфаркт- связанной ПМЖВ, назначена антиагрегантная терапия тикагрелором 90 мг 2 р/сут и кардиомагнилом 75 мг 1 р/сут. В связи с ухудшением самочувствия от августа 2018 г. госпитализирована в отделение кардиологии ГКБ №52. В связи с ранним дебютом ИМ, пациентка была обследована на предмет наличия тромбофилий. При анализе крови на аФЛ выявлена позитивность к антителам к кардиолипинам (аКЛ) IgM/IgA/IgG 67,1 Ед/мл (<12), антителам к бета2-ГП I суммарно IgM/IgA/IgG 56,8 Ед/мл (<20). На эхокардиографии в области верхушки ЛЖ выявлен крупный 2,5x1,4 см флоттирующий тромб сниженной эхогенности на узком основании; уплотнение створок аортального и митрального клапанов. Ревматологом установлен первичный антифосфолипидный синдром (АФС), рекомендован прием гидроксихлорохина (ГХН) 200 мг, антикоагулянтная терапия варфарином 2,5 мг 1+ ½ табл./сут с контролем МНО на уровне 2-3, розувастатин 10 мг, клопидогрел 75 мг, АСК 100 мг. От 12.2019 г. госпитализирована в ГКБ №15 им. О.М. Филатова в связи с тромбозом левой ПкА. Выявлены УЗ-признаки окклюзии левой ПкА и артерий левой голени на фоне самостоятельной отмены варфарина. В БСМП доставлена в ГКБ им. Вересаева с повторным тромбозом артерий обеих нижних конечностей ЗББА и МБА. Принято решение возобновить прием варфарина 2,5 мг и клопидогрела 75 мг.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Согласно новым критериям пациентке присваивается 4 балла за артериальные тромбозы и 7 баллов за высокую позитивность к антителам к аКЛ и бета2 ГП1, суммарно – 11 баллов. У пациентки домен 2 АФС с манифестацией тромбозом коронарных артерий и развитие ИМ в молодом возрасте. Отсутствие контроля со стороны ревматолога с настоятельной рекомендацией о необходимости постоянной антикоагулянтной терапии варфарином и иммуносупрессивной терапии ГХН повлекло к рецидивам артериальных тромбозов нижних конечностей и хронической артериальной недостаточности в молодом возрасте.

Заключение. *Клинический случай демонстрирует важность обследования пациента на тромбофилии, в частности АФС, при развитии артериального тромбоза в молодом возрасте с целью своевременной диагностики и назначения адекватного лечения. Новые классификационные критерии определяют более дифференцированный подход к диагностике АФС с учетом системных проявлений патологии.*

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ - ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ, НУТРИТИВНО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ГЕНА MnSOD

ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ШПАГИН И.С., ГЕРАСИМЕНКО Д.С., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д.

Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

Цель. Изучить частоту встречаемости клинических, нутритивно-антропометрических показателей и полиморфного локуса Ala16Val (rs4880) гена марганец-зависимой супероксиддисмутазы (MnSOD) при вибрационной болезни (ВБ) сочетанной с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследован 431 человек, из них 104 пациента с диагнозом ВБ I ст., 101 пациент с ВБ в сочетании с АГ, 107 пациентов с АГ I-II ст., не имеющих контакта с вибрацией, и 119 человек, работающих на том же предприятии вне контакта с вибрацией. Проведен комплекс клинических, антропометрических, лабораторных, функциональных и генетических исследований.

Результаты. При ВБ коморбидной с АГ достоверно увеличивается частота жалоб, как общего характера, так и специфического, по сравнению с группами сравнения и контроля. Повышается индекс массы тела (ИМТ), соотношение объем талии/объем бедер (ОТ/ОБ), нарастает жировая масса, содержание внеклеточной жидкости при снижении показателей активно-клеточной массы, скелетно-мышечной массы и фазового угла. Установлена несбалансированность питания по макро- и микронутриентам, повышенное содержание жирового компонента в составе питания при дефиците в рационе омега-3 ПНЖК. В группе ВБ и АГ аллели С/С, чаще встречающиеся у здоровых людей, регистрируются лишь у 16 % обследованных, при этом полиморфный вариант Т/Т - в 29% случаев, что превышало полученные результаты в группах контроля и изолированной АГ в 1,9 и 1,5 раза соответственно.

Заключение. При ВБ коморбидной с АГ ухудшается состояние пациента, по сравнению с пациентами с наличием изолированных заболеваний. Увеличиваются величины антропометрических показателей, связанных с жировой массой и содержанием внеклеточной жидкости, при снижении показателей активно-клеточной массы, скелетно-мышечной массы и фазового угла в сравнении с группой контроля. Установлена несбалансированность питания. Анализ полученных данных показал, что неблагоприятный вариант по степени риска оксидативных процессов выявлен в группе больных ВБ сочетанной с АГ: аллели С/С, чаще встречающиеся у здоровых людей, были обнаружены лишь у 16% обследованных, при этом полиморфный вариант Т/Т установлен в 29% случаев, что достоверно выше величины соответствующего показателя в группах контроля и АГ в 1,9 и 1,5 раза соответственно.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ДЕБЮТА ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНОГО ГИСТИОЦИТОЗА

ГРОХОЛЬСКАЯ В.Д.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Описание случая. Пациент А., 28 лет, обратился в больницу Центросоюза РФ в 2020 г., с жалобами на рецидивирующие спонтанные пневмотораксы. Хронических заболеваний нет, наследственность и аллергоанамнез не отягощены, вредные привычки: курение 10 лет (индекс курения 4 пачка/лет), трудовой анамнез: без особенностей. В декабре 2018 г. впервые ощутил боль в грудной клетке слева, одышку, госпитализирован: «Спонтанный пневмоторакс слева от 22.12.2018 г. Дренирование левой плевральной полости от 22.12.2018 г.» - I эпизод. Повторные госпитализации в январе (II эпизод слева), марте (III эпизод слева) и апреле (I эпизод справа) 2019 г., в июле 2020 г. (IV эпизод слева). В 2020 г. был направлен на консультацию пульмонолога. В 01.2019 г. проведена биопсия левого легкого: пролиферативный макрофагальный плеврит (S5), пролиферативный гигантоклеточный плеврит (S1). Анализ на α 1-антитрипсин 1.67 г/л (норма). Лабораторные показатели в течение всего периода заболевания без клинически значимых отклонений. Спирометрия: отрицательная динамика: 2018 г. – объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁)=54%, жизненная емкость легких (ЖЕЛ)=58%; 03.2019 г. – ОФВ₁=71%, ЖЕЛ=43%, 12.2019 г. – ОФВ₁=44%, ЖЕЛ=31%. Компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) от июня и декабря 2019 г.: выраженная буллезная эмфизема легких. КТ ОГК от 07.2020 г.: множественные буллы обоих легких; апикальный пневмоторакс слева, пневмоторакс справа. В 2020 г. повторная биопсия ткани легкого: лангергансоклеточный гистиоцитоз; плеврит. Рекомендована трансплантация легких.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента: в настоящий момент не существует клинических рекомендаций по лангергансоклеточному гистиоцитозу взрослых, поэтому диагностика и лечение данных заболеваний изначально затруднена.

Заключение. *Существуют неблагоприятные прогностические факторы: данные спирометрии, рентгенологические изменения, возраст больного > 26 лет. Данный пациент имеет все вышеперечисленные факторы, поэтому прогноз – относительно благоприятный (при проведении трансплантации легких).*

Важность данного клинического случая для практики состоит в том, что дебют лангергансоклеточного гистиоцитоза, как правило, встречается в детском возрасте, однако на сегодняшний день известно, что на 1 миллион населения приходится от одного до двух взрослых случаев этого заболевания. Более 90% случаев лангергансоклеточного гистиоцитоза у взрослых происходит у курящих молодых людей. Ввиду низкой настороженности терапевтов, врачей общей практики и пульмонологов относительно данного заболевания, вышеизложенный клинический случай представляет определенную клиническую ценность.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СИНОВИИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ДАНИЛОВА А.Н., ОМЕЛЬЧЕНКО В.О.

*Новосибирский национальный исследовательский государственный университет.
Институт клинической и экспериментальной лимфологии – филиал ИЦИГ СО РАН, г.
Новосибирск*

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) представляет собой распространенное аутоиммунное заболевание, приводящее к необратимым деформациям суставов. Несмотря на проводимое лечение, у некоторых пациентов сохраняется активность заболевания, что подчеркивает необходимость поиска маркеров, предсказывающих отсутствие ответа на терапию. Выделяют морфологические субтипы синовиальной оболочки, связанные с эффективностью терапии, а также изучаются изменения субпопуляционного состава лимфоцитов в периферической крови при РА. Однако имеющаяся информация достаточно противоречива.

Цель. Изучение ассоциаций между показателями иммунного статуса и морфологическими изменениями синовиального сустава у больных РА с различной активностью заболевания.

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

Результаты. Были выявлены различия в показателях иммунного статуса в разных группах больных, включая высокие уровни HLA-DR активированных Т-лимфоцитов, повышенный уровень Т-хелперов, а также низкие уровни цитотоксических Т-лимфоцитов и В1-клеток. В данном случае ключевую роль в изменении показателей В1-клеток у исследуемой группы играет применение ритуксимаба у части больных РА. У больных РА с умеренной и высокой активностью заболевания выявлено большее содержание лимфоцитов по сравнению с низкой активностью заболевания и остеоартритом. У больных РА с низкой активностью выявлено большее содержание макрофагов и фибробластов.

Заключение. *Параметры иммунного статуса при ревматоидном артрите демонстрируют изменения, характерные для аутоиммунного заболевания в виде высокого уровня HLA DR-активированных Т-лимфоцитов. В то же время, не выявлены статистически значимые отличия параметров иммунного статуса в зависимости от активности РА. У больных ревматоидным артритом, в том числе с низкой активностью, по сравнению с остеоартритом было больше содержание клеток, участвующих в воспалительной реакции, что отражает недостаточное купирование процесса, несмотря на проводимую терапию.*

ОЖИРЕНИЕ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ: ОТ ТРИГГЕРА К ПРОГНОСТИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ВЫЖИВАЕМОСТИ ТЕРАПИИ

ДЕНИСЕНКО А.С. ГАСАНОВ М.З., АБДИЕВА К.И., ИВАНОВА А.В.

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»,
Институт медицинского образования, кафедра общей патологии

Описание клинического случая. Пациент С., 28 лет, болен псориазом с 14 лет, с 18 лет усугубилось поражение кожи (PASI 90), присоединились боли в суставах. В 2013 году дерматовенерологами инициирована генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ): ингибитор фактора некроза опухолей альфа инфликсимаб (200 мг, внутривенно капельно). На фоне терапии отмечался положительный эффект, однако удлинить сроки между введениями не удавалось. В 2015 году развилась вторичная неэффективность инфликсимаба, пациент переведен на второй генно-инженерный биологический препарат (ГИБП): ингибитор интерлейкина-12/23 устекинумаб (45 мг, подкожная инъекция) – с положительным эффектом. Терапия была продолжена в ревматологическом отделении, где после дополнительных исследований установлен диагноз псориатического спондилита. Несколько попыток назначения метотрексата окончились повышением уровня печеночных трансаминаз. В июне 2020 года в связи с неэффективностью устекинумаба проведено переключение на 3-й ГИБП: ингибитор интерлейкина 17А нетакимаб (120 мг подкожная инъекция) с положительным эффектом, однако уже в октябре выявлена вторичная неэффективность и проведено переключение на препарат той же группы – секукинумаб (150 мг, затем – 300 мг, подкожная инъекция). В июне 2021 года на фоне высокой активности заболевания инициирован 5-й препарат – иксекизумаб (80 мг, подкожная инъекция). Лечение с положительным эффектом, который вновь ускользает. В апреле 2022 года проведено переключение на 6-й ГИБП: ингибитор интерлейкина-23 гуселькумаб (100 мг, подкожная инъекция). На данный момент достигнута низкая активность заболевания. Пациент длительное время страдает ожирением, с периодическими колебаниями массы тела (колебания индекса массы тела от 27,64 кг/м² до 32,9 кг/м² за последние 3 месяца), и хроническим стеатогепатитом. В январе 2022 года диагностирована нарушенная гликемия натощак. Уровень липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови 3,58 ммоль/л, триглицеридов – 2,12 ммоль/л, что отвечает критериям метаболического синдрома. Предположительно, ожирение, признанное триггером для развития псориатического артрита, может впоследствии ухудшить выживаемость терапии и стать неблагоприятным прогностическим фактором, а наличие хронического стеатогепатита не позволяет использовать возможности базисной терапии.

Заключение. Это наблюдение подчеркивает важность взаимодействия ревматолога, эндокринолога и терапевта в лечении пациентов с псориатическим артритом, страдающих метаболическим синдромом, с позиции достижения лучшей выживаемости терапии.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА

ДЗИДЗАРЯ В.О.

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

Актуальность. Различные заболевания характеризуются изменением и нарушением липидного обмена, что может быть выражено повышением проатерогенных фракций липидов, включая триглицериды, холестерин липопротеин низкой плотности и очень низкой плотности (ЛПНП, ЛПОНП). Известно, что липиды участвуют в различных биологических функциях, среди которых можно выделить энергетическую (триглицериды являются источниками энергии) и структурную (участие в виде фосфолипидов в строении клеточных мембран).

Ряд авторов отмечает нарушения липидного обмена, в частности снижение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) при острых лейкозах, что связано с повышенным потреблением холестерина пролиферирующими опухолевыми клетками. Однако необходимо отметить немногочисленность источников, указывающих на связь нарушений липидного обмена с течением опухолевого процесса. Для опухолевых клеток характерен ускоренный метаболизм, более высокая скорость деления, чему способствует синтез липидов цитоплазматической мембраной. Кроме этого, рассматривается влияние патогенетической терапии, а именно цитостатических препаратов и глюкокортикостероидов, на липидный обмен. Вопросы развития нарушений липидного обмена у пациентов с гемобластозами, в особенности острыми лейкозами, на фоне цитостатической терапии представляют интерес в рамках изучения проблем атерогенеза при неопластическом процессе.

Цель. Оценить изменения липидного профиля при различных вариантах острого лейкоза.

Материалы и методы. В исследование были включены 34 пациента с установленным диагнозом острого лейкоза, разделенные на две группы: в первую группу были включены 12 пациентов (35%) с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) (5 мужчин – 42,0 %, 7 женщин – 58,0 %). Вторую группу составили 22 пациента (65%) с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ) (9 мужчин – 41,0 %, 13 женщин - 59,0 %). Медиана возраста в исследуемых группах – 44 и 42 года соответственно. Диагноз острого лейкоза установлен на основании клинико-лабораторных данных: степени выраженности цитопении и инфильтрации костного мозга опухолевыми клетками. Верификация варианта острого лейкоза проводилась с помощью иммунофенотипирования костного мозга.

Все пациентам исследуемых групп исследование липидного спектра выполняли с использованием биохимического анализатора ILab Taurus (Instrumentation Laboratory S.P.A.), Италия). Исследование изучаемых показателей проводилось после окончания цитостатической терапии, которая проводилась по стандартным программам согласно клиническим рекомендациям.

Для оценки статистической зависимости между признаками определяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rS). Статистический анализ выполняли с использованием программ «Microsoft Excel».

Результаты. Группа пациентов с ОМЛ чаще имела более высокий уровень общего холестерина по сравнению с таковым у пациентов с ОЛЛ. Отмечены также достоверные различия по уровню ЛПВП и ЛПНП между исследуемыми группами. Между значениями ЛПОНП и коэффициентов атерогенности различий не выявлено. Таким образом, при сопоставлении результатов липидного спектра между исследуемыми группами установлены достоверные различия по уровню общего холестерина, что может быть связано с повышением риска развития атерогенных изменений.

При рассмотрении распространенности изменений липидного спектра у пациентов с ОМЛ и ОЛЛ, выявлена схожая частота изменений уровня показателей липидного и у пациентов с

ОЛЛ и ОМЛ. При развитии неопластического процесса у пациентов с ОМЛ и ОЛЛ происходят изменения липидного обмена, характеризующиеся повышением уровня содержания общего холестерина за счет всех фракций липопротеинов (ЛПВП). При этом коэффициент атерогенности, ЛПНП и триглицериды чаще повышены у пациентов с ОМЛ по сравнению с группой ОЛЛ.

Заключение. *На фоне патогенетической терапии отмечается изменения липидного спектра, с тенденцией к повышению общего холестерина, ЛПВП и ЛПНП. Подобные изменения могут выступать в качестве биохимических прогностических маркеров у онкогематологических больных, в том числе при оценке результатов лечения.*

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ДОРОХИНА К.Р., ХРОМЦОВА О.М.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается распространенным острым сердечно-сосудистым заболеванием, наряду с инфарктом миокарда и инсультом. Распространенность ТЭЛА растет во всем мире, при этом сохраняется высокая госпитальная летальность. Наблюдение за пациентами после перенесенной ТЭЛА и течением заболевания в дальнейшем проводится ограниченно в реальной клинической практике.

Цель. Оценка выживаемости пациентов в течение 12 месяцев после перенесенной ТЭЛА.

Материал и методы. Были исследованы истории болезни пациентов, госпитализированных в ГБУЗ СО «Центральная городская больница №7» в кардиологическое и пульмонологическое отделения г. Екатеринбурга, с верифицированной ТЭЛА в течение 2020–2022 гг. По истечении 12 месяцев с момента выписки пациентов из стационара были осуществлены телефонные звонки пациентам для контроля самочувствия. Если пациенты были недоступны по телефону и не обращались за медицинской помощью в течение года в лечебно-профилактические учреждения г. Екатеринбурга и Свердловской области, информация о летальном исходе проверялась в ГИС «Танатос» (программный комплекс по контролю оформления медицинских свидетельств о смерти в Свердловской области).

Результаты. За 2020–2022 гг. в стационар поступило 166 пациентов с предварительным диагнозом ТЭЛА. Диагноз подтверждался путем выполнения КТ-ангиопульмонографии. ТЭЛА верифицирована у 142 пациентов (86%). Основными факторами риска развития ТЭЛА явились пожилой возраст, злокачественные новообразования, ожирение. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями выступили артериальная гипертензия (95%), хроническая сердечная недостаточность (42%), ожирение (28%), ХОБЛ (5%). В первые сутки от начала госпитализации скончалось 5 пациентов (3,5%). Летальность за время госпитализации составила 7%. При патологоанатомическом исследовании ТЭЛА была подтверждена в 100% случаев. В течение 12 месяцев наблюдения скончалось 20 пациентов (14%). Основные причины смерти – рецидив ТЭЛА (15%), злокачественные новообразования (25%), ОНМК, инфаркт миокарда, ХСН (суммарно 40%). Информация о состоянии здоровья по телефону получена от 88 пациентов (62%). Не получена информация о 24 пациентах (17%).

Заключение. *Госпитальная летальность от ТЭЛА составляет 7%, что не превышает российские данные (примерно 9%). Летальный рецидив ТЭЛА встречается в 15% всех летальных случаев в течение года. Основными причинами смерти пациентов в течение года являются злокачественные новообразования, сердечно-сосудистая патология.*

ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ДУБОДЕЛОВА Т.Н., СОЦКАЯ Я.А., ШАПОВАЛОВА И.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Луганск, Луганская Народная Республика

Цель. Определить клинические и психосоциальные факторы, влияющие на приверженность к терапии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), и изучить возможности повышения приверженности.

Материалы и методы. Были проанализированы 22 источника отечественной и зарубежной литературы за последние 10 лет.

Результаты. Приверженность к длительной терапии у пациентов с хроническими заболеваниями находится на уровне 50 % в развитых странах, при этом в развивающихся странах данный показатель еще ниже. По данным литературы, предикторами низкой приверженности лечению у пациентов с ГЭРБ являются мужской пол, молодой возраст, меньшая выраженность симптома регургитации, отсутствие значимого влияния симптоматики ГЭРБ на работу и другую повседневную деятельность.

В одном из источников указано, что назначение 30-дневного курса ингибиторов протонной помпы (ИПП) 1 р/сут соблюдают только 55% больных ГЭРБ, при этом 30–70% пациентов не принимают рекомендованную терапию в отсутствие симптомов заболевания. Также большинство ИПП следует принимать за 30–60 мин до первого приема пищи (ИПП связывается только с активно секретирующими протонными помпами, активирующимися постпрандиально), т. к. 10–14% больных время от времени пропускают завтрак, а 19–26% взрослых завтракают не чаще одного раза в неделю. Только 46% больных ГЭРБ соблюдают требование принимать ИПП за 30–60 мин до еды. В этой связи клиницисты нуждаются в ИПП, которые можно принимать 1 раз в сутки и независимо от приема пищи, что будет являться одним из методов повышения приверженности к лечению у пациентов с ГЭРБ. Так, создана лекарственная форма декслансопразола, представляющая собой энантиомер лансопразола с модифицированным высвобождением в пищеварительной системе в 2 этапа, благодаря чему он длительно остается в плазме после приема внутрь.

Заключение. Методами повышения приверженности являются своевременное выявление предикторов низкой приверженности к лечению и их моделирование с целью повышения комплаентности у больного с ГЭРБ на этапе первичного контакта врача с пациентом, а также назначение ИПП, однократный прием которого, позволяет поддерживать $pH > 4$ в пищеводе у большинства пациентов в течение 24 ч.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО

ЕВДОКИМОВ Д.С., РЕСНЯНСКАЯ Е.Д., БОЛДУЕВА С.А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Синдром такоцубо (СТ) представляет собой форму острой и, как правило, обратимой сердечной недостаточности, провоцируемой различными стрессовыми факторами: эмоциональными (первичный СТ) и физическими (вторичный СТ) триггерами. Пациенты со вторичным СТ имеют идентичные клинические проявления с первичным типом заболевания, однако уровень смертности, наблюдаемый в группе вторичного СТ, до 10 раз выше по сравнению с первичным. Причина данной разницы остается не изученной.

Цель. Сравнить результаты лабораторных методов исследований между пациентами с первичным и вторичным СТ.

Материалы и методы. В исследование было включено 58 пациентов с СТ, средний возраст которых составил $65,6 \pm 13,5$ лет, из них 53 человек (91,4%) женского пола. Из общего числа обследованных пациентов с СТ у 41 (70,7%) больных был первичный вариант заболевания, а у 17 (29,3%) человек – вторичный. Анализировались результаты лабораторных методов обследования, полученные при поступлении пациентов в стационар.

Результаты. В клиническом анализе крови при поступлении в стационар достоверное различие между подгруппами было по следующим показателям: число лейкоцитов ($9,5 \pm 3,8 \cdot 10^9/\text{л}$ и $13,9 \pm 5,8 \cdot 10^9/\text{л}$, соответственно ($p=0,004$)); число тромбоцитов ($237,2 \pm 62,5 \cdot 10^9/\text{л}$ и $276,4 \pm 62,3 \cdot 10^9/\text{л}$, соответственно ($p=0,03$)); число нейтрофилов ($6,7 \pm 3,7 \cdot 10^9/\text{л}$ и $11,4 \pm 6,3 \cdot 10^9/\text{л}$, соответственно ($p=0,005$)); нейтрофильно-лимфоцитарному отношению (2,7% [1,9-5,1] и 5,4% [2,6-15,0], соответственно ($p=0,04$)). В биохимическом анализе крови достоверное различие между подгруппами было по следующим показателям: уровень креатинина ($78,2 \pm 25,6$ мкмоль/л и $100,1 \pm 27,8$ мкмоль/л, соответственно ($p=0,002$)); уровень общего билирубина ($9,4 \pm 3,4$ мкмоль/л и $12,3 \pm 3,8$ мкмоль/л, соответственно ($p=0,002$)). В остальном значимых различий по показателям липидограммы, уровню тропонина при поступлении, общему анализу мочи, коагулограмме, клиническому и биохимическому анализу крови выявлено не было.

Заключение. У пациентов со вторичным СТ при поступлении в стационар достоверно чаще выявляется более выраженная воспалительная реакция, а также более высокий уровень креатинина и общего билирубина. Вероятно, это может быть обусловлено вторичной причиной развития заболевания, однако это требует дальнейшего изучения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

ЕРМАЧКОВА А.Н., КЛИМЕНТЬЕВА Е.А., СМИРНОВА Е.А., ПОНОМАРЕВА И.Б.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

ГБУ РО городская «Поликлиника №12», Рязань, Россия

Актуальность. Согласно большинству исследований, приверженность к терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) крайне низкая. Она оказывает негативное влияние на выживаемость и расходы на здравоохранение, поэтому важной задачей врача является оценка и улучшение приверженности к проводимой терапии.

Цель. Оценка уровня приверженности к респираторным препаратам и определение факторов, влияющих на приверженность у пациентов в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов с ХОБЛ, средний возраст $58,3 \pm 10,6$ лет. Оценивались функция легких (ОФВ₁, ФЖЕЛ, ОФВ₁/ФЖЕЛ), степень выраженности респираторных симптомов (шкала mMRS, опросник САТ), тяжесть течения заболевания (GOLD, 2022). Приверженность к терапии ХОБЛ оценивали по опроснику Мориски – Грина (Morisky D. et al., 1986).

Результаты. Выявлена низкая приверженность к лечению пациентов с ХОБЛ: через 1 месяц после начала или коррекции респираторной терапии только 32 пациента (21,3%) были оценены как приверженные, 56 пациентов (37,3%) – недостаточно приверженные, 62 пациента (41,3%) – неприверженные к лечению. Повторная оценка приверженности проведена через 12 месяцев от начала/коррекции проводимой терапии. Установлено, что 42 пациента (28%) имели высокую приверженность к терапии - 4 балла, 51 человек (34%) – 3 балла, 57 человек (38%) - 0-2 балла. Приверженность к проводимому лечению была связана с возрастом, тяжестью течения заболевания, степенью выраженности респираторных симптомов, показателем ОФВ₁ и не зависела от пола.

Заключение. Выявлен недостаточный уровень приверженности у пациентов с ХОБЛ. Более привержены к терапии респираторными препаратами пациенты пожилого возраста с более тяжелым течением болезни, низкими показателями ОФВ₁, выраженными обострениями. Улучшение приверженности к медикаментозному лечению у больных с ХОБЛ имеет решающее значение для оптимизации ведения пациентов.

ОТ «ХОБЛ 0» К ХОБЛ: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ЕРМАЧКОВА А.Н., СМИРНОВА Е.А., ПОНОМАРЕВА И.Б.

ГБУ РО Городская «Поликлиника №12», г. Рязань, Россия

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Население с риском развития ХОБЛ является важной группой пациентов, описана как GOLD 0 и определена, как лица, подверженные факторам риска ХОБЛ, с нормальной спирометрией и хроническими симптомами (кашель, выделение мокроты, одышка). Из этой группы по данным литературы у 30-40% развивается обструкция легких. Наблюдение этой группы больных позволит уменьшить количество осложнений, определяющих качество и продолжительность жизни.

Цель. Оценка и сравнение факторов риска и хронических респираторных симптомов у пациентов из групп «ХОБЛ» и «ХОБЛ 0».

Материалы и методы. В исследование включено 200 пациентов: 150 – с ХОБЛ и 50 человек, имеющих респираторные симптомы и факторы риска развития легочной патологии (табакокурение – 54%, работа в условиях воздействия неблагоприятных производственных факторов – 22,5%), но имевшие нормальные показатели функции внешнего дыхания - группа «ХОБЛ 0». Всем пациентам проводилась спирометрия на аппарате СМП 21/01-«Р-Д». Анализировались следующие показатели: возраст пациентов, возраст начала курения, индекс пачко-лет, степень выраженности респираторных симптомов (по шкале mMRS и опроснику CAT).

Результаты. По результатам скрининговой спирометрии ХОБЛ верифицирована у 150 пациентов, средний возраст $58,3 \pm 10,6$ лет. У 18,7% (28) больных ХОБЛ установлена I стадия заболевания, у 43,3% (65) - II, у 30% (45) - III, и у 8% (12) - IV стадия; распределение пациентов согласно классификации ABE (GOLD 2023): группа A-39,3% (59), B-20,0% (30), E-40,7% (61). У пациентов с ХОБЛ индекс пачко-лет: $25,1 \pm 21,0$ и возраст начала курения: $12,5 \pm 9,2$ были достоверно выше, чем в группе пациентов с «ХОБЛ 0»: $20,8 \pm 19,6$; $8,1 \pm 7,6$, $p < 0,05$. В группе пациентов с ХОБЛ также достоверно выше ($p < 0,05$) выявляются респираторные симптомы кашель-100% (150), выделение мокроты-70,7% (106), одышка-64,7% (97), чем в группе сравнения «ХОБЛ 0» 34% (17), 26% (13), 24% (12) соответственно, $p < 0,05$.

Заключение. Мониторинг и ранняя терапия пациентов из группы риска «ХОБЛ 0» имеет важное диагностическое значение для решения проблемы высокой заболеваемости и смертности при ХОБЛ.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ПОСТКОВИДНОГО ПЕРИОДА

ЖДАНОВА Е.В., РУБЦОВА Е.В., ТОМИЛОВА С.В., ФЕДОРОВА С.В.

ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган,
Российская Федерация

ООО «Поликлиника им. Нигинского», г. Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на официальное завершение пандемии COVID-19, на сегодняшний день сохраняется актуальность проведения реабилитационных мероприятий при наличии постковидного синдрома (ПКС).

Цель. Патогенетически обосновать подход к реабилитации в различные периоды ПКС.

Материал и методы. Проведено обследование 452 пациентов в возрасте от 20 до 75 лет, обратившихся за медицинской помощью в течение первых 12 месяцев после перенесенного острого периода COVID-19 по поводу сохраняющейся астении. Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными исследованиями в сыворотке крови пациентов определяли уровень цитокинов (TNF- α , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-17, IFN- γ), общего иммуноглобулина E (IgE).

Результаты. Выраженная астения в течение первых 6 месяцев ПКС формировалась на фоне высокого уровня всех исследованных цитокинов. Проявления ПКС зачастую носили воспалительный характер: диагностировано 92 случая перикардита, 26 случаев диспепсии, 16 гнойничковых поражений кожи. У 74 пациентов развилась поствоспалительная анемия, у 20 женщин усугубилась железодефицитная анемия (ЖДА). Впервые выявленная анемия быстро купировалась с помощью только антиоксидантной и метаболической терапии. Однако при ЖДА комплексная терапия, включающая ферропрепараты, в 50% случаев длительное время не давала положительного результата. Спустя 6-12 месяцев в структуре симптоматики ПКС преобладали аллергические и аутоаллергические проявления со стороны кожи, дыхательных путей и суставов. Цитокиновый профиль крови при этом характеризовался высоким содержанием только IL-17, а также нарастанием уровня общего IgE.

Заключение. *Изменяющийся цитокиновый фон отражает перестройку механизмов повреждения при ПКС и определяет его симптоматику, что необходимо учитывать при разработке курса реабилитационных мероприятий в постковидном периоде.*

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

ЖДАНОВА Е.В., РУБЦОВА Е.В., ШАЛАТОНОВА Е.Е., СЕРЕБРЯКОВА А.С.

*ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ ТО им. акад. Г.А. Илизарова»
Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация*

Актуальность. Пандемия COVID-19 в 2020-2022 годах охватила весь мир. В России было установлено более 24 миллионов случаев заражения, в связи с чем в постковидном периоде остается актуальной тема постковидного синдрома.

Цель. Выявить изменения в структуре заболеваемости взрослого населения после пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Проведен анализ структуры заболеваемости взрослого населения за 2019–2023 гг. на основе данных одного из ЛПУ г. Тюмени.

Результаты. В период до пандемии COVID-19 в структуре заболеваемости преобладали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,41%), органов пищеварения (12,86%), мочеполовой системы (10,42%), органов дыхания (10,07%), глаз (8,99%) и органов кровообращения (8,60%). Во время пандемии COVID-19, в сравнении с периодом до нее, чаще встречались пневмонии, заболевания почек (11,55%), такие как гломерулярные и тубулоинтерстициальные болезни; болезни органов пищеварения (16,73%), за счет язвенной болезни, гастритов и заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. До 10,82% возросла частота болезней органов кровообращения. При этом часто встречались артериальные гипертензии, ишемическая болезнь сердца. В период пандемии COVID-19 увеличилась встречаемость анемий (32%). В отличие от периодов до пандемии COVID-19 и во время нее, болезни дыхательной системы в последнее время диагностировались реже, при этом на первое место выходят болезни ЖКТ за счет роста кишечных инфекций. Поражения синовиальных оболочек и сухожилий возросло в 4 раза. Заболевания глаз: миопия и нарушение аккомодации, диагностированы в 1,8 раза, в сравнении как с периодами до, так и во время пандемии COVID-19. Значительно возросла частота случаев атопических и контактных дерматитов, экземы. Такие поражения нервной системы, как эпизодические и пароксизмальные расстройства и переходящие транзиторные атаки диагностировались во много раз чаще, чем в предыдущие периоды. Заслуживает внимания увеличение в 2,36 раза, в сравнении с периодом до пандемии COVID-19, частоты диагностируемых новообразований.

Заключение. *Изменения структуры заболеваемости взрослого населения в период после пандемии COVID-19 отражают неблагоприятное влияние вируса на иммунную систему населения, что обуславливает возрастания частоты инфекционных, иммунных и аутоиммунных, а также опухолевых заболеваний.*

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФЕНОТИПАМИ ХСН ЛЕЧЕНИЮ. ОБСЕРВАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ЗАМЯТИН К.А., ВАРЛАМОВА Ю.Ю., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ГБУЗ ДКЦ№1 ДЗМ, Москва

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – синдром, развивающийся в исходе многих сердечно-сосудистых заболеваний, что требует пристального внимания к обоснованной фармакотерапии и приверженности пациентов назначениям врача.

Цель. Оценить способность к самопомощи и уровень приверженности лечению пациентов с ХСН и разной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Материал и методы. В исследование включено 32 амбулаторных пациента (20 Ж) в возрасте 60 лет и старше ($75,4 \pm 8,9$ лет) с ХСН вследствие ИБС или артериальной гипертензии. Проводился общепринятый клинический осмотр, эхокардиография. Уровень приверженности оценивался с помощью «Шкалы приверженности для определения фактической общей приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии» (0 баллов – удовлетворительный уровень приверженности), способность к самопомощи – «Европейской шкалы оценки способности к самопомощи пациентов с ХСН» (9 баллов – наилучшая, 45 баллов - наихудшая способность к самопомощи), когнитивный статус – краткой шкалы MMSE.

Результаты. В большинстве случаев (53%) амбулаторные пациенты с ХСН имели сохраненную ФВЛЖ (сФВ), реже - низкую (нФВ) и умеренно сниженную (усФВ) – 25% и 22%, соответственно. Пациенты с ХСНсФВ (возраст $74,5 \pm 8,7$ лет) в 38% случаев соответствовали II ФК по NYHA, когнитивные нарушения (<29 баллов по MMSE) имелись у 64% пациентов, приверженность составила 1 ± 1 балл, способность к самопомощи - $33,7 \pm 4,2$ баллов. Пациенты с ХСНусФВ (возраст $74,5 \pm 8,7$ лет) в 75% случаев соответствовали II ФК по NYHA, когнитивные нарушения имелись у 57% пациентов, приверженность составила 1 ± 1 балл, способность к самопомощи - $33,7 \pm 5,2$ баллов. Пациенты с ХСНнФВ (возраст $77,0 \pm 10,4$ лет) в 50% случаев соответствовали III ФК по NYHA, когнитивные нарушения имелись у 64% пациентов, приверженность составила 2 ± 2 балла, способность к самопомощи - $32,7 \pm 13,6$ баллов.

Заключение. *На амбулаторном этапе преимущественно наблюдаются пациенты с ХСНсФВ и II ФК по NYHA. Уровень приверженности лечению и способность к самопомощи пациентов с ХСН ниже оптимального. У пациентов с ХСНнФВ приверженность и способность к самопомощи наиболее переменчивы. Полученные данные свидетельствуют о повышении информирования пациентов о симптомах ХСН и их самоконтроля, необходимости лечения с целью профилактики прогрессирования ХСН.*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *END-1* У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЗАХАРЬЯН Е.А., МАЛЫЙ К.Д.

ОТКЗ Медицинский институт им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Российская Федерация

Актуальность. Основную долю в структуре заболеваемости и смертности населения занимают болезни сердечно-сосудистой системы, среди которых главной является ишемическая болезнь сердца (ИБС). В связи с этим одной из важных задач клинической кардиологии является поиск молекулярно-генетических факторов предрасположенности и выявление генов, ассоциированных с ИБС.

Цель. Определение состояния полиморфных локусов G(198)T гена *END-1* у пациентов с ИБС в зависимости от выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Критерием включения в исследование (n=221) явилось наличие верифицированной ИБС. Группа контроля представлена здоровыми добровольцами (40 человек). Пациентам была выполнена коронароангиография; для количественной оценки выраженности атеросклеротического поражения КА использована шкала SYNTAX. Все пациенты были разделены на группы: 1 группа – с умеренным атеросклеротическим поражением КА со значением SYNTAX менее или равным 22 баллам (124 человека); 2 группа – с выраженным атеросклерозом КА – с показателем равным либо более 23 баллов (96 человек). Определение полиморфизма проводилось методом аллельной дискриминации с помощью полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты. Исследование частот встречаемости аллелей однонуклеотидного полиморфизма G(198)T гена *END-1* показало, что в группе контроля преобладающей аллелью является исходный вариант G – 68%. В группе пациентов доля этой аллели составляет 43%, при этом носительство мутантной аллели T составило 57%. Среди частот встречаемости аллельных сочетаний у пациентов с ИБС достоверно чаще встречалось гомозиготное носительство TT – в 44,8%, в контрольной группе – 2,6%, гомозиготы GG наблюдались в группе пациентов в 30,8%, в группе контроля – в 38,5%. Гетерозиготное носительство GT чаще наблюдалось в группе контроля – в 59%, при ИБС – в 24,4%. Также обнаружено, что сочетание TT чаще встречалось во 2 группе пациентов (56,9%) в сравнении с группой 1 (36,2%).

Заключение. *Результаты исследования однонуклеотидного полиморфизма G(198)T гена END-1 у пациентов с ИБС демонстрируют вовлеченность молекулярно-генетических особенностей данных генетических локусов в развитии патологического процесса.*

Полученные результаты могут быть использованы в качестве прогностического критерия развития ИБС и вероятных последующих осложнений.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., РЫБИНА А.С., ГОРБУНОВА А.М., ЗНАХАРЕНКО Е.А.,
ГЕРАСИМЕНКО О.Н.

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

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) встречается преимущественно в популяции лиц среднего и пожилого возраста, однако в последние годы заболевание все чаще развивается у лиц моложе 45 лет, что, по-видимому, связано с современными изменениями образа жизни. При развитии инфаркта миокарда высока летальность. При этом, непосредственной причиной смерти являются осложнения инфаркта миокарда.

Цель. Оценить особенности в постинфарктном периоде у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Работа проводилась на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» г. Новосибирска в отделении медицинской реабилитации круглосуточного стационара. В исследование включены 46 пациентов от 31 до 49 лет (44 мужчины, 2 женщины) с перенесенным ИМ.

Результаты. Ретроспективно было проанализировано 46 историй болезни пациентов, которые перенесли ИМ. Из них 95,8% составили мужчины, 4,2% – женщины. Средний возраст пациентов составил $44,3 \pm 3,1$ года, средний возраст наступления ИМ – $42,7 \pm 3,4$ года. Из всей группы пациентов 15,2% имели нормальную массу тела, 39,3% имели предожирение, 28,2% – ожирение 1 степени, 15,2% – ожирение 2 степени и 2,1% – ожирение 3 степени. По сопутствующим нозологиям выявлены: гипертоническая болезнь (69%), сахарный диабет 2 типа (13%), хроническая болезнь почек (4,2%). У 36 пациентов (78,2%) после перенесенного инфаркта миокарда возникли осложнения. Из них ХСН выявлена в 100% случаях, ХСН I стадии имели 16 пациентов (44,2%), ХСН IIa стадии – 15 (42%), ХСН IIб – 5 (13,8%); фибрилляция желудочков у 1 пациента (2,7%), хроническая аневризма левого желудочка у 2 (5,4%) и тромб верхушки левого желудочка 2 человек (5,4%). Повторный ИМ верифицирован у 6,3% пациентов, при этом средний возраст развития первого ИМ у пациентов составляет $33,4 \pm 1,92$ лет.

Заключение. Результаты исследования показали, что ХСН является самым частым осложнением ИМ, что подтверждается литературными источниками. Частым сопутствующим заболеванием остается гипертоническая болезнь. Большая часть пациентов имели предожирение. Повторный ИМ развивался у пациентов чей возраст развития первого ИМ составил $33,4 \pm 1,92$ лет.

УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И СВЯЗЬ С ПОЛИПРАГМАЗИЕЙ

ЗИННАТУЛЛИНА А.Р.

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

Актуальность. С возрастом повышается уровень мультиморбидности, что требует назначения определенных лекарственных средств (ЛС) и становится причиной полипрагмазии. Несмотря на ее уместность, она нередко приводит к негативным эффектам и снижению комплаентности пациентов.

Цель. Оценить уровень комплаентности в зависимости от полипрагмазии и коморбидности у пациентов терапевтического профиля.

Материалы и методы. Опрос пациентов старше 60 лет, госпитализированных в терапевтическое отделение стационара с сентября по декабрь 2023 года. Используются отечественный опросник приверженности терапии Фофановой Т.В. и соавт., шкалы «Возраст не помеха», Бартела и Лаутона.

Результаты. Обследовано 30 пациентов, которых разделили на группы: 1 группа пациенты с полипрагмазией (6 мужчин, 9 женщин; средний возраст $76,4 \pm 6,0$ лет), 2 группа без нее (7 мужчин, 8 женщин; средний возраст $74,9 \pm 5,3$ года).

Уровень коморбидности по шкале Charson в 1-й группе составил $9,7 \pm 2,1$ баллов, во 2-ой - $6,5 \pm 1,4$ ($p < 0,05$).

Пациенты 1-й группы в среднем амбулаторно принимали $5,3 \pm 2,7$ ЛС в день, во 2-й группе - $2,5 \pm 1,3$ ($p < 0,05$). В стационаре пациенты 1-й группы получали $7,3 \pm 1,4$ ЛС в сутки, во 2-й - $3,3 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). При выписке из стационара пациентам 1-й группы было рекомендовано продолжить прием $7,5 \pm 2,3$ ЛС, во 2-й - 3 ± 1 ($p < 0,05$).

Высокий уровень комплаентности имели 33,3% пациентов 1-ой группы и 80% - 2-й ($p < 0,05$). 46,7% пациентов 1-й группы и 26,7% 2-й госпитализировались повторно в течение года.

Старческая астения выявлена у 80% пациентов 1-ой группы, 46,7% - 2-ой. По шкалам Лаутона и Бартела выявлено: 1-ой группе преобладали 3 и 4 степени нуждаемости (40% vs 13,3%), во 2-ой - 1 степень (86,7%).

Заключение. Пациенты с полипрагмазией имеют значительно большее количество коморбидных состояний. Амбулаторно и в стационаре им требуется обоснованное назначение 5 и более ЛС. Пациенты без полипрагмазии в 2,4 раза чаще имеют высокий уровень комплаентности и в 1,7 раз реже нуждаются в стационарном лечении. Пациенты с полипрогмазией в 2 раза чаще имеют высокую степень нуждаемости в посторонней помощи, недостаток которой может влиять на комплаентность.

СИНДРОМ ДАНБАРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

ИБРАГИМОВА Г.М., ДЕДОВ Е.И., НИКИТИН И.Г.

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация. Кафедра госпитальной терапии им. академика Г.И. Сторожакова ЛФ

Описание клинического случая. Больная Ю. 18 лет, поступила в многопрофильный стационар с жалобами на ноющие боли в верхней половине живота, тошноту, рвоту, которые усиливались приемом пищи, снижение веса на 3 килограмма за месяц. Прогрессирование симптомов с появлением эпизодов синкопе, головных болей, нарастанием болевого синдрома, купирующимися - коленно-локтевым положением, отмечает в течение года.

Неоднократно консультирована различными специалистами, были выявлены: синдром Элерса-Данлоса, остеопороз, компрессионный перелом позвонка, пролапс митрального клапана, дилатация полости левого желудочка, правосторонний нефроптоз.

Симптоматическое лечение с временным положительным эффектом. Семейный анамнез: отец - бронхиальная астма (БА), у матери и брата - аутоиммунный тиреоидит, сестра - атопическая БА, целиакия.

При осмотре состояние удовлетворительное. Пониженного питания, астенического телосложения. Гемодинамика стабильная со склонностью к гипотонии. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберье. Аускультативно над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Лабораторно без отклонений. Секвенирование генов выявило изменения в нуклеотидной последовательности, ответственной за патологию кости (Спондилоэпиметафизарная дисплазия по типу Козловского). Дуплексное сканирование брюшного отдела аорты: признаки динамической экстравазальной компрессии брюшного ствола. На мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием сосудов брюшной полости: центральное сужение просвета устья вентрального ствола до нитевидного на протяжении 12 мм до его раздвоения, гемодинамически значимый стеноз брюшного ствола. С диагнозом: «синдром экстравазальной компрессии чревного ствола с критическим стенозированием, хроническая абдоминальная ишемия в стадии субкомпенсации» переведена в центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева для дальнейшего обследования и решения вопроса о тактике лечения.

Заключение. Синдром Данбара является редко встречающимся заболеванием, диагностика которого сопряжена с большими трудностями, в виду того, что клинические проявления характерны для многих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Наблюдается недостаточная осведомленность врачей различных специальностей о данном синдроме, приводящая к более поздней диагностике и тем самым развитию серьезных осложнений. Информированность специалистов различных областей медицины об особенностях данного заболевания, своевременное установление диагноза способствует раннему назначению лечения и помощи подобным больным.

ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

ИБРАГИМОВА Р.Ю., КРИНИЦЫН К.А., БОРЕЦКАЯ Е.И., КОЧМАШЕВА В.В.

ФГБОУ ВО «УГМУ» МЗ РФ, г. Екатеринбург, РФ, ГАУЗ СО «СОКБ № 1, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Состояние сердечно-сосудистой системы влияет на качество жизни и прогноз пациентов, перенесших трансплантацию почки.

Цель. Оценить изменения морфофункциональных показателей сердца у трех пациентов в течение первого года после трансплантации почки.

Материал и методы. Обследовано 3 пациента, перенесших трансплантацию почки, из них: 2 мужчин (36 и 44 года), 1 женщина (39 лет). Эхокардиография проводилась на аппарате экспертного класса Vivid E95 (General Electric).

Результаты. К концу первого года у одного пациента сохранялась концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ), у двух других пациентов произошла трансформация ГЛЖ из эксцентрического типа в концентрический. Однако размеры ЛЖ были в пределах нормы. Было выявлено увеличение индексированной массы миокарда ЛЖ у мужчин до 218,2 г/м², у женщины – 115,6 г/м² к концу первого года. Показатели систолической функции были в пределах нормы как до трансплантации, так и в течение всего года после нее. Фракция выброса по Симпсону у мужчин 64%, 59%, у женщины 68%. Значения глобального систолического стрейна ЛЖ к концу года у мужчин: -19,1 и -23,5, у женщины – -20,4. Индекс глобальной функции ЛЖ был снижен как до трансплантации, так и в течение всего года после, к концу года у мужчин – 14,8% и 17,8%, у женщины – 18,5%.

Заключение. *За год у двух пациентов произошла трансформация ГЛЖ из эксцентрического типа в концентрический. Систолическая функция и показатели глобального систолического стрейна были в пределах нормы как до операции, так и к концу первого года после нее.*

Индекс глобальной функции ЛЖ был снижен до трансплантации почки, к концу первого года после операции стал еще ниже.

МУТАЦИИ H63D, C282Y, S65C ГЕНА HFE ПРИ ФЕНОТИПЕ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА

ИВАНОВА А.А., АПАРЦЕВА Н.Е., КАШИРИНА А.П., НЕМЦОВА Е.Г., ИВАНОВА Ю.В., МАКСИМОВ В.Н.

*НИИТПМ-филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,
Российская Федерация*

Цель. Поиск ассоциаций фенотипа синдрома Жильбера (СЖ) с вариантами H63D, C282Y, S65C гена HFE.

Материал и методы. В группу лиц с фенотипом СЖ (n=414, средний возраст 36,7±15,9 лет, 49,8% мужчин) включены лица с неконъюгированной гипербилирубинемией, у которых исключены другие причины неконъюгированной гипербилирубинемии, кроме генетических. В группу контроля (n=429, средний возраст 38,5±14,3 лет, 52,2% мужчин) включены участники проекта MONICA, скрининга молодых людей и исследования школьников г. Новосибирска. Генотипирование групп по вариантам нуклеотидной последовательности выполнено ПЦР-ПДРФ.

Результаты. По частотам генотипов вариантов H63D, C282Y, S65C гена HFE не найдено статистически значимых различий между группами (p>0,05).

В группе СЖ найдены 3 носителя сочетаний генотипов 7ТА/7ТА rs3064744 (количество ТА повторов в промоторе) гена UGT1A1 и гетерозиготных генотипов H63D и S65C гена HFE. В контрольной группе также встречается носительство (4 человека) гетерозиготных генотипов H63D и S65C гена HFE в сочетании с разными вариантами генотипов rs3064744 (7ТА/7ТА, 6ТА/7ТА, 6ТА/6ТА). В группе СЖ, но не в контрольной группе, найден носитель сочетания генотипа 7ТА/7ТА rs3064744, гомозиготного генотипа H63D и гетерозиготного генотипа S65C гена HFE. В контрольной группе, но не в группе СЖ, обнаружены носители (6 человек) гетерозиготных генотипов H63D и C282Y гена HFE в сочетании с разными вариантами генотипов rs3064744 (6ТА/7ТА, 6ТА/6ТА), а также носитель гетерозиготных генотипов C282Y и S65C гена HFE в сочетании с генотипом 6ТА/7ТА rs3064744.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии сочетания генотипа 7ТА/7ТА rs3064744 с гетерозиготными генотипами H63D и C282Y гена HFE в исследуемых группах, при этом сочетание гетерозиготных генотипов H63D и C282Y гена HFE с генотипами 6ТА/7ТА или 6ТА/6ТА rs3064744 можно назвать довольно часто встречающимся.

Заключение. *Варианты нуклеотидной последовательности H63D, C282Y, S65C гена HFE не ассоциированы с фенотипом синдрома Жильбера.*

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-25-00062.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

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

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

Актуальность. Сочетанное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) способствует изменению структурно-функционального состояния миокарда.

Цель. Оценить структурно-функциональное состояние миокарда у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 312 больных ИБС (мужчин - 80,8%; женщин - 19,2%), средний возраст которых составлял $54,81 \pm 3,17$ лет. У 225 пациентов ИБС протекала в сочетании с ХОБЛ (первая группа), у 87 - носила изолированный характер (вторая группа).

Структурно-функциональное состояние миокарда исследовали методом эхокардиографии с помощью сканера «SIM 7000 CFM Challenge» (Италия) в соответствии с рекомендациями Американского эхокардиографического общества (2006).

Результаты. Установлено, что при сочетанном течении ИБС и ХОБЛ процессы сердечного ремоделирования более выражены, чем при изолированном течении ИБС, о чем свидетельствовали статистически значимые различия величин правого и левого предсердий, конечно-диастолического и систолического размеров, объемов левого и правого желудочков (ЛЖ и ПЖ), толщины передней стенки ПЖ, задней стенки ЛЖ у больных первой и второй групп ($p < 0,05$). Гипертрофия ПЖ выявлена у 60 (44,1%), дилатация ПЖ - у 11 (8,1%); гипертрофия ЛЖ - у 23 (16,9%); дилатация ЛЖ - у 6 (4,4%) больных первой группы.

Отмечалась тенденция к увеличению индекса сферичности ЛЖ, что указывает на значительное увеличение внутримиекардиального напряжения ПЖ и ЛЖ при сочетанной патологии, которое является важнейшим фактором, инициирующим активацию тканевых нейрогормональных систем и выработку эффекторов, воздействующих на структуру и функцию органов и тканей и «запускающим» длительный процесс структурно-функционального ремоделирования сердца. Геометрическая адаптация ЛЖ в первой группе по сравнению со 2 группой, была в 4,9 раза чаще представлена концентрическим ремоделированием ($p < 0,05$) и концентрической гипертрофией ЛЖ ($p < 0,05$), эксцентрическая гипертрофия была выявлена только у 5 (3,6%) больных первой группы.

Заключение. Сочетанное течение ИБС и ХОБЛ способствовало электрофизиологическим нарушениям миокарда и процессам сердечного ремоделирования.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

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

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

Актуальность. Наличие субклинического гипотиреоза (СГТ) и расстройства адаптации (РА) модифицирует традиционное течение ишемической болезни сердца (ИБС), в связи с чем необходим комплексный патогенетически обоснованный подход к диагностике сочетанной патологии.

Цель. Оптимизация диагностики ишемической болезни сердца в сочетании с субклиническим гипотиреозом на фоне расстройства адаптации.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 107 больных ИБС в сочетании с СГТ на фоне РА (женщин – 71,6%; мужчин - 28,4%), средний возраст составлял 56,9±5,4 года. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оценивали путем анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) с использованием аппаратно-программного комплекса «КардиоЛаб» (РФ) в соответствии с международными стандартами (2006). ЭКГ регистрировали на электрокардиографе 3-6-12 каналов «ЭК12Т-01-«Р-Д»/260» (РФ) в покое с оценкой общепринятых параметров, суточное мониторирование ЭКГ проводилось на аппарате «КардиоЛаб» (РФ). Диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) исследовали путем регистрации показателей трансмитрального кровотока в импульсно-волновом доплеровском режиме.

Результаты. В условиях сочетанного течения ИБС и СГТ на фоне РА наблюдается снижение общей активности ВНС преимущественно за счет мощности парасимпатического отдела, что подтверждается уменьшением временных показателей ВСР (SDNNi, RMSSD, pNN50 и HF; $p<0,05$), электрофизиологическими изменениями миокарда посредством увеличения общего количества нарушений ритма суправентрикулярного (в 4,4 раза) и вентрикулярного происхождения (в 3,1 раза), продолжительности скорректированного интервала QT (на 19,3%; $p<0,05$), количества эпизодов болевой и безболевой ишемии за сутки, нарушением центральной гемодинамики в виде диастолической дисфункции (98,1%; $p<0,05$) и снижением систолической функции (на 15,1%; $p<0,05$), кардиальным ремоделированием с развитием эксцентрической гипертрофии миокарда ЛЖ (63,6%; $p<0,05$).

Заключение. *Наличие ИБС в сочетании с СГТ на фоне РА определяет особенности диагностического подхода с целью выявления вегетативной дисрегуляции, нарушений ритма сердца, центральной гемодинамики, ишемических событий и кардиального ремоделирования.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ (НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ НА ПРОИЗВОДСТВЕ)

**ИШТЕРЯКОВА О.А., ХАЗИЕВА Д.В., ВАСИЛЬЕВА А.М., ГАДЕЛЬШИНА Л.И., АХМАДЕЕВА А.А.,
ОЛЕЙНИКОВА В.Д.**

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

Токсические поражения органов дыхания могут быть вызваны ингаляцией различных газов и аэрозолей с превышением допустимых концентраций в воздухе рабочей зоны.

Описание клинического случая. Пациент Р., 40 лет, инженер отдела технического снабжения, стаж 23 года, сопровождал грузовой автомобиль, перевозивший азотную кислоту (56%) в бутылках по 20 л в деревянной обрешетке. В пути в кузове автомобиля произошло самопроизвольное возгорание с выделением газа бурого цвета. Пациент тушил огонь без средств защиты. В первые дни после инцидента он отмечал общую слабость, была субфебрильная температура, к врачу не обращался. На восьмые сутки поднялась температура, начался озноб, лечился аспирином, оформил отпуск. На 22 день – повышение температуры 39⁰С, кашель (слизистая мокрота, прожилки крови), обратился к терапевту. При аускультации: множество мелкопузырчатых хрипов, на рентгенограмме легких: повышение прозрачности легочных полей, сетчатый рисунок с множеством мелкоочаговых образований по всем легочным полям, корни легких деформированы. Пациент направлен к фтизиатру с подозрением на диссеминированный туберкулез. С учетом анамнеза госпитализирован с диагнозом «Двусторонняя токсическая пневмония». В стационаре проведена консультация профпатолога, врачебная комиссия установила диагноз: «Токсический фиброзирующий альвеолит, подострое течение». Через месяц на фоне лечения наблюдалась положительная рентгенологическая динамика: корни более структурные, уменьшилось количество, размеры очаговых теней, сетчатая структура легочного рисунка сохранена. Через 4 месяца – признаки интерстициального фиброза: тяжесть, сетчатость в средне-нижних легочных полях. С учетом анамнеза (воздействие паров азотной кислоты, оксида азота), результатов расследования (составлен акт), клинико-рентгенологических данных, врачебная комиссия центра профпатологии установила диагноз: «Острое токсическое поражение органов дыхания по типу бронхобронхиолита. Токсический пневмосклероз (несчастный случай на производстве)». При спирометрии регистрировались рестриктивные нарушения: снижение жизненной емкости легких (74-69%). На медико-социальной экспертизе пациенту определены 30% утраты профессиональной трудоспособности.

Заключение. *Данный клинический случай демонстрирует необходимость тщательного сбора анамнеза, уточнения наличия аварийной ситуации при возникновении острых респираторных нарушений, которые могут быть следствием ингаляционного воздействия промышленных аэрозолей. Соблюдение техники безопасности, использование средств индивидуальной защиты являются важнейшими мерами профилактики острых профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве.*

КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

КАДНИКОВ Л. И.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Портрет пациента представлен комбинацией различных заболеваний. Эта комбинация является не просто суммацией болезней, а тем когда каждая нозологическая единица влияет на другую.

Цель. Выполнить анализ коморбидности пациентов с COVID-19 и острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. В исследование включено 75 пациентов. Группа 1 – 25 пациентов с COVID-19 и ОКС, Группа 2 – 25 пациентов с COVID-19 без ОКС, Группа 3 – 25 пациентов с ОКС без COVID-19. Группы сопоставимы по возрасту и индексу Charlson. Получено информированное добровольное согласие. Статистическая обработка проводилась в программе «Statistica 10.0.». Работа одобрена локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России протоколом № 9 от 22.10.2021.

Результаты. Возраст в Группе 1 составил 62 (58÷64) лет, в Группе 2 – 58 (50÷64) лет, в Группе 3 – 60 (51÷67) лет, $p=0,422$. Индекс Charlson составил 4 (3÷5) баллов в Группе 1, 4 (3÷4) баллов в Группе 2, 4 (3÷5) баллов в Группе 3, $p=0,471$. В Группе 1 наблюдалось 9 курящих, в Группе 2 – 4, в Группе 3 – 14, $p=0,013$. Артериальная гипертензия (АГ) встречалась у 23 человек в Группе 1, 17 в Группе 2, 25 в Группе 3, $p=0,002$. Степени АГ различались: $\chi^2=14,019$, 4 с.с., $p=0,007$. Хроническая сердечная недостаточность встречалась у 19 пациентов в Группе 1, 14 в Группе 2, 24 в Группе 3, $p=0,004$. Функциональные классы различались: $\chi^2=18,559$, 6 с.с., $p=0,005$. Ожирение имели 10 пациентов в Группе 1, по 9 в Группе 2 и 3, $p=0,945$, дислипидемию – 3, 0, 7 пациентов, соответственно, $p=0,112$, сахарный диабет 2 типа – 5 в Группе 1, по 8 в Группе 2 и 3, $p=0,551$. Анемия наблюдалась у 2 пациентов в Группе 1, 3 в Группе 2, 0 в Группе 3, $p=0,223$.

Заключение. Полученные данные демонстрируют, что курение, АГ и ХСН у лиц с COVID-19 и ОКС встречаются чаще, чем у лиц с COVID-19 без ОКС, но реже, чем у лиц с ОКС без COVID-19.

СЫВОРОТОЧНЫЕ БИОМАРКЕРЫ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

КАНАЕВА Т.В., КАРОЛИ Н.А.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация

Цель. Целью исследования является изучение прогностической значимости сывороточных биомаркеров для оценки рисков наступления сердечно-сосудистых событий у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКИ), в течение 1-го года наблюдения за больными.

Материал и методы. В нерандомизированном сравнительном исследовании участвовали 112 пациентов, госпитализированных с подтвержденным диагнозом НКИ (44 мужчины и 68 женщин, медиана возраста 53 [41; 62] года) без анамнеза имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний. При госпитализации в стационар у всех пациентов был произведен забор крови для оценки концентрации маркеров повреждения миокарда (ЛДГ, вчТnI, вчТnT, Pentraxin-3 (РТХ3)) и белков острой фазы (СРБ, ИЛ-1, ферритин). Спустя 1 год с момента выписки у выборки пациентов оценивалось развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ОКС, ТЭЛА, ОНМК и летальных исходов от сердечно-сосудистых причин).

Результаты. Среднетяжелое течение НКИ встречалось у 87 (77,7%) больных, тяжелое течение НКИ - у 25 (22,3%) больных. Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречались дислипидемия (47 (42%) пациентов), избыточная масса тела (19 (17%) пациентов) и ожирение различных степеней (33 (29,5%) пациентов). Через 12 месяцев после выписки зафиксированы 14 неблагоприятных сердечно-сосудистых событий: ОКС (в одном случае с летальным исходом) - у 8 пациентов (7,1%), ОНМК - у 4 человек (3,6%), ТЭЛА (один случай с летальным исходом) - у 2 пациентов (1,8%). У пациентов с неблагоприятными исходами отмечались достоверно более высокие концентрации биомаркеров, чем у пациентов без развития таковых (ЛДГ (200 [180; 210] Ед/л и 165 [160; 180] Ед/л, $p < 0,001$), вчТnT (7,6 [3,5; 8,8] нг/мл и 2,2 [1,1; 4,5] нг/мл, $p < 0,001$), РТХ3 (8,7 [6,1; 10,4] нг/мл и 3,2 [3,0; 6,3] нг/мл, $p < 0,001$)). В отношении других биомаркеров достоверных отличий между группами получено не было.

Заключение. Сердечно-сосудистые биомаркеры (ЛДГ, вчТnT и РТХ3), возможно, могут использоваться для стратификации риска развития отдаленных острых сердечно-сосудистых исходов у пациентов, перенесших НКИ.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н.

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

Цель. Изучение влияния полиморфизма генов системы РААС на формирование хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии у жителей Дагестана.

Материалы и методы. В исследование были включены 103 пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК, ишемической этиологии. Контрольную группу составили 36 человек без заболеваний сердечно-сосудистой системы. Возраст больных основной группы составил 59,5 [54,0; 61,0] лет. Возраст обследованных контрольной группы составил 54 [51,0; 60,0] лет. Статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов проводилась с помощью программы Statistica for Windows 6.1(StatSoftInc., США).

Результаты. Было выявлено, что частота встречаемости генотипа DD гена ACE составила 25,2%, генотипа ID – 45,7%, II – 29,1%; D аллеля в гомо- и гетерозиготах - 0,47, I аллели – 0,53. Была выявлена ассоциация носительства аллеля D I/D полиморфного маркера гена ACE и более высокого риска развития ХСН. Частота встречаемости аллеля D при наличии заболевания составила 48,1% против 26,4% у здоровых лиц, $p=0,002$, ОШ - 2,6 [1,4; 4,7]. При наличии гомозиготы по аллелю I отношение шансов для развития ХСН составило 0,2 [0,1; 0,6], генотип II отмечался в 30 (29,1%) случаев в группе с ХСН и в 22 (61,1%) – в контрольной группе, $p=0,001$. Различия достигли статистически значимого уровня. Большая встречаемость гетерозиготы отмечалась у больных ХСН 47 (45,6%), против 9 (25,0%), $p=0,048$, ОШ - 2,5 [1,1; 6,0]. Нами была отмечена значимость носительства аллеля D для более тяжелого течения ХСН. Так частота встречаемости аллеля D составила 38,3% у больных ХСН II ФК и 56,3% - при III ФК ХСН, $p=0,002$, ОШ - 2,4 [1,3;4,2]. Генотип II чаще встречался при II ФК 20 (42,6%) против III ФК – 10 (17,9%), $p=0,011$, ОШ - 0,3 [0,1; 0,7].

Заключение. *Повышенный риск развития ИБС ишемической этиологии у жителей Дагестана ассоциирован с носительством аллеля D I/D полиморфного маркера гена ACE. Носительство аллеля D полиморфизма I/D гена ACE и коррелирует с более тяжелым течением ХСН.*

АССОЦИАЦИИ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СТАРШЕ 45 ЛЕТ. ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

КАШИРИНА А.П., ЩЕРБАКОВА Л.В., СИМОНОВА Г.И.

*Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины — филиал
«Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН»,
Новосибирск, Российская Федерация*

Актуальность. Изучение параметров липидного обмена с целью коррекции резидуальных сердечно-сосудистых рисков является актуальной. Эпидемиологические исследования по анализу ассоциаций холестерина липопротеинов невысокой плотности (ХС неЛВП), индекса атерогенности (ИА), остаточного холестерина с сахарным диабетом (СД2) и метаболическим синдромом (МС) в российской популяции ранее не проводились.

Цель. Изучить особенности показателей ХС неЛВП, индекса атерогенности и остаточного холестерина при СД2, МС в сибирской популяции.

Материалы и методы. В репрезентативной выборке (9360 чел.) проведено стандартное эпидемиологическое обследование населения 45-69 лет г. Новосибирска (проект НАРИЕЕ). ХС неЛВП определяли, как разность общего холестерина и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП). Индекс атерогенности рассчитывался по формуле: ХС неЛВП/ХС ЛВП. Остаточный холестерин = (ОХС - ХС ЛВП) - ХС ЛНП. СД2 - при уровнях глюкозы $\geq 7,0$ ммоль/л (ВОЗ, 1999), МС - по критериям IDF (2005).

Результаты. Средние уровни ХС неЛВП у женщин выше, чем у мужчин и составляют 4,9 и 4,5 ммоль/л. При СД2 и МС средние значения ХС неЛВП выше, чем без них: 5,1 и 5,0 ммоль/л против 4,4 и 4,2 - у мужчин и 5,6 и 5,3 против 4,9 и 4,5 - у женщин, соответственно ($p < 0,0001$). Средне популяционные значения ИА составили 3,23 у мужчин и 3,35 у женщин. В когортах с СД, МС - 3,95 и 3,81 у мужчин и 4,21 и 3,82 у женщин, что значительно выше, чем в общей популяции и в когортах без СД2, МС ($p < 0,001$). При наличии СД2 и МС медианы остаточного холестерина выше, чем без него у лиц обоего пола и в исследуемой популяции во всех возрастных группах 0,91[0,65;1,31] и 0,81[0,60;1,04] vs. 0,59[0,45;0,78] и 0,52[0,41;0,64]. При высоких значениях ХС неЛВП, ИА, остаточного холестерина частота СД2, МС выше (Q5), чем при низких (Q1).

Заключение. Уровни ХС неЛВП, индекса атерогенности и остаточного холестерина в сибирской выборке 45-69 лет высоки, особенно при СД2, МС. Определение относительно новых простых липидных параметров может более точно идентифицировать не только атерогенность липидного спектра крови, но и группы риска метаболических нарушений в первичной профилактике СД2 и МС.

ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ: ФОКУС НА ЛЕЙОМИОМАТОЗ ЛЕГКИХ

КИРНОСОВА О.А., КАРОЛИ Н.А.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка Л., 1975 г.р. Предъявляет жалобы на сухой кашель и чувство неполноты вдоха. Из анамнеза известно, что в 2010 г. проведена ампутация матки по поводу миомы. В декабре 2020 г. во время планового флюорографического обследования обнаружены очаговые изменения в легких, консультирована фтизиатром – данных за туберкулез нет. В феврале 2020 г. находилась в отделении пульмонологии, по результатам компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) выявлены очаги в легочной ткани с двух сторон от 4 до 22 мм, по спирографии – умеренная бронхообструкция, лабораторно – без особенностей. Данных за онкологический процесс не получено. Была выполнена видеоторакоскопия, по результатам гистологии – в легочной ткани участки фиброза, слабая лимфоцитарная, периваскулярная и перибронхиальная воспалительная инфильтрация. Установлено наличие «лимфоцитарной пневмонии». В 2020 г. дважды выполнялась КТ ОГК – без динамики. В течение года курсами принимала ацетилцистеин. При госпитализации в отделение пульмонологии в июне 2021 г. диагноз изменен на «саркоидоз». Назначена терапия преднизолоном в дозе 15 мг/сутки, пациентка самостоятельно прекратила прием спустя две недели. В июле 2021 г. в хирургическом отделении ГБУЗ «ОКБ» г. Самара выполняется атипичная резекция правого легкого, по результатам гистологии – гамартомы. В январе 2022 г. при КТ-контроле – отрицательная динамика в виде увеличения размеров очагов. В 2023 г. проведен пересмотр гистологических блоков в ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, диагностирована доброкачественная метастазирующая лейомиома. В связи с чем устанавливается диагноз: Множественные лейомиомы в легких. Пациентка была проконсультирована в ФГБУ «НМИЦ радиологии», где 30.01.2024 решением консилиума назначена антиэстрогенная терапия тамоксифеном, рекомендовано наблюдение в динамике.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Лейомиоматоз легких является редкой патологией, специфическая симптоматика при этом заболевании отсутствует.

Заключение. *Диагноз практически невозможно предположить без морфологической верификации и наблюдения в динамике, однако морфология не всегда с первого раза демонстрирует окончательный результат. Особенности заболевания и трудности дифференциальной диагностики определяют необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с данной патологией.*

ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЕМ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ЕГО ПРИВЕРЖЕННОСТИ

КЛЕМЕНОВ А.В., БУТУСОВ М.В., МАГОМЕДОВ Ш.М.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №30 Московского района» Нижнего Новгорода, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность. Приверженность лечению значима для принятия врачебных решений. Особенно актуальны сведения о приверженности у пожилых больных с обилием хронической патологии, требующей пожизненной терапии.

Цель. Для разработки индивидуальной стратегии лечения пожилых пациентов проведена комплексная оценка их состояния здоровья и приверженности лечению.

Методы и материал. У 128 пожилых пациентов терапевтического профиля изучено состояние здоровья и функциональные возможности организма с помощью шкал Charlson, Katz ADL и индекса Баевского. У 42 из них изучена приверженность лечению с использованием вопросника КОП–25.

Результаты. У пациентов имелось по 3 [2,5; 4] хронических заболевания. Индекс Charlson как интегральная оценка полиморбидности оказался равным 6 [4; 8] баллам. Уровень адаптационного потенциала составил $3,41 \pm 0,52$ усл. ед., что говорило о неудовлетворительной адаптации. Функциональные способности пациентов по шкале Katz ADL составили 4 [5; 6,5] балла и указывали на отсутствие потребности в постороннем уходе. При анкетировании по вопроснику КОП–25 большинство (39 из 42) пациентов продемонстрировали низкий (менее 50%) уровень приверженности. Средние показатели приверженности лекарственной терапии составили $32,7 \pm 2,3\%$, медицинскому сопровождению – $35,4 \pm 3,0\%$, модификации образа жизни – $32,0 \pm 4,1\%$, лечению в целом – $32,6 \pm 2,7\%$. Корреляционный анализ показал, что приверженность лечению не связана с физическими или функциональными способностями пациента, а зависит от его личностных особенностей и социально-экономических факторов среды.

В соответствие с установленным низким уровнем приверженности была разработана индивидуальная стратегия ведения гериатрических пациентов. В качестве оптимальных лечебных вмешательств были признаны: прием минимально возможного числа препаратов однократно в день, посещения врача «по требованию» без обязательных визитов, минимальный набор рекомендаций по модификации образа жизни.

Заключение. *При определении индивидуальной стратегии ведения пожилого пациента с соматической патологией следует быть готовым к низкому уровню приверженности и учитывать это обстоятельство при выработке рекомендаций по лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни.*

КАК МЕНЯЕТСЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ РАЗНЫХ ОТДЕЛОВ СКЕЛЕТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ДЛИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОВАЛЕНКО П.С., ДЫДЫКИНА И.С., СМИРНОВ А.В.

ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация

Цель. Оценить динамику минеральной плотности костной ткани (МПК) при длительном наблюдении пациентов с РА.

Материал и методы. Включены 107 женщин, средний возраст $63,7 \pm 8,3$ лет, длительность болезни исходно $14,3 \pm 9,8$ лет, длительность наблюдения $9,5 \pm 1,9$ лет. Исходно и в динамике выполнена рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника (L1-L4), шейки бедра (ШБ) и проксимального отдела бедра (ПОБ), рентгенография грудного и поясничного отделов с оценкой деформаций позвонков по Дженант.

Результаты. МПК в L1-L4 достоверно не изменилась: $0,896 \pm 0,155$ vs $0,894 \pm 0,158$.

Установлена отрицательная динамика ($p < 0,05$) МПК в ШБ и ПОБ: $0,683 \pm 0,119$ и $0,632 \pm 0,107$; $0,789 \pm 0,139$ и $0,754 \pm 0,142$ г/см², соответственно. Отмечено увеличение ($p < 0,05$) числа пациентов с деформациями (переломами) позвонков: с 17 (16%) до 52 (48%) в грудном и с 7 (6%) до 13 (12%) в поясничном отделах и усиление выраженности степени деформации в данных отделах: индекс тел позвонков снизился с $0,77 \pm 0,07$ до $0,73 \pm 0,1$ и с $0,74 \pm 0,08$ до $0,7 \pm 0,1$, соответственно. Отмечена тенденция к увеличению МПК в L1-L4 с $0,911 \pm 0,195$ до $0,936 \pm 0,206$ г/см² в группе пациентов с деформациями в поясничном отделе ($n=13$), в отличие от группы пациентов без деформаций: $0,894 \pm 0,149$ и $0,884 \pm 0,151$ г/см². В группе пациентов с возрастом при включении ≥ 55 лет ($n=63$) выявлено увеличение МПК в L1-L4: $0,870 \pm 0,146$ vs $0,898 \pm 0,164$ ($p=0,02$). В то время как в группе возраста при включении < 55 лет ($n=44$) выявлено снижение МПК: $0,870 \pm 0,146$ vs $0,898 \pm 0,164$ ($p=0,0003$). Отмечена тенденция к увеличению МПК в L1-L4 среди пациентов, принимавших глюкокортикоиды (исходно или на момент повторного обследования). Достоверное снижение МПК в области бедра было зафиксировано вне зависимости от приема глюкокортикоидов и от возраста при включении.

Заключение. Увеличение МПК в L1-L4 отмечалось у исходно более старших по возрасту пациентов и, по-видимому, связано с нарастанием компрессионных деформаций позвонков указанного отдела, в отличие от исходно более молодых пациентов, у которых отмечалось уменьшение МПК. Вне зависимости от исходного возраста пациентов и приема глюкокортикоидов наблюдалось достоверное снижение МПК в области шейки и проксимального отдела бедра.

СИМПАТИКОТОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

КОВЕШНИКОВ А.И.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Российская Федерация

Цель. Выявить склонность к симпатикотонии у больных, перенесших деструктивные осложнения (кровотечения и перфорации) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Материалы и методы. Обследовано 120 больных (68 мужчин, 52 женщины, медиана возраста 35 лет) в стадию эндоскопически подтвержденного обострения ЯБДК. Испытуемые были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 65 пациентов (39 мужчин, 26 женщин, медиана возраста 33 года), которые не имели в анамнезе осложнений, во 2-ю – 55 больных (29 мужчин, 26 женщин, медиана возраста 38 лет), имевших в анамнезе кровотечения и перфорации язвы более 1 года назад. Вегетативный тонус оценивался с помощью индекса Кердо, который рассчитывался по стандартной формуле: $ВИ = (1 - ДД / ЧСС) \times 100$, где ВИ – вегетативный индекс, ДД — диастолическое давление; ЧСС — частота сердечных сокращений в 1 мин. Нормотония диагностировалась при ВИ = 0. Если коэффициент ВИ положительный, то преобладают симпатические влияния, если отрицательный, то парасимпатические.

Результаты. При исследовании вегетативного тонуса больных с рецидивом ЯБДК с помощью индекса Кердо у 75 (62,5 %) пациентов была диагностирована ваготония, у 12 (10,0 %) – нормотония, а у 33 (27,5 %) – симпатикотония. Среди больных ЯБДК с клинически выраженной тревогой/депрессией 8 (72,7 %) были симпатикотониками, 1 (9,1 %) – нормотоником и 2 (18,2 %) ваготониками.

Заключение. *Для осложненного течения ЯБДК характерны проявления симпатикотонии. Таким образом, симпатикотонию при ЯБДК можно считать предиктором раннего развития деструктивных осложнений.*

СЛУЧАЙ СТАРЧЕСКОЙ ПРЕАСТЕНИИ У МУЛЬТИМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОЗЫРЕВ С.Е., ЛАРИНА В.Н.

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

Описание клинического случая. Пациентка 76 лет, в течение нескольких лет отмечает снижение скорости ходьбы, быстро возникающую усталость в ногах. В анамнезе: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда (ИМ, 6 лет назад). Терапия: инсулин аспарт 45 Ед/сут, инсулин левемир 46 Ед/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 10 мг/сут, индапамид 1,5 мг/сут, L-тироксин 75 мкг/сут. Семейный анамнез отягощен (отец перенес ИМ в 45 лет). Когнитивный статус соответствует 28 баллам по шкале MMSE. Индекс приверженности здоровому образу жизни по интегральной шкале - неудовлетворительный. Физическая активность соответствует гиподинамии (опросник IPAQ – 6 баллов). При осмотре: индекс массы тела – 29,67 кг/м², окружность талии – 96 см. Артериальное давление (АД) 155/65 мм рт. ст. Ортостатическая проба: снижение систолического АД на 14 мм рт.ст., диастолическое АД не изменилось. По опроснику «Возраст не помеха» набрано 2 балла (нет преастении, астении), по краткой батарее тестов физического функционирования (КБТФФ) - 9 баллов (преастения). Результат кистевой динамометрии соответствует 18 даН (саркопения). Тест «Встань и иди» выполнен за 14,4 секунд (риск падений).

Трудности в диагностике и лечения данного пациента. Скрининг старческой астении (СА) рекомендован всем пациентам ≥ 60 лет, однако внимание к данной проблеме недостаточное. Существует множество диагностических критериев СА, основными из которых являются концепция фенотипической «хрупкости» Fried и модель накопления дефицитов Rockwood, но единого подхода к диагностике СА нет. В представленном наблюдении принятая в России скрининговая оценка по опроснику «возраст не помеха» не соответствует результатам КБТФФ и кистевой динамометрии, рекомендуемых для пациентов с ≥ 3 баллами по этому опроснику.

По результатам комплексной гериатрической оценки выявлена старческая преастения, при которой базовая функциональная активность пациента сохранена.

Заключение. *Старение населения обуславливает значимость возраст-ассоциированных синдромов, в частности, старческой преастении, промежуточного, потенциально обратимого состояния, предшествующего СА, и астении – предикторов сердечно-сосудистых событий и смерти. Случай демонстрирует значимость комплексного подхода к оценке здоровья мультиморбидных пациентов для повышения эффективности оказания медицинской помощи, особенно на этапе до развития СА.*

ВЛИЯНИЕ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРИДОГРАММЫ ПОКОЯ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

КОМКОВ Д.С.

ООО фирма «ЯТМ», г. Надым, Российская Федерация

В результате проведенных в последние годы научно-исследовательских работ получены многочисленные и хорошо согласованные между собой данные разных авторов о влиянии как сезонных, так и суточных колебаний метеоусловий на течение артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, частоту развития приступов фибрилляции предсердий. Открытым остается вопрос о том, является ли метеопатия следствием самого заболевания, сенсibiliзируя пораженные органы-мишени к воздействию факторов среды или же, наоборот, является независимым дополнительным фактором риска, отягощая прогноз для жизни и здоровья. В связи с этим представляется актуальным изучение объективных предикторов метеопатии у здоровых лиц и сопоставление их с уже имеющимися данными.

Цель. Изучение влияния суточных колебаний метеоусловий на основные показатели ЭКГ покоя и определение перспективности дальнейшей работы по определению объективных предикторов метеопатии в когорте здоровых лиц.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации лиц, обратившихся в период с января по март 2024 года по поводу прохождения предварительных и периодических медицинских осмотров. В исследование включались лица в возрасте от 18 до 65 лет без установленных сердечно-сосудистых заболеваний и признаков гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ. Анализу подвергались ЭКГ покоя, выполненные в рамках прохождения указанных медосмотров в период с 8 до 11 часа утра. Метеорологические условия на дату проведения исследований учитывались в соответствии с погодной сводкой аэропорта г. Надым по состоянию на 8 часов утра (находится в 9 км от медицинской организации, в которой проводилось исследование).

Результаты. Отобраны 331 ЭКГ покоя здоровых лиц, соответствующих критериям включения в исследование (70,7% мужчин; средний возраст $37,3 \pm 11,9$ лет). По результатам статистической обработки выявлены: отрицательная корреляция частоты сердечных сокращений и температуры воздуха в день проведения исследования ($r=0,28$, $p=0,03$), положительная корреляция между продолжительностью интервала PQ и относительной влажностью воздуха ($r=0,23$, $p=0,01$), отрицательная корреляция между продолжительностью интервала QTc, перепадом температуры воздуха ночью накануне исследования ($r=0,21$, $p=0,021$) и скоростью ветра в день исследования ($r=0,27$, $p=0,001$).

Заключение. Таким образом, в ходе проведения поискового исследования выявлены слабые, но статистически значимые, корреляции между метеорологическими условиями и некоторыми показателя ЭКГ покоя, что позволяет обосновать актуальность проведения дальнейших исследований в данном направлении с целью выявления предикторов метеопатии как у здоровых лиц, так и у пациентов с установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выявленные взаимосвязи могут в дальнейшем оцениваться в рамках прохождения диспансеризации, что позволит более детально определить группы риска и разработать персонализированные стратегии профилактического вмешательства.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТАДИИ

КОРИЧКИНА Л.Н., ПОСЕЛЮГИНА О.Б., ЗЕНИНА О.Ю., ВИЛКОВА Ю.В.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» МЗ РФ, Тверь, Российская Федерация

Цель. Оценить характер сопутствующих заболеваний у больных артериальной гипертонией (АГ) III стадии.

Материал и методы. Обследовано 98 (средний возраст 64,45 года) больных с верифицированным диагнозом АГ III стадии в ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» на фоне показанной терапии. Пациенты были разделены по полу: 1-ю группу составили мужчины (45, 65,58±9,12), 2-ю группу - женщины (53, 65,19±10,02). У пациентов проводили анализ заболеваний по системам органов, подсчитывали индекс полиморбидности по Charlson (1987) в модификации R. A. Deyo (1992). Статистическую обработку проводили с использованием пакета программы «Microsoft Excel», «Biostat-2007», рассчитывали показателя шансов.

Результаты. У больных АГ III стадии в целом выявлено 440 случаев заболевания, при этом у женщин всего – 257 (58,4%), у мужчин - 183 (41,6%, $p = 0,001$), в среднем каждая женщина имела 4,84 случая заболевания, мужчина - 4,1. Среди полиморбидной патологии на первом месте у мужчин и женщин находились болезни желудочно-кишечного тракта, на втором - сердечно-сосудистые заболевания, на третьем - болезни нервной системы. У женщин статистически значимо больше шансов иметь цереброваскулярные болезни в 2,4 раза ($p = 0,05$), эндокринные - в 2,9 раза ($p = 0,003$), сахарный диабет - в 2,8 раза ($p = 0,05$), хроническую болезнь почек С3 - в 3,14 раз ($p = 0,001$), чем у мужчин. У последних шанс наличия коронарного атеросклероза ($p = 0,03$) был выше, по сравнению с женщинами. Индекс полиморбидности в целом равнялся 6,16 балла, и был выше у женщин при наличии перенесенного инфаркта миокарда (ИМ, 6,6 балла, против 5,65 балла у мужчин). У больных АГ III стадии в сочетании с ИМ было наименьшее число полиморбидной патологии, а при сочетании ИМ с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) – наибольшее.

Заключение. Пациент с АГ III стадии имеет 4 и более сопутствующих заболеваний различных систем органов. У женщин больше шансов иметь цереброваскулярные болезни, сахарный диабет, хроническую болезнь почек 3 стадии, у мужчин – коронарный атеросклероз.

СОЧЕТАННАЯ МИКОБАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ

КОСТОЯКОВА Е.П., ЛОГИНОВА Ю.А.

Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск, Российской Федерации

Описание клинического случая. Пациенты с муковисцидозом, у которых в процессе заболевания формируются множественные бронхоэктазии находятся в зоне риска развития микобактериоза легких, который вызывается нетуберкулезными микобактериями (НТБМ). Крайне редко в клинической практике одновременно наблюдается микобактериоз и туберкулез легких. Пациентка 24 года, страдает муковисцидозом, смешанная форма (легочно-кишечная), год назад беременность и роды. Обратилась с симптомами интоксикации и кашля, в терапевтический стационар. Антибактериальная терапия клинически не дала положительного эффекта. На КТ легких вокруг ранее определяемых бронхоэктазов в нижних и в верхних отделах легких визуализировалась диссеминация.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. В мокроте методом микроскопии были обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ (+++)), проконсультирована фтизиатром, перенаправлена в специализированное учреждение. Методом ПЦР – обнаружена ДНК МБТ, чувствительность к изоназиду и рифампицину сохранена, посев - выявлен рост МБТ, чувствительность к препаратам первого ряда сохранена, дополнительно обнаружен рост НТБМ, которые были идентифицированы как *M. abscessus subsp. abscessus*. Лечение согласно массе тела по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза (изониазид, рифампицин, пиперазид, этамбутол). После выявления НТБМ в схему на весь период химиотерапии были добавлены кларитромицин и левофлоксацин.

Лечение продлилось 14 месяцев, положительные посевы на МБТ сохранялись 4 месяца, а на НТБМ 8 месяцев. В завершении терапии на КТ легких - улучшение пневматизации легочной ткани за счет уменьшения количества очаговых теней, площади консолидации и уменьшения выраженности интерстициального компонента воспаления вокруг бронхоэктазов.

Заключение. *Почему случай важен для клинической практики? Алгоритм обследования данной пациентки был полностью соблюден – хронически текущий воспалительный процесс в легких должен быть обследован на туберкулез. Клинический случай уникален одновременным выявлением у пациентки при муковисцидозе микст микобактериальной инфекции. Это стало возможным при внедрении в клиническую практику современного лабораторного оборудования, позволяющего дифференцировать возбудителей данных заболеваний. До использования методов лабораторной дифференцировки при КУМ (+) подобные случаи считались туберкулезом, что влияло на применяемую терапию и в итоге снижалась эффективность лечения.*

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

КОТОВА И.С., ЖЕЛАНОВ В.В.

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

Актуальность. В последние десятилетия произошла революция значимости бессимптомной гиперурикемии, ее влияние на состояние эндотелия сосудистого русла позволяет оценивать повышение уровня мочевой кислоты, как предиктор сердечно-сосудистых катастроф. В клинической практике, все чаще стали обращать внимание на повышение уровня мочевой кислоты у пациентов, перенесших COVID-19 в тяжелом течении.

Цель. Проанализировать результаты исследований, указывающих на патогенетические причины вероятной бессимптомной гиперурикемии у пациентов, перенесших COVID-19 в тяжелой стадии.

Материалы и методы. Анализу подлежали истории болезни 103 пациентов с внегоспитальной пневмонией вирусной этиологии с подтвержденным ПЦР-исследованием, у которых была выраженная дыхательная недостаточность, не ниже II ст., снижение сатурации ниже 90% и лабораторные признаки цитокинового шторма. Определялось содержание мочевой кислоты в сыворотке крови при наблюдении пациентов в стационаре и после выписки.

Результаты. У большого числа пациентов в постковидном периоде наблюдается сохраняющееся повышение уровня мочевой кислоты, у мужчин в среднем в 1,2 раза от верхней границы нормы, у женщин в 1,17 раз. Данный лабораторный показатель может быть объяснен взаимосвязью между эугликемической гиперинсулинемией, возникшей в результате инсулинорезистентности в ответ на выработку медиаторов воспаления IL 6, ФНО- α . Также, увеличение количества мочевой кислоты в сыворотке крови может быть связано с гипоксией, возникшей при дыхательной недостаточности и снижении сатурации, так как усиление степени гипоксии активизирует распад пуринов до мочевой кислоты с образованием ксантиноксидазой активных форм кислорода, которые приводят к системному оксидантному стрессу, усилению липопероксидации мембранных структур.

Немаловажным фактором в развитии гиперурикемии является применение фавипиравира в лечение вирус-индуцированной пневмонии. По данным исследований, частым осложнением терапии фавипиравиром у пациентов с COVID-19 является увеличение концентрации мочевой кислоты (до 84 %). Гиперурикемия развивалась более чем у половины пациентов, получавших фавипиравир в российском исследовании TL-FVP-t-01.

Заключение. *Патогенетические механизмы воспалительных реакций при COVID-ассоциированной пневмонии, этиотропное лечение фавипиравиром могут приводит к повышению уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, что неблагоприятно сказывается на этапе реабилитации пациентов и ухудшает прогноз, вызывая риски сердечно-сосудистых осложнений.*

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИКСИРОВАННОЙ ОБСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

КРАПОШИНА А.Ю., ДЕМКО И.В., СОБКО Е.А.

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

Актуальность. Бронхиальная астма представляет собой глобальную проблему для здравоохранения. Среди пациентов, которые не могут достигнуть контроля, особую группу составляют пациенты с тяжелой астмой. Частые обострения астмы значительно снижают качество жизни пациентов, становятся причиной потери трудоспособности, инвалидизации и летального исхода. Несмотря на наличие эффективных методов лечения, проблема остается актуальной.

Цель. Оценка клинических, функциональных и иммунологических особенностей и фармакотерапии бронхиальной астмы тяжелого течения в реальной практике для оптимизации базисной патогенетической терапии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 83 пациента с диагнозом бронхиальная астма тяжелого течения. Пациенты с астмой были распределены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия фиксированной обструкции дыхательных путей. Определение концентрации цитокинов IL-4, IL-13, IL-5, IL-9, периостина, катепсина S, TGF- β в плазме крови проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Иммунный статус исследовался на проточном цитофлуориметре NAVIOS Flow Cytometer.

Результаты. В исследуемых группах больных бронхиальной астмой тяжелого течения мы обнаружили снижение уровня Т-хелперов и иммунорегуляторного индекса с одновременным повышением естественных Т-киллеров, активированных Т- и В- лимфоцитов, цитотоксических, наивных Т-лимфоцитов и фагоцитарного индекса в сравнении с группой практически здоровых лиц. Мы не обнаружили различий в иммунном статусе между исследуемыми группами и полученные изменения не зависели от наличия или отсутствия фиксированной обструкции дыхательных путей. В обеих группах с тяжелой астмой обнаружено повышение содержания катепсина S и TGF- β в плазме крови по сравнению с группой практически здоровых лиц. Наиболее значимыми факторами риска формирования фиксированной обструкции дыхательных путей были: концентрация FeNO более 20 ppb (ОШ= 6,0) и прием короткодействующих β 2-агонистов более 4 ингаляций в день (ОШ= 4,2). Выявлено значимое улучшение клинического состояния пациентов тяжелой астмой с фиксированной обструкцией на фоне приема генно-инженерной биологической терапии в течение года.

Заключение. Тяжелая астма является вариабельной и зависит от правильного выбора тактики ведения. Длительный прием таргетной терапии может изменить фенотип тяжелой бронхиальной астмы. Выявление факторов риска, влияющих на формирование фиксированной обструкции дыхательных путей, позволит вовремя провести их коррекцию.

ПАЦИЕНТ С БРОНХООБСТРУКЦИЕЙ И ЭОЗИНОФИЛИЕЙ

КРАСНИКОВА В.И., КАРОЛИ Н.А

ФГБОУ ВО СарГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной терапии, г. Саратов, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент М., 64 лет в октябре 2023 г. поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на сухой непродуктивный кашель, прогрессирующее одышки смешанного характера. Из анамнеза известно, что при выполнении КТ ОГК в феврале 2023 г., обнаружены интерстициальные изменения верхней доли правого легкого по типу «матового стекла». В сентябре 2023 г. пациент был госпитализирован в инфекционный стационар в связи с повышением температуры до 37,4°C, одышки. При лабораторном исследовании: эозинофилия 6%, нормальные острофазовые показатели, интерстициальные изменения при КТ ОГК. Проводилась антибактериальная терапия и дексаметазоном без эффекта. Пациент направлен в пульмонологическое отделение.

Из анамнеза: бывший курильщик (индекс курения 8 пачка/лет). Профессиональный, лекарственный, бытовой анамнез без особенностей. В течении двух последних лет отмечает контакт с домашней птицей. В анамнезе аллергия на пыльцу сорных трав в летний период с 2022 г. в виде ринита.

При поступлении отмечена гипоксемия (SpO₂ 88%), аускультативно выраженная бронхообструкция. При спирографии выявлены крайне-тяжелые обструктивные нарушения (ОФВ₁ 25%), проба с бронхолитиком отрицательная. Лабораторно выявлены эозинофилия 9,2%, повышение IgE (137 ммоль/л), кристаллы Шарко-Лейдена в общем анализе мокроты. При КТ ОГК: двусторонние интерстициальные поражения верхних отделов легких по типу «матового стекла» и признаки поражения мелких дыхательных путей по типу «бронхиолита».

С учетом отсутствия значимого фактора риска (курения), выраженной эозинофилии из дифференциально-диагностического поиска исключена ХОБЛ. Убедительных данных в пользу бронхиальной астмы не получено (нет типичных клинических симптомов, гиперреактивности дыхательных путей, обратимости бронхиальной обструкции под действием бронхолитиков).

Учитывая пограничную эозинофилию и бронхообструктивный синдром нельзя исключить эозинофильный гранулематоз с полиангиитом, однако необходимого количества диагностических критериев в пользу этого заболевания получено не было (АНЦА отрицательны).

С учетом контакта с домашней птицей, наличия поражения легких в виде интерстициального компонента и бронхиолита, установлено наличие гиперчувствительного пневмонита.

Проведена терапия метилпреднизолоном 500 мг №3, преднизолон перорально 20 мг, комбинацией ингаляционная терапия будесонид+формотерол с положительным эффектом: одышка значительно уменьшилась, ОФВ₁ 71%, эозинофилы 0,2%, SpO₂ 95%.

Заключение. Сочетание бронхообструктивного синдрома и эозинофилии требует разработки индивидуального алгоритма дифференциальной диагностики, включая стандартные методы: сбор анамнеза, оценку клинических проявлений, а также добавление в план обследования серологических тестов, в более сложных ситуациях гистологическое исследование биоматериала.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ ANXA5 И РЯДОМ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С SARS-COV-2

КУРМАЕВА А.Ш., ПОЛУНИНА О.С., ПРОКОФЬЕВА Т.В.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Российская Федерация

Актуальность. Коронавирусная инфекция (COVID-19) – это высококонтагиозное заболевание, сохраняющее актуальность, несмотря на окончание пандемии. Развитие пульмональных осложнений у пациентов с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2, находит отражение в содержании циркулирующих маркеров апоптоза, изучение которых играет важную клиничко-диагностическую и прогностическую роль. Одним из таких маркеров является ANXA5, который обладает мощной биологической активностью. Изучение корреляционных связей между уровнем ANXA5 и рядом клиничко-инструментальных характеристик у больных с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2, является актуальным для специалистов терапевтического профиля в понимании факторов, влияющих на интенсификацию апоптотических процессов.

Цель. Оценить корреляционные связи между уровнем ANXA5 и рядом клиничко-инструментальных характеристик у больных с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Обследовано 90 больных с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2, находящихся под наблюдением врачей-пульмонологов и терапевтов поликлиник г. Астрахани. Среди пациентов было 47 мужчин (52,2%) и 43 женщины (47,8%). Медиана возраста составила 47 [39; 57] лет. В группу контроля вошло 30 здоровых добровольцев. Определение уровня ANXA5 (нг/мл) в сыворотке крови проводилось методом ИФА с использованием анализатора иммуноферментных реакций «Униплан» АИФР-01 (ЗАО «Пикон», Россия).

Результаты. Уровень ANXA5 при поступлении в стационар составил 11,71 [2,48; 28,24], что было статистически значимо выше ($p < 0,001$), чем в контрольной группе – 1,19 [0,84; 1,62] нг/мл. Были обнаружены прямые корреляционные связи между уровнем ANXA5 и возрастом пациентов с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2 ($\rho = 0,415$, $p < 0,001$), а также количеством сопутствующих заболеваний ($\rho = 0,35$, $p < 0,001$). Уровень ANXA5 был статистически значимо выше у пациентов с пониженным уровнем сатурации кислорода крови, выявлены корреляционные связи обратной силы ($\rho = -0,552$, $p < 0,001$).

Заключение. *Наличие прямых корреляционных связей уровня ANXA5 с возрастом и количеством сопутствующих заболеваний и обратных – с уровнем сатурации кислорода крови, заставляет учитывать данные факторы при оценке апоптотических процессов у пациентов с пневмонией, ассоциированной с SARS-CoV-2.*

COVID-19 КАК ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ЛАГУТИНА С.Н., СКУРАТОВА О.С., ДОБРЫНИНА И.С., ЕСИНА Е.Ю., ПАШКОВА А.А.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Российская Федерация

Актуальность. На протяжении последних лет актуальной проблемой здравоохранения стала пандемия COVID-19, причиной этому послужила не только тяжесть течения данного заболевания, но и серьезные отдаленные последствия. Неоднократные исследования ученых подтверждают причастность COVID-19 к формированию патологий различных систем организма.

Описание клинического случая. Пациент А., 19 лет обратился с жалобами на жидкий стул до 3 раз в сутки с небольшим количеством слизи, ощущением дискомфорта в брюшной полости, периодические схваткообразные боли перед актом дефекации, вздутие живота. Из анамнеза известно, что пациент в ноябре 2019 года был впервые госпитализирован по скорой помощи в хирургический стационар с диагнозом: «Ишиоректальный абсцесс; Сфинктерит. Анальные трещины. Проктосигмоидит с эрозиями неясной этиологии». Было проведено оперативное вмешательство: вскрытие гнойного очага, назначено консервативное лечение – антибиотикотерапия, прием нестероидных противовоспалительных препаратов, физиотерапевтические процедуры.

В январе 2021 года пациент отметил субфебрильную гипертермию, общую слабость, сонливость, потерю вкуса и обоняния. Был поставлен диагноз «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, легкая форма». В мае 2021 года, спустя 4 месяца после перенесенного COVID-19, появились боли в животе, неоформленный стул. В ходе проведения колоноскопии с биопсией были выявлены язвенные изменения в области купола слепой кишки и баугиниевой заслонки, стеноз баугиниевой заслонки, афты дистального отдела сигмовидной кишки, картина колита, сигмоидит, проктит, сфинктерит. При гистологическом исследовании частиц слизистой толстой кишки выявлена морфологическая картина хронического выраженного высокоактивного гранулематозного колита с геморрагическим компонентом, что соответствует картине болезни Крона. СРБ – 8 мг/кг, фекальный кальпротектин – 921 мкг/г. Принимая во внимание наличие смешанной формы болезни Крона, было принято решение назначить антицитокиновую терапию инфликсимабом в дозе 5 мг/кг по схеме 0-2-6-8 недель совместно с приемом азатиоприна 75 мг длительно.

Заключение. В данном клиническом наблюдении перенесенная больным новая коронавирусная инфекция выступает в качестве триггера и определяет появление выраженной клинической картины болезни Крона. Уже имевшиеся ранее у пациента иммунологические сдвиги в слизистой тонкого и толстого кишечника в комплексе с иммунным ответом к вирусу SARS-CoV-2 стали причиной активации аутовоспалительного процесса.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭКГ, ЭХОКГ И УРОВНЕЙ БИОМАРКЕРОВ НЕКРОЗА МИОКАРДА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ОККЛЮЗИОННОМ ПОРАЖЕНИИ ИНТЕРМЕДИАРНОЙ АРТЕРИИ

ЛАПИНА Е.С., НИКУЛИНА Н.Н., ЯКУШИН С.С., КИРЬЯНОВ Е.И., ФИГОЛЬ А.К.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО ОККД, г. Рязань, Российская Федерация

Изменения электрокардиограммы (ЭКГ) и данные эхокардиографии (ЭХОКГ) при инфаркте миокарда (ИМ) вследствие окклюзии интермедиарной артерии (ИМВ) не определены, требуется их изучение для выработки оптимальной тактики при данном варианте коронарной анатомии.

Цель. Сопоставление ЭКГ, ЭХОКГ и уровней биомаркеров некроза при ИМ с инфарктсвязанной ИМВ.

Материал и методы. Включены больные ИМ 18 лет и старше с изолированными окклюзией или значимым стенозом ($\geq 70\%$) ИМВ по данным коронарографии (КАГ). Проводилось сопоставление ЭКГ, протоколов ЭХОКГ с уровнями креатинкиназы-МВ (КФК МВ), тропонина (ТН).

Результаты. Включено 8 пациентов 34–73 лет, средний возраст $59 \pm 11,7$ лет, из них 6 мужчин. КАГ выявила острую окклюзию ИМВ у 4 пациентов, сужение от 70 до 99% - у 4. У 7 пациентов на ЭКГ отмечались подъем сегмента ST (\uparrow ST) в I, $aVL \leq 0,1$ mV (1 мм) в различных сочетаниях с депрессией сегмента ST (\downarrow ST) 0,5-1,5 мм V1-V3±V4, \downarrow или \uparrow ST в III, aVF, \uparrow ST V5-V6±V3, V4, отсутствием нарастания зубца R V1-V3±V4; у 3 «миграция» \uparrow ST из I, aVL в III, aVF. У 1 высокий широкий зубец T I, aVL, \downarrow ST < 1 мм III.

ЭХОКГ у 3 пациентов не выявила зон нарушения локальной сократимости (НЛС), фракция выброса (ФВ) 56-65%, а повышение (\uparrow) КФК МВ - 122 и 255 Е/л у 2, КФК МВ 20 Е/л при \uparrow ТН до 984 нг/л (норма до 29 нг/л) у 1. У 3 пациентов выявлена гипокинезия боковой, нижней, передней стенок, верхушки, у 2 - ФВ 50% (Teiholz), у 1 - 42% (Simpson) при \uparrow КФК МВ 151 Е/л – 644 Е/л. У 1 пациента диагностирован гипокинез нижней стенки, ФВ 46% (Teiholz), КФК МВ 439 Е/л, и еще у 1 пациента выявлен гипокинез МЖП, верхушки, ФВ 46% (Simpson), КФК МВ 198 Е/л. Положительный ТН – у 100%.

Заключение. Подъем сегмента ST в исследуемой когорте не достигал общепринятых критериев \uparrow ST $\geq 0,1$ mV и был транзиторным. У 3 пациентов не выявлено зон НЛС при высоких КФК МВ и положительном Тн. У 3 пациентов отмечались признаки вовлечения нескольких коронарных бассейнов по данным ЭКГ и ЭХОКГ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЛЕБЕДЕВ М.А., ПУГАЧЕВ М.И., ПАЦЕНКО М.Б., ОВЧИННИКОВ Ю.В.,
МЕЛЬНИЧЕНКО Л.И., ГУЛЯЕВ Н.И.

Филиал ФГБВОУВО «ВМА им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Москва,
Российская Федерация

Цель. Изучить функциональное и морфологическое состояние печени у пациентов с ХСН.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 пациентов с ХСН на фоне ГБ и ИБС в возрасте 50-75 лет, разделены на группы с ХСН I-IIa (Гр1; n=30), ХСН IIb-III стадии (Гр2; n=60). Группу сравнения составили здоровые пациенты той же возрастной группы без ХСН (ГрК; n=30). Верификация диагноза ХСН и оценка стадии заболевания проводилась на основании жалоб, данных объективного исследования больного, лабораторных данных (уровень NT-proBNP), инструментальных исследований (ЭХО-КГ, ЭКГ) и функциональных нагрузочных тестов (тест с 6-минутной ходьбой). Оценка функционального состояния печени проводили стандартными лабораторными методами, включающими показатели биохимического печеночного профиля (АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, альбумин), инструментальными методами (УЗИ печени и органов брюшной полости) и морфологическое исследование аутопсийного материала печени, полученного у 5 умерших за время исследования пациентов.

Результаты. У пациентов с ХСН в биохимическом анализе крови определялось статистически значимое ($p<0,05$), но клинически не существенное повышение уровня трансаминаз (до двух норм). В большей степени обращало внимание повышение уровня показателей холестаза. Так, уровень общего билирубина составил в Гр1 – 13,5(9,5;17); в Гр2 – 21,4(18,4;27,3) по сравнению с группой контроля 11,7(9,7;13,1). Выявлено повышение показателей щелочная фосфатаза (Гр1 – 76(56;87); Гр2 – 187(112;228); ГрК 53(44;64)) и гамма-глутамилтранспептидаза (Гр1 – 37(34;45); Гр2 – 67(54;93); ГрК 28(23;32)), которые имели статистические различия между всеми группами ($p<0,05$). Уровень альбумина у пациентов с ХСН был снижен и статистически значимо ($p<0,05$) различался в группах ХСН между собой и с группой контроля (Гр1 – 36,5 (35;38); Гр2 – 32,5(1,05;1,20); ГрК 1,01(0,96;10,8)). При ультразвуковом исследовании печени пациентов с ХСН обращало на себя внимание не выраженное, однако статистически значимое ($p<0,05$) увеличение размеров печени до 16 см (Me КВР в Гр2), увеличение площади селезенки до 45 см² (Me S в Гр2) и диаметра нижней полой вены до 21мм (Me D НПВ в Гр2). При патоморфологическом исследовании печени определялись признаки венозного застоя, в виде полнокровия синусоидов отмечались признаки фиброза в виде наличия перипортального фиброза, «нежных» тяжей соединительной ткани между портальными трактами с тенденцией к формированию псевдодолек.

Заключение. 1) У пациентов на фоне ХСН возникает повреждение печени, которое характеризуются изменениями биохимического профиля крови в виде повышения трансаминаз и показателей холестаза, морфологическими изменениями в виде увеличения размеров печени, изменениями микроструктуры печени в виде возникновения фиброза около портальных трактов и тяжей фиброза между портальными трактами с формированием псевдодолек.

2) Изменения в печени чаще выявляются и более выражены у пациентов со IIb-III стадией ХСН, на начальных стадиях возможно не существенное повышение биохимических печеночных маркеров.

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЛЕБЕДЕВ М.А., ПУГАЧЕВ М.И., ПАЦЕНКО М.Б., ОВЧИННИКОВ Ю.В., МЕЛЬНИЧЕНКО Л.И.
*Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России,
г. Москва, Российская Федерация*

Цель. Изучить состояние свертывающей системы больных с ХСН с применением интегральной методики: низкочастотной пьезотромбоэластографии (НПТЭГ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 пациентов с ХСН на фоне ГБ и ИБС в возрасте 50-75 лет, разделены на группы с ХСН I-IIa (Гр1; n=30), ХСН IIb-III стадии (Гр2; n=60), которые исследовались до назначения антиагрегантной и антикоагулянтной терапии. Группу сравнения составили здоровые пациенты той же возрастной группы без ХСН (ГрК; n=30). Верификация диагноза ХСН и оценка стадии заболевания проводилась на основании жалоб, данных объективного исследования больного, лабораторных данных (уровень NT-proBNP), инструментальных исследований (ЭХО-КГ, ЭКГ) и функциональных нагрузочных тестов (тест с 6-минутной ходьбой). Оценку системы гемостаза проводили стандартными лабораторными (МНО, АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген, Д-димер, антитромбин III) и интегральными (низкочастотной пьезотромбоэластографией) методами.

Результаты. У пациентов с ХСН в общем анализе крови определялось статистически значимое уменьшение количества тромбоцитов (Гр1 – 215(284;168); Гр2 – 185(163;284)) по сравнению с группой контроля 241(255;213), при анализе коагулограммы выявлялось снижение уровней протромбина (Гр1 – 89(98;81); Гр2 – 86(91;78); ГрК 105(106;98)) и антитромбина-III (Гр1 – 76,5(81;75); Гр2 – 73(76;69); ГрК 91(93;88)) и повышение МНО (Гр1 – 1,03(1,07;1,01); Гр2 – 1,12(1,05;1,20); ГрК 1,01(0,96;1,0,8)) у пациентов в группах с ХСН по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). При применении метода НПТЭГ у пациентов с ХСН определялось уменьшение показателей, характеризующих скорость полимеризации сгустка (интенсивность полимеризации сгустка) и плотность сгустка (максимальная амплитуда) при сравнении с группой контроля ($p < 0,05$).

Заключение. 1) У пациентов с ХСН отмечаются изменения системы гемостаза, которые характеризуются сдвигами в сторону гипокоагуляции.

2) Изменения свертывающей системы коррелируют с тяжестью заболевания и наиболее выражены у пациентов с ХСН 2б-3 стадии.

3) Низкочастотная пьезотромбоэластография подтверждает нарушения системы гемостаза, выявленные стандартными лабораторными методами (уровень тромбоцитов, показатели коагулограммы) и может быть рассмотрена как более чувствительный метод для использования в клинической практике у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ НА ОСНОВЕ МЕТОДА АУТОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

ЛЕБЕДЕВ П.А., ГРИШАНОВ В.Н, КОРНИЛИН Д.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра терапии ИПО с курсом функциональной диагностики, ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет им. академика С. П. Королева», г. Самара, Российская Федерация.

Цель. Установить прогностическую значимость неинвазивно определяемых конечных продуктов гликирования методом аутофлюоресценции кожи (АФК) у пациентов с клиническими проявлениями мультифокального атеросклероза.

Материал и методы. В проспективное исследование было включено 156 мужчин, госпитализированных с заболеваниями периферических артерий (ЗПА) и с диагнозом острого коронарного синдрома. Изучены клинические, антропометрические, биохимические, а также инструментальные параметры сердца и сосудов методами ультразвукового исследования. АФК определяли с помощью оригинального прибора-ридера, разработанного авторами. Наблюдение осуществлялось в сроки до 1043 дней (в среднем 736 дней).

Результаты. Параметр АФК в основных группах не различался, существенно превышая значения нормы ($p < 0,001$). Его исходные значения положительно и достоверно коррелировали с баллами по шкале клиническо-прогностических признаков ($r = 0,36$, $p < 0,001$), с хронической артериальной недостаточностью ($r = 0,23$, $p = 0,01$), фактом перенесенных операций на артериях ног ($r = 0,3$, $p = 0,02$) и индексом коронарных стенозов Syntax ($r = 0,4$, $p = 0,03$). За время наблюдения произошло 7 летальных случаев и не менее чем одна госпитализация, связанная с сердечно-сосудистыми событиями у 56 пациентов. Методом логистической регрессии в группе ЗПА определено, что факт госпитализации или летальности был связан с АФК и глюкозой плазмы крови, наличием хронической сердечной недостаточности выше 1 функционального класса. Параметры ROC кривой: $AUC = 0,73$ (чувствительность 71%, специфичность 68%). Использование в качестве тестовой выборки объединенной группы с ИБС ($n = 139$) характеризовалось приемлемым качеством модели: $AUC = 0,75$. Авторами создан калькулятор неблагоприятных исходов на основе параметра АФК, глюкозы и функционального класса ХСН.

Заключение. *Параметр АФК отражает процессы кардиоваскулярного ремоделирования и может быть использован как интегральный независимый предиктор смертности и СС событий у пациентов с разными клиническими формами атеросклероза.*

ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ПОД МАСКОЙ АСЦИТА

ЛИСОВСКАЯ М.А., ЧУРАКОВА Т.А., БАКИЕВА Л.А., РУССКИХ М.С., БУСЫГИНА М.С.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

Киста поджелудочной железы – ограниченное стенками образование в паренхиме органа, заполненное жидкостным содержимым, которое развивается вследствие травматического или воспалительного повреждения поджелудочной железы.

Описание клинического случая. Больная К., 40 лет поступила 09.11.2022г. экстренно в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, тошноту, увеличение в объеме живота, распирающие боли в животе. Считает себя больной в течение двух недель, когда впервые отметила головокружение, боль в животе. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала анальгин и спазмолитики. С 06.11 стал увеличиваться в размерах живот, появились распирающие боли в животе. 09.11 Направлена терапевтом на госпитализацию с предварительным диагнозом - токсическое поражение печени. Асцит. Перенесенные заболевания: киста яичника. Вредные привычки: курит 15 лет по 1 пачке в день. Трудовой анамнез: работает в клининге. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, приглушены. АД 110/60 мм рт.ст., ЧСС 108 уд в мин., Т 36,4. Живот увеличен в объеме, положительный симптом флюктуации, болезненный в эпигастральной области. Печень +2 см ниже края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Из анализов - гемоглобин 62 г/л (это считалось характерным для цирроза печени), тромбоциты- $456 \cdot 10^9$ /л, Л-8,9 $\cdot 10^9$ /л., АЛТ 78 Ед/л, АСТ-89 Ед/л, СРБ более 280 Ед/л, альбумин 31 г/л. По эхографии органов брюшной полости неинформативно в связи с повышенной пневматизацией кишечника. По рентгену органов грудной клетки – пневмония нижнедолевая справа. По экстренным показаниям проведена гемотранфузия 2 доз эритроцитарной взвеси, антибиотикотерапия. 10.11 консультирована хирургом - назначен лапароцентез, при проведении которого стала выделяться геморрагическая жидкость. Пациентка экстренно была переведена в хирургическое отделение с диагнозом-гемиперитонеум, проведена лапоротомия, при которой выявлен разрыв кисты поджелудочной железы. В хирургическом отделении получала лечение до 04.01. Выписана с улучшением.

Заключение. В приведенном случае продемонстрировано, что аррозивное кровотечение является грозным исходом псевдокист поджелудочной железы. С учетом стертости клинической картины диагноз был установлен только интраоперационно.

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ О ПРОБЛЕМЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЛУНЕВ В.И., ЛАРИНА В.Н., ФЕДОРОВА Е.В., ШЕРЕГОВА Е.Н., КЛАДОВИКОВА О.В.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра поликлинической терапии лечебного факультета, г. Москва, Российская Федерация

ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ» филиал №4, г. Москва, Российская Федерация

ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация

Мнение врачей о проблеме низкой приверженности пациентов лечению позволит выявить «слабые» места и определить возможные пути их устранения.

Цель. Оценка мнения врачей о проблеме приверженности лечению амбулаторных пациентов.

Материал и методы. Используя разработанную электронную форму анкетирования (9 вопросов, касающихся приверженности лечению амбулаторных пациентов), опрошены 105 врачей амбулаторного звена: врачи общей практики (ВОП) (51%), терапевты (27%), кардиологи (21%), другие специалисты (1%). Результаты анкетирования обработаны методом иерархического кластерного анализа.

Результаты. Выделены кластеры: К1 (n=33) – ВОП (70%), терапевты (27%); К2 (n=72) – ВОП (43%), кардиологи (29%), терапевты (26%). Врачи обоих кластеров правильно определяют приверженность лечению (К1=82%, К2=82%, $p=0,424$), при установлении у пациента диагноза сердечно-сосудистого заболевания следуют клиническим рекомендациям (К1=79%, К2=74%, $p=0,766$), считают, что поведение врача влияет на приверженность пациента лечению (К1=76%, К2=97%, $p=0,001$), а образовательные школы, особенно по темам «артериальная гипертензия», «хроническая сердечная недостаточность (ХСН)», «ишемическая болезнь сердца», «нарушения ритма», «хроническая болезнь почек» (К1=91%, К2=79%, $p=0,225$), могут повысить приверженность пациентов лечению (К1=94%, К2=89%, $p=0,500$). Полностью правильно указали группы лекарственных препаратов, показанные при ХСН со сниженной фракцией выброса для улучшения прогноза, 20 врачей (К2=28%), остальные респонденты ответили частично правильно (К1=100%, К2=72%, $p<0,001$).

Наиболее значимыми причинами низкой приверженности респонденты К1 считают низкий уровень медицинской грамотности пациента (46%), миграцию пациентов между врачами (отсутствие участкового принципа) (49%); К2 – отсутствие времени на приеме для разъяснения и улучшения мотивации пациента к лечению (68%), низкий уровень медицинской грамотности пациента (22%) ($p<0,001$). В К1 49% респондентов считают, что использование технологий и приложений мобильных телефонов повысит приверженность пациентов лечению, в К2 – 72% ($p=0,027$).

Заключение. Врачи амбулаторного звена считают необходимым повышение уровня медицинской грамотности пациента с помощью образовательных школ по причине отсутствия времени на приеме для разъяснения и улучшения мотивации пациента к лечению.

Работа выполнена при поддержке АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении» (Соглашение №0703-11/23 «ПривАмБ+К (Приверженность Амбулаторных Больных Кардиологического профиля)»; Договор №0703-11/23-ИНИР «ОПТИКАМП-КП (Оптимизация Приверженности Терапии И Комплаенса Амбулаторных Пациентов Кардиологического Профиля).

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА В РАМКАХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ

МАГДЕЕВА Н.А., ПЕТРОВА И.С., СМИРНОВА М.А
АО ЦЕНТРАВИАМЕД, г. Москва, Российская Федерация
ГБУЗ МО ССМП, г. Москва, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка: 21-летняя женщина. Из анамнеза известно, что 15.11.2017г перенесла транзиторную ишемическую атаку (ТИА) в каротидном бассейне справа на фоне асимметрии позвоночных артерий. Фоновым заболеванием была варикозная болезнь нижних конечностей с последующим оперативным лечением. С учетом ТИА в молодом возрасте назначена ПЦР-диагностика полиморфизмов генов свертывающей системы крови. По результатам обследования выявлены полиморфизмы, ассоциированные с риском развития тромбофилии: FGB-455 (гомозигота). В дальнейшем самочувствие было удовлетворительным, лекарственные препараты не принимала.

В ноябре 2020г, пациентка обратилась ко мне с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38С, насморк, аносмия. По данным ПЦР диагностики-коронавирусная инфекция. После проведенного комплексного лечения в течение 14 дней, состояние пациентки нормализовалось. Но стала отмечать тяжесть в нижних конечностях, связывала свое состояние с наличием хронической венозной недостаточности, за медицинской помощью не обращалась.

10.02.2021 г. остро возникла боль за грудиной, одышка в покое, тянущие боли в нижних конечностях; с диагнозом ТЭЛА пациентка была направлена в стационар. По дороге возникла головная боль, слабость в левых конечностях. Пациентка госпитализирована в неврологическое отделение ОНМК по экстренным показаниям. После курса лечения выписана с диагнозом ТИА от 10.02.2021г. (УЗДГ БЦА-без патологии, УЗДГ-нижних конечностей не выполнялось). Ангиография БЦА: Гемодинамически значимых препятствий кровотоку в экстра- интракраниальных сегментах брахицефальных артерий не выявлено. Данных за аневризматическую болезнь АВМ сосудов головного мозга не выявлено. Деформации, дислокации сосудов не определяется.

После выписки из стационара сохранялись тянущие боли в нижних конечностях, слабость в нижних конечностях. 12.03.2021г- отмечает усиление боли в нижних конечностях, нарастание одышки в покое. Выполнено: УЗДГ сосудов нижних конечностей, результаты: Острый тромбоз притоков БПВ правой нижней конечности. ТЭЛА? В экстренном порядке пациентка госпитализирована в отделение сосудистой хирургии.

КТ-ОГК: данных за ТЭЛА нет. Назначен: ривароксабан 20 мг 1 раз в день. Выписана из стационара для продолжения лечения по м/ж. Консультация гематолога для коррекции лечения. На фоне приема антикоагулянта состояние без улучшения. Пациентка направлена на консультацию к гематологу в «ФГБУ НМИЦ гематологии» Минздрава России с предварительным диагнозом: Тромбофилия? Антифосфолипидный синдром? Заключение. ФГБУ НМИЦ гематологии: Диагноз: Тромбофилия. Гомозиготные полиморфизмы (мутации) генов-МТГФР, МТРР, Фибриноген. Гетерозиготные полиморфизмы (мутации) генов-МТР, РА1-1.

Антифосфолипидный синдром. Волчаночный антикоагулянт-положительно. АТ к бета2 гликопротеину 1-повышены. Тромбоз поверхностных вен обеих нижних конечностей (11.03.2021 г.)-сохраняющееся обострение. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Операция Эндовенозная лазерная облитерация большой подкожной вены справа (19.08.2020 г.). Повторные транзиторные ишемические атаки (2017г.; 10.02.2021г.).

Коррекция лечения: Избегать физических напряжений. Ривароксабан 20мг 1 таб. в день. Бисопролол 2,5мг 1 таб. в день. Дипиридамол 75мг 1 таб. 3 раза в день-мес. Витамин Е 0,4 1

капс. 2 раза в день-2мес. Никотиновая кислота 50мг 1 таб. на ночь -2мес. Диклофенак 50мг 1 таб. 3 раза в день- 1мес. Ангиовит 1 таб. в день-3мес. Наличие тромбозов было связано с наличием подтвержденной тромбофилии, антифосфолипидный синдром был рассмотрен как сопутствующая патология.

Через 12 недель контроль УЗИ вен н/к: Флеботромбоз притоков БПВ сохраняются.

Волчаночный антикоагулянт 1,38 (положительно). АТ IgG к фосфолипидам 3,81

(положительно). Антитела к бета2-гликопротеиду 32 (положительно).

Учитывая отсутствие эффекта, сохранение тромбофлебита БПВ и присоединение к клинике полиартрита с поражением мелких суставов, быструю утомляемость, утреннюю скованность, клинику синдрома Рейно, сетчатое ливедо. При осмотре ревматологом был выставлен диагноз: Системная красная волчанка, хроническое течение, А II. Антифосфолипидный синдром. ТИА в 2017 г., 2021 г. Рецидивирующий тромбофлебит БПВ. Положительный волчаночный антикоагулянт. Положительные АТ- к бета-2 гликопротеиду. Синдром Рейно клинически. Сетчатое ливедо.

Произведена коррекция лечения: кратковременно низкомолекулярный гепарин 7 дней п/к (в условиях стационара), метилпреднизолон 4 мг 2 таб 1 раз в день, варфарин 2,5мг 2 таблетки утром, контроль МНО - целевой уровень 2,5-3,0, ацетилсалициловая к-та 150 мг 1 т 1 раз в день, метотрексат 7,5 мг п/к, 1 раз в неделю, гидроксихлорохин 200 мг в сутки, профилактика лекарственных осложнений.

На фоне терапии самочувствие больной улучшилось, суставной синдром купировался, за последние три года рецидива тромбозов, тромбоемболий не было. Проводилась титрация дозы гормонов, в настоящее время – ½ таблетки метилпреднизолона. Через год с учетом стойкой ремиссии метотрексат был отменен.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Диагностика оказалась сложной и запутанной, требующая много сил и времени как со стороны врача, так и со стороны пациента. В данном клиническом случае трудности диагностики были связаны с наличием диагностированной тромбофилии в 2017г. Наличие тромбов было отнесено к данной патологии и вся тактика лечения строилась на этом. Однако необходимо учитывать, что у одного пациента возможно сочетание патологий, которые усугубляют тяжесть друг друга. Перенесенная коронавирусная инфекция явилась пусковым моментом для развития системной патологии соединительной ткани. Тяжесть состояния была обусловлена развитием рецидивирующих тромбозов, тромбоемболий, которые могли быть как проявлением патологии системы крови, так и антифосфолипидного синдрома.

Исход. После продолжительной базисной, антикоагулянтной, гормональной терапии состояние пациентки значительно улучшилось. Данных за тромбозы нет, клинических проявлений заболевания нет. В настоящий момент у пациентки стадия ремиссии на фоне минимального объема терапии: метилпреднизолон ½ таблетки 1 раз в день, гидроксихлорохин 200мг, курсами – вазоактивная терапия.

Заключение. Почему случай важен для клинической практики? Ежедневно в своей практике мы сталкиваемся с пациентами у которых выявляем нетипичное течение привычных заболеваний или наличие осложнений, которые не соответствуют уже имеющимся заболеваниям. Приводя в пример данный клинический, случай хотим показать, что важно не забывать, что мы можем встретить на своем пути сочетание достаточно редких заболеваний, как у данной пациентки. Одно заболевание может маскироваться под другое. При тщательной оценке клинических, лабораторных, инструментальных показателей с большой вероятностью можно установить верный диагноз и назначить адекватную терапию.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-3 ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

МАЙКО О.Ю., ТУКЕНОВА Г.Б.

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

Актуальность. Остеоартрит (ОА) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости у лиц старше 50 лет. Препарата хондроитина сульфата (ХС) – представляет собой сульфатированный глюкозаминогликан и применяется при лечении ОА в амбулаторной практике.

Цель. Оценить динамику уровня металлопротеиназы-3 (ММП-3) на фоне использования ХС у больных ОА коленных суставов.

Материалы и методы. В исследование включено 28 больных с выраженностью болевого синдрома по ВАШ ≥ 40 мм и необходимостью приема НПВП. Пациенты 1 группы (n=18), кроме НПВП (нимесулид), принимала ХС по 1 мл через день, с четвертой инъекции по 2 мл (100 мг/мл) внутримышечно через день на курс 25 инъекций в течение 7-8 недель. Во 2-й группе (n=10) назначалась только монотерапия НПВП в течение 14 дней в дозе 200 мг/сутки. Исходно и по окончании 2-х месячного курса терапии выполняли количественное определение ММП-3 на аппарате StatFax 2100 (США) с применением тест-системы SEA099Hu методом ИФА.

Результаты. До начала лечения препаратом ХС у всех больных показатели боли по ВАШ, индекса Лекена, и параметры КЖ по EQ-5D были значимо хуже средних популяционных величин ($<0,05$). Через 2 месяца от начала терапии показатели болевого синдрома при ходьбе по ВАШ у больных ОА снизились на 54%, выраженность боли в покое по ВАШ уменьшилась на 70%. Исходный уровень ММП-3 составил 313,4 (259; 439,1) нг/мл и был статистически значимо выше значений нормальных значений (134-182 нг/мл). По окончании курса сочетанной терапии (НПВП и ХС), произошло статистически значимое снижение уровня ММП-3 до 294,3 (181,1; 390,8). Причем, снижение значений ММП-3 отмечено у большинства (72%) больных.

Отмечалось наличие прямой корреляционной связи уровня ММП-3 с рентгенологической стадией (0,318, $p=0,046$) и длительностью ОА (0,317, $p=0,009$).

Заключение. *Результаты исследования показали высокую клиническую эффективность сочетанной терапии с применением препарата ХС у больных ОА коленных суставов. По окончании курсового сочетанного лечения ОА установлено статистически значимое снижение уровня ММП-3.*

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПЕРИОД СЕССИИ

МАЛЫШЕНКО О.С., КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., ИЛЬИНА А.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация

Формирование будущих врачей происходит в образовательном пространстве медицинского ВУЗа, и может быть взаимосвязано с большими интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, напряжением интеллектуальной сферы, что, в свою очередь отражается на состоянии когнитивных возможностей студента, включая кратковременную и долговременную память, внимание, концентрацию, способность к абстрактному мышлению.

Цель. Оценить внимание, сон и память у студентов разных факультетов медицинского университета в период сессии.

Материалы и методы. Проведен online-опрос, с использованием Google-формы, 200 студентов 2 - 4 курсов ФГБОУ ВО КемГМУ в первый и последний день «зимней» сессии. Большинство опрошенных обучаются на лечебном факультете – 83 (41,5%) человека, треть на педиатрическом – 53 (26,5%), на стоматологическом – 37 (18,5%), на фармацевтическом – 18 (9%) и медико-профилактическом – 1 (0,5%) человек. Составлен опросник на основе тестов: «Оценка нарушений сна», «Внимание» и «Память». Опросник включает в себя 18 вопросов с вариантами ответов от 1 до 6, которые наиболее точно отражают состояние испытуемого.

Результаты. Анализ изучаемых показателей показал, что у студентов лечебного факультета в период сессии концентрация внимания составила - 88%, уровень памяти - 81%, качество и количество сна – 34%. После сессии практически в два раза снизились концентрация внимания у большего количества студентов - до 38% и уровень памяти до 45%, а статус сна увеличился до 64%.

У студентов педиатрического факультета, в период сессии, концентрация внимания составила - 61%, уровень памяти - 53%, качество и количество сна – 28%. После сессии: концентрация внимания снизилась до 10%, оценка памяти до 39%, показатели сна увеличились до 40%.

Аналогичные показатели получены у студентов стоматологического факультета: 43% и 23%, 33% и 25%, 28% и 47% соответственно. Фармацевтического факультета: 35% и 13%, 23% и 15%, 25% и 33% соответственно. И медико-профилактического факультета: 38% и 16%, 29% и 19%, 9% и 25% соответственно.

41,7% студентов лечебного факультета во время сессии усердно готовятся к экзаменам, 58,3% студентов других факультетов предпочитают сочетать отдых и подготовку к экзаменам. Большинство опрошенных (82%) в период сессии отходят ко сну позже полуночи. После успешного завершения сессии 62,1% стараются лечь раньше. Причину позднего отхода ко сну связывают с: сессией – 69%, чтением книг и просмотром фильмов/сериалов – 17%, работой – 10%, бессонницей – 4%. Во время подготовки к экзаменам многие отвлекаются на социальные сети и общение с друзьями/родственниками. Из них треть студентов фармацевтического (34%) и стоматологического (29%), 19% - педиатрического и 18% лечебного факультетов.

После сессии большинство студентов отдыхают (89%), 11% пересдают экзамены (стоматологический факультет). При этом 68,3% опрошенных отметили, что в период после сессии запоминать новую информацию гораздо легче чем до сессии.

Заключение. В период сессии концентрация внимания и уровень памяти выше у студентов лечебного факультета, минимальные значения получены у обучающихся фармацевтического факультета. Показатели качества и количества сна, в период сессии, низкие у всех студентов не зависимо от факультета, и увеличиваются после сессии. Отмечено значительное снижение когнитивных функций в последний день сессии у всех обучающихся, не зависимо от факультета.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МАЛЫШЕНКО О.С., КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., ЯРОВИКОВА Н.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация

Приверженность лечению - один из важнейших факторов, характеризующих качество лечения и непосредственно влияющих на прогноз. Особенно это относится к пациентам с хроническими заболеваниями, лечение которых продолжается многие годы, а часто - пожизненно. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий с целью повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Цель. Оценить приверженность к лечению больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проведено анкетирование 132 пациентов (45 мужчин и 72 женщины), средний возраст 67,0 (61;81,3) лет. Длительность заболевания составила 11,0 (3,75;81,3) лет. Пациенты получали лечение: ингибиторы АПФ – 72 (54,5%) человека, бета-адреноблокаторы – 36 (27,2%), диуретики – 18 (13,6%), статины – 12 (31,8%), блокаторы кальциевых каналов – 12 (31,8%) и антагонисты ангиотензина – 36 (27,2%) человек. Приверженность к лечению оценивали с использованием теста «8-item Morisky Medication Adherence Scale» (MMAS-8).

Результаты. Большинство пациентов не наблюдаются у врача – 39 (29,5%) или наблюдаются раз в год – 24 (18,2%) и раз в 6 месяцев – 33 (25,0%). Ежемесячно наблюдаются только 6 (4,5%) пациентов, раз в 3 месяца – 15 (11,4%), и реже одного раза в год – 15 (11,4%) человек.

Оценивая показатели приверженности к лечению, получены данные, позволяющие говорить о преимущественно высокой – 54 (40,9%) и средней – 48 (36,3%) приверженности к лечению больных с артериальной гипертензией. Низкая приверженность выявлена у 30 (22,7%) пациентов. Статистически значимых различий по приверженности к лечению с учетом длительности течения заболевания и частоты наблюдений у врача не получено.

Заключение. *Проблема приверженности к терапии у пациентов АГ остается актуальной. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий для повышения эффективности лечения пациентов. В настоящем исследовании роль частоты наблюдений у врача и длительности заболевания в регулярности приема гипотензивных средств не выявлена.*

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА WOMAC У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

МАЛЫШЕНКО О.С., КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., АРЬКОВА Ю.Г.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация

Остеоартрит (ОА) – наиболее распространенное ревматическое заболевание у лиц пожилого и старческого возраста. В России максимальная заболеваемость ОА среди лиц пенсионного возраста 70,4 на 1000 населения соответствующего возраста, что более чем в 3,8 раза превышает аналогичный показатель среди населения трудоспособного возраста. Локдаун COVID-19 оказал значительное влияние на боль, функцию суставов и физическую активность у пациентов с ОА. К основным факторам, способствующим прогрессированию данной патологии в условиях COVID-19, относят ограничение двигательной активности, снижение мышечного тонуса, тревожные и депрессивные расстройства.

Цель. Оценить динамику боли по шкале ВАШ и функциональной активности по индексу WOMAC у больных пожилого и старческого возраста с остеоартритом коленного сустава, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Проведен опрос 57 пациентов (48 женщин и 9 мужчин) с верифицированным диагнозом ОА коленного сустава (ACR, 1986) II или III рентгенологической стадии, перенесших COVID-19 в течение последних 2-6 месяцев. Средний возраст - 72,6 (58,0; 93,0) года, длительность заболевания - 12,0 (6,5; 16,5) лет. В большинстве случаев заболевание COVID-19 протекало средней степени тяжести - у 42 (73,7%), реже легкой – у 6 (10,5%) и средней степени тяжести – у 9 (15,8%) пациентов. Длительность госпитализации составила 14,0 (9,0; 17,0) койко-дней. Динамику боли и функциональной активности оценивали при помощи индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index), позволяющего пациенту самостоятельно указать выраженность симптомов ОА (боль – 5 вопросов, скованность – 2 вопроса, функциональная активность – 17 вопросов) с использованием ВАШ.

Результаты. Установлено достоверное увеличение показателя боли по шкале ВАШ и суммарного индекса WOMAC после перенесенной новой коронавирусной инфекции. Так, уровень боли по ВАШ до заболевания составил $45,9 \pm 1,83$ мм, после – $60,9 \pm 2,46$ мм ($p < 0,001$). Значение суммарного индекса WOMAC – $46,3 \pm 1,69$ мм и $63,1 \pm 2,37$ мм соответственно ($p = 0,007$).

Заключение. У большинства пациентов пожилого и старческого возраста с ОА коленного сустава COVID-19 протекал в варианте средней степени тяжести.

Зарегистрирована отрицательная динамика показателей функциональной активности по индексу WOMAC и ВАШ боли после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ У МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПАЦИЕНТА

МАЛЬ Г.С.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация

На протяжении длительного времени сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС), являются основной причиной смерти населения во всем мире. Основное звено в лечении ИБС – вторичная профилактика таких осложнений, как острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости сердца, ишемическая кардиомиопатия. Доминирующей задачей вторичной профилактики ИБС является достижение целевых показателей атерогенных липопротеидов. В 2019 году европейская ассоциация кардиологов предложила актуальные на сегодняшний день целевые показатели липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) для группы очень высокого сердечно-сосудистого риска: менее 1,4 ммоль/л. Для достижения данных значений рекомендуют использовать максимально переносимую дозировку ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статины), а также новую революционную группу гиполипидемических препаратов – моноклональные антитела, являющиеся ингибиторами белка пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9) и позволяющими достичь целевые показатели ХС ЛПНП более чем у 90% пациентов.

Цель. Оценить роль и место ингибиторов PCSK9 во вторичной профилактике ИБС.

Материалы и методы. Исследование проведено в кардиологическом отделении ГБУЗ МО «Московская областная больница им. проф. Розанова В.Н.» (Московская область, г. Пушкино). Всего обследовано 59 больных ИБС мужского пола (средний возраст $53,42 \pm 5,38$ года) из группы очень высокого сердечно-сосудистого риска. Все участники исследования были сопоставимы по основным показателям липидного спектра и разделены на 2 группы в зависимости от сопутствующих заболеваний: 1 группа (n=28) пациенты с хронической болезнью почек (ХБП) IIIA-IV стадии (СКФ 59-15 мл/мин/1,72 м²), 2 группа (n=31) больные ИБС без значимой ХБП (СКФ >60 мл/мин/1,73 м²).

Результаты. До начала исследования все участники не менее 2 месяцев принимали максимально переносимую дозировку аторвастатина и не достигли целевых показателей ХС ЛПНП (0,05) ммоль/л соответственно, после окончания исследования $1,32 \pm 0,24$ и $1,16 \pm 0,21$ (p > 0,05) ммоль/л соответственно. У всех исследуемых пациентов значимо увеличилась СКФ. В 1 группе на 14,34% с $36,68 \pm 5,21$ до $41,94 \pm 6,03$ мл/мин/1,73 м², во 2 группе на 9,40% с $66,13 \pm 4,27$ до $72,35 \pm 5,84$ мл/мин/1,73 м². При корреляционном анализе выявлена достоверная положительная взаимосвязь между динамикой снижения уровня ХС ЛПНП и их белком-переносчиком аполипопротеином. В обеих группах ($r=0,623$, p < 0,01 и $r=0,514$ p = 0,049).

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что лекарственный ответ на лечение ингибиторами PCSK9 с целью вторичной профилактики возможных осложнений оказался наиболее выраженным в группе пациентов с ИБС без сопутствующей патологии.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

МАНУКЯН Р.А., ДОБРЫНИНА И.С., МУРАВИЦКАЯ М.Н., ХАНИНА Е.А., БАКУТИНА Ю.Ю.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Российская Федерация

Цель. Определить влияние психоэмоционального состояния на течение гипертонической болезни.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГП №3, в нем приняли участие 50 человек, из них 25 человек это женщины в возрасте от 50 до 85 лет и 25 человек мужчины в возрасте от 52 до 81 года. Во время работы были проведены опрос, осмотр, анализ амбулаторных карт и анкетирование с помощью тест-опросников: «шкала тревоги Бека» и «субъективная шкала оценки астении».

Результаты. 64% имеют клинически выраженную астению, из них женщины 59%, а мужчины 41%. Субклиническая астения наблюдалась у 16 обследованных из них женщины составляют 31%, мужчины составляли 69%. Двое из обследованных не имели астении совсем.

При анализе тревоги выявили, что у 16% испытуемых тревога отсутствует, из них женщины составляют 50%, из которых I стадию гипертонии имел 1 человек, а 3 имели II стадию, мужчины составляют 50%, все пациенты имеют I стадию гипертонии. Незначительный уровень тревоги был установлен у 50%, из которых женщины составляют 48%, где I стадию гипертонической болезни имели 5 человек, 2 стадию 6 человек, а III 1 человек, а мужчины - 52%, где I стадию гипертонической болезни имели 6 человек, II стадию 4 человек, а 3 человека. Средняя выраженность тревоги бы у 24%, из которых 50% составляли 6 женщин, где I и II стадию имели по 3 пациента, у мужчин 50% 6 больных, где I стадию имели 2 человека, а II стадию 4 человек, пациентов с III стадией не встречалось. Очень высокий уровень тревоги был выявлен у 10% исследуемых, из них 4 женщины, 2 из которых страдали гипертонией II стадии и 2 имели III стадию, а мужчин 1 человек, имеющий III стадию, с увеличением стадии заболевания повышает уровень астении и тревоги.

Заключение. *Анализируя психоэмоциональный фон исследуемых с гипертонической болезнью, отмечаем, что в 96% пациентов встречается астенический синдром и в 84% пациентов повышен уровень тревожности.*

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О ФАКТОРАХ РИСКА – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МАРАЧКОВА Д.О., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России

ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск, Российская Федерация

Актуальность. Важным практическим аспектом в борьбе с заболеваемостью населения по причине сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является первичная и вторичная профилактика. В основу профилактики положена пропаганда здорового образа жизни, ранняя диагностика и своевременное лечение ССЗ. При этом основополагающим моментом является достаточное информирование пациентов о факторах сердечно-сосудистого риска (ССР).

Цель. Оценка осведомленности пациентов о факторах ССР.

Материал и методы. Работа проводилась в отделении медицинской реабилитации круглосуточного стационара ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» в период с 02.10.2023г. по 02.02.2024г. Были включены пациенты (всего 45 человек, из них 10 женщин, 35 мужчин; средний возраст больных $62,6 \pm 8,9$ лет), госпитализированные по причине перенесенного острого инфаркта миокарда с целью второго этапа кардиореабилитации. Работа состояла из двух этапов: 1) анкетирование пациентов специально разработанной анкетой, которая включала 24 вопроса с вариантами ответов, до проведения беседы о факторах ССР; 2) повторное анкетирование через 3 дня после беседы.

Результаты. На вопрос «Какое АД Вы считаете высоким?» до проведения беседы верный ответ дали 57,0% человек, после – 75,5%. На вопрос: «Что такое АГ» до лекции верно ответили 29,5%, после – 57,7% пациентов. Дать правильный ответ на вопрос «Что такое стенокардия?» до лекции смогли 73,8% пациентов, после – 88,9%. На вопрос «Что такое ИБС?» до беседы 22,9% пациентов отметили правильно, после – 73,3%. В вопросе о причинах развития инфаркта миокарда, верно ответили 37,7% больных, после беседы – 62,2%. В вопросе «Что такое холестерин» правильный вариант выбрали 45,9%, после беседы – 68,9%. До беседы о вреде холестерина были осведомлены 80,3% пациентов, о вреде курения 67,2%, после беседы 93,3% и 75,5%, соответственно. В вопросе о правилах поведения пациента при возникновении ангинозной боли до беседы правильный ответ выбрали 39,3% человек, после – 77,8%.

Заключение. *Выявлена низкая осведомленность пациентов о факторах ССР, однако проведение профилактического консультирования значительно повысило уровень информированности больных, что необходимо для профилактики и лечения ССЗ.*

ОЦЕНКА ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВО-АРТЕРИАЛЬНОГО СОПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МАРЕЕВА В.А., КЛИМЕНКО А.А.

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

Актуальность. В последнее время, комплексная оценка правого желудочка (ПЖ) и легочной артерии (ЛА) с помощью правожелудочково-артериального сопряжения (ПЖАС) у пациентов с легочной гипертензией (ЛГ) представляет большой интерес.

Цель. Оценка функционального состояния правых отделов сердца и ПЖАС с помощью эхокардиографии у пациентов с ЛГ и ХСН.

Материал и методы. Обследовано 42 пациента с ЛГ, ассоциированной с ХСН ишемического генеза с разными фракциями выброса (ФВ). Критериями исключения были другие этиопатогенетические формы ЛГ и неишемическая природа ХСН. ЛГ считалось повышение систолического давления в ЛА (СДЛА) более 30 мм рт. ст. по данным трансторакальной эхокардиографии. СДЛА определялось по сумме давления в правом предсердии (ПП) и максимального градиента на трикуспидальном клапане. Параметр ПЖАС представлен соотношением амплитуды систолического движения кольца трикуспидального клапана (TAPSE) к СДЛА.

Результаты. Среднее СДЛА составило $47,6 \pm 17,03$ мм рт. ст. Наибольшие значения TAPSE и ПЖАС наблюдались при сохранной ФВ ($18,6 \pm 2,97$ мм и $0,64 \pm 0,42$ мм/мм рт.ст., соответственно). Степень тяжести ЛГ, коррелировала с уровнем предсердного натрийуретического пептида (NT-proBNP) ($r_s=0,637$; $p<0,01$), площадью ПП ($r_s=0,510$; $p<0,01$), поперечным размером ПЖ ($r_s=0,421$; $p<0,01$), но имела обратную связь с TAPSE ($r_s=-0,607$; $p<0,01$). По мере увеличения площади ПП ($r_s=-0,506$), поперечного размера ПЖ ($r_s=-0,399$) и диаметра НПВ ($r_s=-0,599$), уровень ПЖАС уменьшался ($p<0,01$). При снижении показателей ПЖАС и TAPSE, рос уровень NT-proBNP ($r_s=-0,666$; $r_s=-0,563$ соответственно; $p<0,01$). По мере увеличения стадии ХСН, отмечен прирост СДЛА, диаметра НПВ и уровня NT-proBNP, а также уменьшение TAPSE и ПЖАС ($p<0,05$).

Заключение. ЛГ часто сопутствует ХСН независимо от ФВ ЛЖ. По мере ухудшения ФК ЛГ и стадии ХСН, уровень ПЖАС уменьшается. Включение ПЖАС в рутинные алгоритмы диагностики, позволит комплексно оценить тяжесть состояния у пациентов с ХСН.

ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ГЕМОТРАНСФУЗИЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

МАРКУС Э.А., КОРОБЕЙНИКОВА А.Н.

ГАУЗ СО «ЦГБ №20», г. Екатеринбург

КОГКБУЗ Центр кардиологии и неврологии, г. Киров

Актуальность. По данным на 2021 г. 24,3% мирового населения страдает анемией. В России распространенность данной патологии варьирует от 13,2 до 16,2%. Основной способ коррекции тяжелой анемии - гемотрансфузия. По данным статистики в нашей стране ежегодно переливается более 900 тысяч литров крови, а количество реципиентов превышает 1 млн человек. Однако отсутствует информация о генезе и свойствах анемии, требующей проведения гемотрансфузии.

Цель. Определить фенотипические характеристики пациента с хронической тяжелой анемией, нуждающегося в переливании крови.

Материал и методы. Проведено ретроспективное сплошное исследование на основании анализа карт пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение с хронической тяжелой анемией и фактом гемотрансфузии. Анализировались социальные и клинические параметры больных, данные заносились в специально разработанную карту. Статистический анализ проводился с использованием программы Jamovi (версия 2.3.28).

Результаты. Проанализировано 105 карт пациентов, из них 59% - лица мужского пола. Средний возраст $62 \pm 15,2$ года. Анемия выявлена впервые у 59%, выявлена ранее у 41%. 66% пациентов прежде лечились консервативно, 34% не принимали лечение, рекомендованное врачом.

Гемотрансфузия проводилась повторно в 74,3% случаев. Основными причинами тяжелой анемии оказались злокачественные новообразования (ЗНО) (30,5%), болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (19%), гинекологические заболевания (11,4%), гематологические заболевания (7,6%), в 30,5% причина анемии не установлена. Чаще встречалась железодефицитная анемия (63,8%), анемия хронических заболеваний (33,3%), В12-дефицитная (11,4%), фолиеводефицитная и апластическая анемии выявлены в 9,5% случаев каждая. Средний уровень гемоглобина составил $58,6 \pm 12,4$ г/л, эритроцитов $2,81 \pm 0,95 * 10^{12}$ /л, МСН 20,8 (16,1;28,8) пг, MCV 85,4 (71,8;104) фл, ферритина 11,6 (4,65;205) мкг/л, сывороточного железа 2,4 (0,9;17) мкмоль/л. Среднее количество перелитой эритроцитарной взвеси - 893 (616;1222) мл. Три и более сопутствующих заболеваний имели 74% пациентов. В структуре коморбидности преобладали сердечно-сосудистые заболевания (25,6%), патология ЖКТ (23,5%), заболевания мочевыделительной системы (12,1%). Средний уровень гемоглобина при выписке $95,8 \pm 11,6$ г/л, количество эритроцитов $4,06 (3,36; 4,57) * 10^{12}$ /л.

Заключение. Среди больных с тяжелой анемией наиболее часто встречаются пожилые пациенты с железодефицитом и ЗНО.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ЛЕВАМИЗОЛ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ

МАСТЕРОВА М.М., ЗЕЛЕНЦОВА В.В., ГЕОРГИНОВА О.А.

ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация.

Описание случая. Пациентка, 64 лет, без хронических заболеваний и отягощенного наследственного и аллергического анамнеза, с легкой проксимальной слабостью в нижних конечностях и патологическими знаками Россолимо в кистях и стопах, Бабинского в стопах, нарушением функции ходьбы, поступила в отделение неврологии МНОЦ МГУ для дообследования и лечения. Из анамнеза известно, что около месяца назад, с целью противопаразитарной профилактики, пациенткой был принят препарат Левамизол 150 мг однократно. Спустя несколько дней пациентка стала отмечать несистемное головокружение и шаткость походки, снижение зрения на левый глаз, в связи с чем обратилась к неврологу. По результатам обследования магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с контрастированием: в белом веществе обоих полушарий, мозжечке, на фоне лейкоареоза множественные субкортикальные, перивентрикулярные очаги округлой и овальной форм от 2 мм в диаметре с накоплением контрастного вещества. Ультразвуковое исследование сосудов шеи: нестенозирующий атеросклероз. За время госпитализации проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование. По результатам МРТ шейного отдела позвоночника признаков очагового поражения шейных сегментов спинного мозга убедительно не выявлено. В связи с наличием приема противопротозойного препарата в анамнезе выполнен анализ ликвора на олигоклональный тип синтеза для проведения дифференциальной диагностики с рассеянным склерозом и левамизол-индуцированной воспалительной лейкоэнцефалопатии – выявлен 2 тип синтеза.

Таким образом, установлен диагноз: рассеянный склероз, дебют. EDSS 4,5 балла. Вестибуло-атактический синдром. Ретробульбарный неврит левого зрительного нерва. Проведена пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 500 мг в/в капельно №5 с последующим переводом на таблетированный прием преднизолона. На фоне проводимого лечения положительная динамика в виде регресса вестибуло-атактического синдрома, субъективного улучшения зрения. Тем не менее, несмотря на выявленный олигоклональный тип синтеза нельзя до конца исключить левамизол-индуцированную воспалительную лейкоэнцефалопатию. Требуется дальнейшее динамическое наблюдение пациентки, контроль МРТ головного мозга.

Заключение. *Особенность представленного клинического наблюдения заключается в возможном проявлении ятрогенной реакции на фоне приема левамизола и проявлении симптомов, схожих с манифестацией рассеянного склероза.*

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТКИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

МАЦАК Н.Л., ХАЛФИНА Т.Н., НУРУЛЛИНА Г.И., МАКСУДОВА А.Н.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка М. 37 лет. Поступила в отделение нефрологии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, повышение артериального давления до 160/90 мм.рт.ст., клинически не ощущает, потерю веса за последние 3 месяца на 6 кг.

Из анамнеза: считает себя больной в течении 2 месяцев, после перенесенной ОРВИ в года когда были появились вышеописанные жалобы, были выявлены анемия, протеинурия и азотемия - 456 мкмоль/л. Из анамнеза известно, что пациент состоит на учете в СПИД – центре и в течении 5 лет получала антиретровирусную терапию (АРВТ). По результатам предыдущих анализов уровень креатинина крови 2 года назад составлял- 97 мкмоль/л, а 10 месяцев назад - 123 мкмоль/л.

В анализах крови: гипохромная анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 92 г/л), азотемия (креатинин – 632 мкмоль/л, мочевины – 19.2 ммоль/л,) дислипидемия (холестерин – 7.7 ммоль/л, ЛПНП 5 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л), глюкоза – 6,8 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л. СКФ по СКД-ЕPI 7 мл/мин/1.73

В общем анализе мочи: удельный вес – 1009, эритроциты 20/мкл, белок 2 г/л. Соотношение белок/креатинин – 3,57.

По данным УЗИ выявлено выраженное уменьшение размеров обеих почек: левая почка 79x30 мм и правая почка 74x31 мм, паренхима 13 мм и 15 мм соответственно.

Был выставлен предварительный диагноз: ВИЧ ассоциированная нефропатия.

Быстро прогрессирующий нефритический синдром. ХБП С5 А4.

Трудности в диагностике данного пациента. Клинический случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики ВИЧ ассоциированной болезни почек в виде быстро прогрессирующего гломерулонефрита или развитие тубулоинтерстициального нефрита на фоне АРВТ. У пациентки развилась терминальная ХБП С5 А4.

Заключение. По мере роста числа пациентов с ВИЧ инфекцией увеличилось и количество пациентов, имеющих те или иные поражения почек. В связи с этим необходима настороженность врачей на предмет данных патологий и своевременная их диагностика.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ДИСТАНЦИОННОГО АНКЕТНОГО СКРИНИНГА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

МЕЛЮК А.Г., СЕЛИВЕРСТОВ П.В.

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

Актуальной проблемой здравоохранения является рост числа хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), на долю которых приходится более 90% летальных исходов. В настоящее время назрела потребность в реализации профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление и своевременную коррекцию факторов риска (ФР) способствующих развитию ХНИЗ.

Цель. Оценить ФР ХНИЗ и степень их выраженности с помощью дистанционного анкетного скрининга на основе искусственного интеллекта.

Материалы и методы. Была разработана оригинальная анкета, вопросы которой соответствуют методике врачебного осмотра, по 5 профилям патологии: кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология и онкология). Интерпретация всех медицинских данных анкеты, включая комплексную оценку ФР, осуществлялась с помощью технологии искусственного интеллекта по 1098 решающим правилам, которые определяют логику работы системы. В исследовании приняли участие 3155 человек, в возрасте $19,6 \pm 1,5$ лет, 53% женщин и 47% мужчин.

Результаты. Риски по одному профилю патологии были выявлены у 24,3% обследованных, по двум у 16,3%, по трем у 16,8%, по четырем у 21,7% и по пяти у 20,9%, соответственно. В зависимости от выявленных ФР было установлено, что с наибольшей частотой обследуемых беспокоят жалобы со стороны эндокринной (28,9%), пищеварительной (21,1%), дыхательной (21,1%), сердечно-сосудистой (20,1%) систем и онкологическая настороженность (8,1%). По результатам анализа данных высокая степень риска была выявлена у 11,7% обследуемых, средняя – у 30,9% и низкая – 57,4%. Изучение эффективности телемедицинской системы проводилось с помощью нескольких статистических методов.

Заключение. Дистанционный анкетный скрининг объективно выявляет ФР ХНИЗ по указанным профилям, является эффективным инструментом профилактической медицины.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ SARS-COV-2 У ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

МИНЕЕВА Е.С., ДЕМКО И.В., СОБКО Е.А., ЧИНЯКОВА К.И.

ФГБОУ ВО КРАСГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Российская Федерация

Цель. Оценка клинико-рентгенологических параметров и показателей системного воспаления у вакцинированных пациентов, заболевших COVID 19.

Материалы и методы. В исследование включено 137 человек. Первую группу составили привитые пациенты, заболевшие COVID 19 (n=74). Во вторую группу вошли не вакцинированные больные SARS-COV2 (n=63) Всем пациентам проведено общеклиническое исследование, мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, определение общего и биохимического анализов крови, интерлейкина 6, ферритина, Д димера.

Результаты. В группе не вакцинированных больных у трети больных регистрировался объем поражения легочной ткани равный КТ 3-4, тогда как в первой группе данные значения отмечались менее, чем у 25% пациентов (p=0,038). Так же во второй группе отмечается более длительное пребывание пациентов в стационаре: 17 дней, против 11 дней у больных первой группы (p= 0,004), в том числе на кислородной поддержке. Необходимость в проведении инвазивной вентиляции легких (ИВЛ) у реанимационных пациентов была у 100% не вакцинированных и у 60,00 ± 7,89% больных первой группы (p= 0,046).

Показатели системного воспаления были выше нормы в обеих группах, однако более выраженные изменения интерлейкина 6, С реактивного белка, ферритина, Д димера, нейтрофильно-лимфоцитарного индекса отмечались у не вакцинированных пациентов и были ассоциированы с объемом поражения легочной ткани, потребностью в проведении оксигенотерапии.

Среди больных, не проходивших профилактическую вакцинацию, неблагоприятный исход заболевания отмечался в 25,00%, в группе вакцинированных пациентов смертность была значимо ниже: 6,45% (p= 0,039).

Заключение. У вакцинированных пациентов отмечается более благоприятное течение заболевания, характеризующееся менее распространенным объемом поражения легочной ткани, меньшим количеством койко-дней, проведенных в стационаре, в том числе на кислородной поддержке и ИВЛ. Так же частота летальных исходов зарегистрирована значимо ниже среди пациентов из первой группы. В обеих когортах отмечено повышение показателей системного воспаления, однако наиболее значимые отклонения от нормы отмечались у не вакцинированных пациентов. В обеих группах течение коронавирусной инфекции, потребность в респираторной поддержке и объем поражения легочной ткани были взаимосвязаны с показателями системного воспаления и исходом заболевания.

РОЛЬ КИШЕЧНО-МОЗГОВОЙ ОСИ В РАЗВИТИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ

МИРОНОВА Е.Д., ОСАДЧУК М.А., ГУЛЯЕВ П.В., МИРОНОВА С.Б.

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

ГБУЗ «Диагностический центр №5 с поликлиническим отделением ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника (ДБТК) и колоректальный рак (КРР) занимают лидирующие позиции по частоте встречаемости среди анатомических изменений толстой кишки. В последние годы, особое значение приобретает изучение роли иммуноморфологических показателей толстой кишки в развитии КРР у больных с ДБТК, к которым относятся Ki-67 и p53.

Цель. Определить роль Ki-67 и p53 в слизистой оболочке толстого кишечника, в возникновении КРР у больных с ДБТК.

Материал и методы. В исследование было включено 3 группы пациентов: 1-я группа - 85 пациентов с ДБТК; 2-я группа - 45 - с ДБТК в сочетании с аденоматозными полипами (АП); 3-я группа - 45 с ДБТК с установленным КРР (I или II стадии). Группу контроля составили 30 практически здоровых человека. Больные и здоровые обследованы по единой программе, включающей клинические, лабораторные, инструментальные и иммуноморфологические методы (использование первичных антител к p53 (mAb clone DO-7 product no. PA0057, Leica Biosystems, Leica Bond III) и Ki-67 (Ab16667, Abcam, UK) исследования.

Результаты. Во 2-ой и 3-ей группах чаще верифицировали положительную реакцию на скрытую кровь в кале, по сравнению с группой с ДБТК ($p < 0,05$). У пациентов с ДБТК в сочетании с АП и КРР определялся достоверно более высокий уровень экспрессии Ki-67 и p53, по сравнению с пациентами 1-ой группы ($p < 0,05$). При этом, у пациентов с ДБТК в сочетании с КРР уровень экспрессии Ki-67 и p53 был выше чем у пациентов с ДБТК, имеющих АП ($p < 0,05$).

Заключение. Ki-67 и p53 в слизистой оболочке толстого кишечника, необходимо рассматривать как скрининговые маркеры КРР у пациентов с ДБТК.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ С ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ РИТУКСИМАБА И БЕЛИМУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

МЕСНЯНКИНА А.А., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А.

ФГБНУ НИИР им В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация

Цель. Оценить эффективность комбинированной терапии с применением ритуксимаба (РТМ) и белимумаба (БЛМ) у пациентов с СКВ при длительном наблюдении.

Материалы и методы. 12 пациентов с достоверной СКВ высокой и средней степени активности заболевания, из них 9 с кожно-суставными проявлениями, у других зарегистрировано поражение почек, периферической нервной системы, васкулит. Пациенты получали РТМ в дозе 500-2000 мг с премедикацией 6-метилпреднизолона, затем назначался БЛМ по стандартной схеме 10 мг/кг 1 раз в месяц. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от времени оценки отдаленных результатов. В первой группе были проанализированы данные через 7-9 лет от инициации генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) (4 человека). Во второй группе из 8 пациентов через 2-4 года. Проводилась оценка эффективности и переносимости терапии, активности СКВ, а также дозы пероральных глюкокортикоидов (ГК).

Результаты. На фоне комбинированной терапии через год клинико-иммунологический ответ был получен у 11 из 12 пациентов (исходно Me SLEDAI-2K составляла 10 [9,5;14,5] баллов, через 6 и 12 месяцев после инициации БЛМ Me составляла 4 [2;6] баллов, $p < 0,008$). Пациенты, которые начали получать ГИБП в срок от 0-2 лет с момента дебюта СКВ, лучше отвечали на терапию, было достигнуто более значимое улучшение клинико-лабораторных показателей, использовали средние и низкие дозы глюкокортикоидов (ГК) при обострении СКВ с последующим их снижением. Клиническая ремиссия была достигнута и сохраняется у 7 пациентов, у троих обострение наблюдалось через разные сроки после отмены ГИБП, ускользание эффекта и отсутствие эффекта – по одному больному.

Заключение. *Достижение наиболее выраженного положительного результата можно предполагать у пациентов, которым терапия ГИБП иницируется как можно раньше от момента постановки диагноза. Инфузии БЛМ, желательно, проводить, согласно рекомендациям, 1 раз в месяц, без длительных перерывов между введениями в течение не менее 2-х лет, а, по возможности, продолжаться длительное время до достижения стойкого эффекта. Применение низких доз ГК и их отмена – достижимая цель при тщательном мониторинге пациентов с целью выявления ранних симптомов обострения.*

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДИЕТЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

МИХАЙЛОВА О.Д., ХОХЛАЧЕВА Н.А., ГРИГУС Я.И.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

Цель. Изучить гигиеническую грамотность (ГГ) больных с хроническим панкреатитом (ХП) в городе и сельской местности Удмуртской республики (УР) и приверженность их к соблюдению диеты.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ХП сельского района УР (10 мужчин и 20 женщин) и 30 пациентов г. Ижевска (8 мужчины и 22 женщины) в возрасте от 35 до 75 лет. Диагноз ХП устанавливался согласно Рекомендациям РГА по диагностике и лечению ХП (2014). Для изучения ГГ пациентов и приверженности к диете была составлена оригинальная анкета. Полученные результаты сравнивали с данными контрольных групп: по 22 практически здоровых человека в возрасте от 24 до 60 лет в городе и селе соответственно. По изучаемым факторам риска был рассчитан их относительный риск (ОР) для развития ХП. Проанализирован сборник «Основные показатели состояния здоровья населения. УР» за 2022г.

Результаты. Среди сельских пациентов информированы о вреде перекусов 60% (ОР — 2,26), в городе - 67% (ОР - 2,0). 46,6% пациентов в селе мало знакомы с особенностями диеты при ХП (ОР – 1,8), тогда как 33,4% городских респондентов считают, что знают недостаточно о диете (ОР – 1,5). При этом значительная часть пациентов нарушает рекомендации: 43% и 53% в селе и городе, соответственно. Жители города чаще (80% опрошенных) употребляют пищу и алкоголь для борьбы со стрессом (ОР – 1,8), чем жители села (30%). После установления диагноза полностью изменили свою диету 13,3% сельского населения, в городе 33,3% пациентов. В указанном районе УР число обращений в поликлинику за 2022г. на 1 жителя было низким – 5,4, тогда как в Ижевске и УР – 7,4 и 8,2, соответственно. Обеспеченность населения врачами в районе составила 22,5 на 10000 человек, в Ижевске и УР – 32,1 и 40,2.

Заключение. *Сельское население недостаточно информировано о необходимости соблюдения диеты и режима питания при ХП. Это может быть связано не только с низкой ГГ пациентов, но и с нехваткой врачей первичного звена.*

ПРЕДИКТОРЫ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ: СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

МИХЕЕВА Е.П., КЛИМЕНКО А.А.

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

Актуальность. Медико-социальная значимость системной склеродермии высока. В России трудоспособность у пациентов с системной склеродермией (ССД) изучается впервые, что обуславливает интерес к данной проблеме.

Цель. Изучение показателей производительности труда и предикторов потери трудоспособности и у пациентов с ССД в российской популяции.

Материал и методы. В исследование включено 63 пациента с диагнозом ССД: 53 женщины и 10 мужчин. Средний возраст составил $49,78 \pm 10,11$ года. Лимитированную форму ССД имели 39 пациентов, диффузную – 23, ССД без поражения кожи – 1. Оценены результаты клиничко-лабораторного и инструментального обследований, а также данные, полученные с помощью следующих опросников: оценки производительности труда и повседневной активности WPAI, оценки качества жизни The Short Form-36 (SF-36), Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (mMRC), оценки состояния здоровья (HAQ-DI), визуальной аналоговой шкалы оценки выраженности слабости. Определена связь клинических проявлений, осложнений заболевания с трудоспособностью.

Результаты. Среди всех пациентов 34 пациента продолжали работать по специальности, 1 пациент сменил работу, 23 пациента не работали по причине основного заболевания, 5 пациентов не работали по другим причинам. У 53 пациентов отмечались нарушения функционирования легкой степени, у 8 – средней, у 2 – тяжелой степени по шкале HAQ. Средний показатель абсентеизма составил 22,24%, презентеизма – 33,12%, снижения производительности труда – 46,31% и снижение повседневной активности – 42,09%. Качество жизни у пациентов с ССД также снижено. Среднее значение SF-36 (физический и ментальный компонент) у исследуемых пациентов составило 39,77 (S.D.=13,66) и 40,26 (S.D.=13,92) соответственно. На показатели качества жизни и трудоспособности влияют форма заболевания, а также различные клинические проявления, осложнения ССД, коморбидные заболевания.

Заключение. *Трудоспособность при ССД снижена. Выявив поддающиеся изменению факторы риска потери трудоспособности, становится возможным создание условий для адаптации на рабочем месте, которые позволят пациентам с ССД продолжать работать.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

МИЩЕНКО Т.А., АХИЛЬГОВА М.Б., ГАЛЬКО И.В.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент К, 27 лет, женщина, поступила в АО МСЧ «Нефтяник» в экстренном порядке в состоянии средней степени тяжести в отделение пульмонологии. Жалобы на одышку смешанного характера, усиливающуюся при физическим нагрузках, малопродуктивный кашель с отхождением желтоватой мокроты, повышение температуры до 39°C, общую слабость, ноющие боли в грудной клетке, усиливающиеся при изменении положения тела. При поступлении отмечался неустойчивый психоэмоциональный фон.

В анамнезе жизни: ВИЧ-инфекция, хронический вирусный гепатит С, хроническая гипохромная анемия, двусторонняя септическая пневмония и инфекционный эндокардит (ИЭ) трикуспидального клапана. Парентеральный анамнез отягощен.

При поступлении в общем анализе крови гипохромная анемия, лейкоцитоз $12,9 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево до палочкоядерных (3%). В биохимическом анализе крови повышение уровня мочевины -30,6 ммоль/л, креатинина мочи -329 мкмоль/л (СКФ по формуле СКД-ЕРІ -16 мл/мин/1,73 м²), С-реактивного белка до 257 мг/л, гипонатриемия, гипохлоремия.

По данным рентгенографии ОГК: очаговые тени обоих легких, МСКТ: септические эмболы, ТЭЛА, УЗИ органов брюшной полости и почек: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, гепатоспленомегалия.

По данным доплер-ЭХО-КГ: вегетации трехстворчатого клапана, недостаточность трикуспидального клапана IV степени, сниженная фракция выброса левого желудочка (38%).

Установлен основной диагноз: инфекционный эндокардит нативного трикуспидального клапана, вторичный, внебольничный, повторный. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. Осложнения: ХСН IIБ ФВ 38% ФК III. Септическая двусторонняя тотальная пневмония средней степени тяжести. ДН 2. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Сопутствующие заболевания: ангиогенный сепсис, септицемия. Хронический вирусный гепатит С умеренной степени активности. ПКН 0. Нефропатия сложного генеза. ХБП 4 стадия (СКФ 16 мл/мин/1,73 м²). Железодефицитная анемия, гипохромная, гипорегенираторная, средней степени тяжести.

Спустя 30 дней госпитализации, была переведена на амбулаторный этап в стабильном состоянии.

Трудности диагностики и лечения. Внесердечные проявления, обусловленные эмболиями, иммунокомплексными и воспалительными механизмами, воспринимаются как отдельные заболевания, что затрудняет диагностику и лечение.

Заключение. *Описанный клинический случай демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода при диагностике и лечении ИЭ на фоне ВИЧ-инфекции, характеризующегося более тяжелой клинической картиной, значительной продолжительностью, преобладанием легочных симптомов над кардиальными.*

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

МОЛОСТОВА А.Ф., МУЛЛИНА С.В., ГАНЕЕВА И.З.

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

Актуальность. Синдром хронической усталости (СХУ) - состояние постоянной усталости, длящееся более 6 месяцев, не проходящее после сна и отдыха, при этом пациент не всегда может объяснить причину своего состояния. Данное патологическое состояние нередко становится причиной потери работоспособности, снижения качества жизни. От появления первых симптомов до постановки правильного диагноза проходит много времени, что отражается на несвоевременном начале патогенетической терапии и удовлетворенности пациента медицинской помощью.

Цель. Определить критерии заболевания и перечень исследований для установления диагноза, которые позволят своевременно начать лечение СХУ.

Материалы и методы. Обзор актуальных литературных источников, посвященных вопросу диагностики СХУ.

Результаты. Выделяют следующие критерии СХУ:

Основные: не проходящая усталость и снижение работоспособности в течение последних 6 месяцев, даже после полноценного отдыха, отсутствие основного заболевания, вызывающее подобное состояние.

Симптоматические: слабость, головная боль, абдоминальные боли, боли в горле, светобоязнь, болезненные лимфоузлы, миалгия, артралгия, нарушение сна, резкое ухудшение памяти, симптомы депрессии, неврологические симптомы.

Физические: субфебрильная лихорадка, неэкссудативный фарингит, увеличенные лимфоузлы.

Диагноз устанавливается при условии: наличия основных критериев, 6 и более симптоматических критериев, и 2 данных физикального осмотра.

Помимо оценки данных субъективных и объективных методов обследования, на первом этапе необходимо изучить общий анализ крови, данные биохимического анализа крови, гормоны щитовидной железы, общий анализ мочи, электрокардиографию, рентген органов грудной клетки. Исследования должны быть направлены на исключение соматических причин появления симптомов, характерных для СХУ: инфекционных и паразитарных заболеваний, синдрома обструктивного апноэ сна, заболеваний эндокринной системы, неврологических, онкологических заболеваний, отравлений тяжелыми металлами, последствиями химиотерапии, метаболическими нарушениями и медикаментозной миопатией.

Заключение. *Синдром хронической усталости должен быть включен в круг диагностического поиска при появлении жалоб пациента на чувство постоянной усталости, не проходящую после полноценного отдыха, длительность которой превышает 6 месяцев.*

КОМПЕНСАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М., ФАХРЕТДИНОВА Э.Р., САЛАХОВА З.Н.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет, Казань, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент Б., 36 лет, был госпитализирован в связи с жалобами на выраженную слабость, апатию, потерю аппетита. Из анамнеза известно, с 3-х лет страдает анемией. В подростковом возрасте уровень гемоглобина составлял 80-90 г/л, с годами уровень гемоглобина снижался минимально до 17 г/л. В периоды критического снижения проводилась гемотрансфузия эритроцитарной массой до достижения уровня гемоглобина 60 г/л. Дальнейшее повышение гемоглобина путем гемотрансфузии приводило к появлению жалоб на головную боль, повышение артериального давления. На протяжении 10 лет оптимальным уровнем гемоглобина считал диапазон 60-70 г/л.

На фоне хронической тяжелой анемии у пациента развились компенсаторные реакции. Циркуляторные компенсаторные реакции заключаются в централизации гемодинамики. Сосуды, содержащие преимущественно альфа-адренорецепторами находились в состоянии вазоспазма, что приводило к повышению артериального давления и скорости кровообращения в жизненно-важных органах. Органы, чьи сосуды содержали преимущественно бета-адренорецепторы напротив находились в состоянии гипоперфузии. Длительная централизация гемодинамики привела к хронической болезни почек и дилатации селезеночных, печеночных вен с гепатоспленомегалией.

Водно-электролитные компенсаторные реакции заключаются в активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. В результате увеличился объем крови, что привело к гипертонической болезни и гипертрофии левого желудочка.

Дыхательные компенсаторные реакции приводят к ускорению и углублению внешнего дыхания, гипервентиляции легких, ускорению венозного возврата крови к сердцу.

Хронизация процесса вызвала дилатационную кардиомиопатию.

Длительное существование тяжелой анемии привело к истощению компенсаторных возможностей организма, что вероятно стало причиной тяжелой сердечной недостаточности, прогрессирующей хронической болезни почек.

Трудности в диагностике и лечении. При достижении уровня гемоглобина более 60 г/л он отказывался от дальнейшего лечения из-за появления головных болей и ухудшения общего состояния.

Заключение. *Компенсаторные механизмы организма в условиях хронической анемии привели к органическим и функциональным изменениям, на фоне которых повышение уровне гемоглобина свыше 60 г/л вызывало ухудшение состояния пациента, так как организм его приспособился к низкому уровню гемоглобина.*

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

МОСКАЛЕЦ О.В.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Российская Федерация

В последние десятилетия анти-В-клеточная терапия все шире применяется для лечения различных заболеваний: неходжкинских лимфом, ревматоидного артрита, ANCA-васкулитов и др. Самым первым появился ритуксимаб – моноклональное антитело, обладающее специфичностью к антигену CD20, который экспрессируется на клеточной мембране пре-В- и зрелых В-лимфоцитов. Эффект препарата заключается в истощении пула зрелых В-лимфоцитов на периферии, а после завершения курса лечения их количество восстанавливается обычно в течение 6–12 месяцев. Крайне редким осложнением является стойкое снижение содержания сывороточных иммуноглобулинов (Иг), которое впервые возникает или сохраняется на протяжении нескольких лет после отмены ритуксимаба.

Описание клинического случая. Пациентка Т., 54 г, длительно получала ритуксимаб по поводу болезни Шегрена. Исходные уровни Иг были в пределах нормы, затем содержание ИгА снизилось до 0,1 г/л. После достижения ремиссии препарат отменили, через 1 г. уровень ИгА восстановился до 0,5 г/л. Еще спустя 2 г. больная стала отмечать частые длительные ОРВИ. При обследовании выявлен крайне низкий уровень ИгА (0,03 г/л), содержание других классов Иг и В-лимфоцитов были в пределах нормы. После назначения иммуномодулирующей терапии частые ОРВИ прекратились, но крайне низкий уровень ИгА сохраняется на протяжении нескольких лет.

Заключение. В данном случае было необходимо провести дифференциальный диагноз с первичным иммунодефицитом – селективным дефицитом ИгА. Но исходно нормальное содержание ИгА и его восстановление до субнормальных значений после отмены ритуксимаба свидетельствуют в пользу вторичного генеза гипои иммуноглобулинемии. Следует отметить, что в ряде случаев у больных с дефицитом ИгА могут вырабатываться антитела к ИгА, что может вызвать анафилактические реакции при переливании крови и ее компонентов. Есть наблюдения, когда в дальнейшем снижается содержание других классов Иг, и развиваются серьезные инфекционные осложнения, требующие заместительной терапии Иг. Поэтому перед назначением анти-В-клеточных препаратов целесообразно исследовать исходный уровень Иг и проводить лабораторный мониторинг даже после завершения терапии, особенно при наличии инфекционных осложнений.

НАРУШЕНИЕ ИММУНОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ВИРУСНЫХ МИОКАРДИТАХ И ЕЕ ВОЗМОЖНОЕ УЧАСТИЕ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

МОСКАЛЕЦ О.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Вирусные миокардиты (ВМ) являются наиболее частым вариантом из всех миокардитов, в исходе их нередко возникает сердечная недостаточность (СН). В основе патогенеза этого заболевания лежит нарушение иммунорегуляции.

Цель. Охарактеризовать состав основных субпопуляций лимфоцитов в периферической крови при ВМ в зависимости от наличия и степени СН.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с ВМ, в том числе 13 – с минимальными признаками СН или ее отсутствием (0-I ФК) (подгруппа ВМ1) и 17 – с выраженными признаками СН (III-IV функциональный класс ФК) (подгруппа ВМ2). Группу сравнения составили 10 практически здоровых лиц. Количество лимфоцитов в периферической крови и их функциональное состояние оценивали по экспрессии маркеров CD3, CD4, CD8, CD16/56, CD19, CD25, CD95, HLA-DR методом проточной цитометрии.

Результаты. В целом, по сравнению с практически здоровыми лицами при ВМ отмечалось более низкое содержание CD3+CD16/56+ лимфоцитов ($5,2 \pm 0,46\%$ и $13,7 \pm 2,1\%$, соответственно, $p < 0,001$). При сравнении двух подгрупп больных с ВМ оказалось, что в подгруппе ВМ2 наблюдается прямая корреляция между количеством CD3+CD4+ лимфоцитов и временем замедления раннего диастолического потока ($r = 0,74$; $p < 0,05$) и отрицательная корреляция между количеством CD3+CD8+ лимфоцитов и величиной фракции выброса левого желудочка ($r = -0,80$; $p < 0,01$). В подгруппе ВМ1 таких закономерностей не выявлено. В то же время, прирост числа Т-лимфоцитов, экспрессирующих ранний активационный маркер CD25, был обнаружен только в группе В1. В обеих группах в сравнении с контрольной отмечалось увеличение количества Т-лимфоцитов, экспрессирующих ранний маркер апоптоза CD95 ($21,0 \pm 2,27\%$, $26,0 \pm 5,40\%$ и $7,7 \pm 1,57\%$, соответственно, $p < 0,05$).

Заключение. При ВМ выявлено значительное снижение числа NKT-лимфоцитов, обладающих противовирусной и цитотоксической активностью. При минимальных проявлениях СН наблюдаются признаки «ранней» активации Т-лимфоцитов (повышенная экспрессия CD25). Кроме того, при ВМ отмечаются признак «поздней» активации Т-лимфоцитов и готовности к реализации апоптотической программы, особенно в группе с выраженными симптомами СН. Данные изменения следует рассматривать в контексте баланса противовирусной защиты и аутоиммунных реакций.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

НАГИЕВА А.Р., БАДЫКОВА К.М., КИТАЕВА Ю.С.

ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время, когда лечение онкологических заболеваний, в том числе и лимфомы Ходжкина (ЛХ) сопровождается высокой эффективностью применяемых современных схем противоопухолевой терапии, вопросы сохранения приемлемого качества жизни данной категории молодых пациентов становятся наиболее актуальными. Применение современных схем химиотерапии приводит к увеличению продолжительности жизни и излечиваемость молодых пациенток, при этом ее влияние на состояние костной ткани остается весьма актуальной проблемой. В этой связи важной задачей является сохранение у женщин с ЛХ молодого возраста репродуктивной функции, которая ассоциируется в том числе и с сохранением минеральной плотности костной ткани (МПК). Как известно, развитие вторичной аменореи сопровождается развитием остеопороза у пациентов с ЛХ в молодом возрасте.

Однако перечень исследований по изучению вопросов снижения МПК и частоты низкоэнергетических переломов у молодых женщин, в том числе связанных с вторичным остеопорозом в популяции молодых людей, весьма ограничен. Особое значение отводится определению дополнительных факторов риска, способствующих развитию остеопоротического процесса у молодых женщин с ЛХ. Научный интерес вызывают вопросы изучения МПК у женщин с диагностированной ЛХ в молодом возрасте, получивших различные схемы патогенетической терапии.

Цель. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани у женщин с лимфомой Ходжкина, диагностированной в молодом возрасте.

Материал и методы. В исследовании участвовало 19 женщин с II – IV стадиями ЛХ, из которых у 9 пациенток (47%) сохранялась менструальная функция, а у 10 пациенток (53%) наблюдалась вторичная постцитостатическая аменорея. Медиана возраста женщин в исследуемой группе с ЛХ составила 32 года. Среди гистологических вариантов ЛХ у пациенток преобладал нодулярный склероз (16 пациенток (84%)), в меньшей степени - смешанно-клеточный вариант (3 пациента (16%)). Все пациентки с ЛХ проходили курсы полихимиотерапии по схеме ABVD и escBEACOPP для индукции ремиссии. В качестве группы контроля были выбраны 18 здоровых женщин с сохраненной менструальной функцией, медиана возраста которых составила 30 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и антропометрическим данным.

Всем участницам исследования было проведено двухэнергетическое рентгеновское сканирование костей (DXA) для оценки состояния костной ткани. Были измерены МПК и Z-критерий в поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе и шейке бедренной кости. Полученные данные после DXA-сканирования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы IBM SPSS Statistics для сравнения МПК у обеих групп и выявления возможных различий в состоянии костной ткани у женщин с ЛХ и здоровых лиц из контрольной группы.

Для оценки состояния минеральной плотности костей (МПК) у женщин молодого возраста с ЛХ получивших патогенетическую терапию, и лиц из группы контроля было проведено двухэнергетическое рентгеновское сканирование костной ткани (DXA) на уровне проксимального отдела бедренной кости.

Результаты. По результатам проведенного исследования, у женщин молодого возраста с ЛХ, прошедших противоопухолевое лечение, отмечается статистически значимое снижение минеральной плотности костей по сравнению с лицами из контрольной группы. Значения Z-критерия у женщин из обеих групп находятся в пределах нормы. Данные денситометрического исследования у лиц из контрольной группы соответствуют норме.

Таким образом, у женщин молодого возраста с ЛХ наблюдается более выраженное снижение минеральной плотности костей по сравнению с лицами из контрольной группы, что указывает на повышенный риск развития остеопороза и низкоэнергетических переломов. При рассмотрении частоты развития остеопороза на основании МПК и Z-критерия у женщин молодого возраста с ЛХ, получивших патогенетическую терапию. У 15 женщин (79%) с диагностированной ЛХ отмечается снижение МПК, из которых остеопороз выявлен у 6 пациенток (32%), остеопения – у 9 пациенток (47%). Снижение Z-критерия до уровня остеопения/остеопороза определено у 1 женщины (5%) с ЛХ. Таким образом, женщины с ЛХ, получившие противоопухолевую терапию, подвержены более высокому риску развития остеопороза по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Проведенное исследование у молодых женщин с ЛХ, получивших патогенетическую терапию, продемонстрировало высокую частоту снижения МПК, что свидетельствует о повышении риска развития остеопоротических переломов. Для своевременной диагностики остеопороза у женщин с ЛХ молодого возраста, получивших патогенетическую терапию, целесообразно проводить DXA-сканирование костной ткани, что является важным в том числе и в связи с необходимостью решения вопросов о проведении профилактических и лечебных мероприятий.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА С УЧЕТОМ СТАТУСА КУРЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КУЗБАССА

НАХРАТОВА О.В., ЦЕНТЕР И.М., ЦЫГАНКОВА Д.П., БАЗДЫРЕВ Е.Д.

ФГБНУ НИИ КПССЗ Минобрнауки России, г. Кемерово, Российская Федерация

Цель. Оценить распространенность нарушения углеводного обмена и курения среди населения крупного региона Сибири – Кузбасс с учетом различного статуса табакокурения.

Материал и методы. В исследование включено 2999 жителей Кузбасса в возрасте 25-70 лет. Из которых 1919 (64%) лица женского и 1080 (36%) мужского пола. В группу лиц с нарушением углеводного обмена включались лица с гликемией натощак (уровень глюкозы $\geq 6,1$ и $< 7,0$ ммоль/л); с нарушением толерантности к глюкозе (уровень глюкозы $\geq 7,0$ ммоль/л и с установленным диагнозом сахарный диабет). В зависимости от употребления табака, были сформированы следующие группы: бывшие курящие (лица, которые на момент исследования отказались от курения в течение 12 месяцев до начала исследования), курящие (курят минимум по 1 табачный продукт в день ежедневно в течение предыдущих 12 месяцев, включая тех, кто бросил курить в течение текущего года) не курящие (лица, которые на протяжении всей жизни не курили). Анализируемый возрастной диапазон, был разделен на три группы: молодого возраста-25-44 лет, среднего 45-59 и старшего 60-74 года. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы «Statistica 6.0».

Результаты. В анализируемой группе, курили 788 человек (26,3 %), к ранее курившим были отнесены 601 (20 %) респондентов и 1610 (53,7 %) никогда не курили. Из которых 1919 (63,9 %) лица женского и 1080 (36 %) мужского пола. С учетом возраста в группе лиц в возрасте 25-44 лет 331 (34,8 %) курили, 202 (21,1 %) человека бросили курить и 421 (44,1 %), в средней возрастной группе 347 (27 %) курили, 251 (19,6 %) и 685 (53,4 %) не курили, среди лиц старшего возраста курили 110 (14,4 %), бросили курить 148 (19,4 %) и не курили 504 (66,1 %), $p < 0,00001$. Нарушение углеводного обмена в целом по группе верифицировано у 668 (22,2 %) респондентов. Далее, выполнен анализ нарушения углеводного обмена с учетом выделенных возрастных диапазонов (25-44 лет, 45-59 и 60-74 года) и статуса курения. Так, доля лиц с нарушением углеводного обмена в виде диабета, нарушения толерантности к глюкозе и нарушении гликемии натощак среди некурящих в группе молодого возраста составила 31 (7,36 %) человек, 169 (24,67 %) среди лиц среднего возраста и 181 (35,6 %), в группе лиц старшего возраста ($p < 0,00001$). Среди респондентов, отказавшихся от курения в течение 12 месяцев, отмечалась большая доля лиц с нарушением углеводного обмена среди старшей возрастной группы и составило 67 человек (45,2 %), что в два раза больше, чем в средней 56 случаев (22,3%) и в 5,3 раза больше, чем у лиц молодого возраста 17 (8,4%) $p < 0,00001$. Среди курящих респондентов процент нарушения углеводного обмена среди старшей возрастной группы составил 35 (31,8%) в 1,2 раза больше, чем в средней возрастной группе 86 (24,8%) и в 4 раза больше, чем среди лиц молодого возраста 26 (7,6%), $p < 0,00001$. Учитывая данные логистического регрессионного анализа, было выявлено, что курение в настоящем или прошлом ассоциировало риск лишь гипергликемии в 1,3 раза (ОШ 1,3 (95%, ДИ: 1-1,7, $p < 0,04$).

Заключение. Результаты исследования продемонстрировали одинаковую частоту курения и нарушения углеводного обмена (гликемия натощак, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет). Большая доля лиц с нарушением углеводного обмена была выявлена у ранее куривших лиц старшего возраста. Курение когда-либо увеличивало риск развития гипергликемии в 1,3 раза.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ

НИКОЛАЕВА Н.А., БЕЛЕНКОВ Ю.Н., ЛИШУТА А.С., КОЖЕВНИКОВА М.В., ВОРОНКОВА О.О.
*ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет),
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Хронические болезни легких с развитием вентиляционных нарушений могут привести к значительному снижению качества жизни пациентов. Лечение таких пациентов должно быть комплексным и включать в себя не только оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ), но и изменение образа жизни и немедикаментозные методы лечения.

Цель. Изучить динамику качества жизни и толерантности к физической нагрузке пациентов с тяжелыми и среднетяжелыми вентиляционными нарушениями, находящихся в стабильном состоянии на ОМТ, после применения курса усиленной наружной контрпульсации (УНКП).

Материалы и методы. Включено 40 стабильных пациентов с верифицированными тяжелыми и среднетяжелыми вентиляционными нарушениями вследствие различных хронических заболеваний легких (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, интерстициальные заболевания легких с формированием фиброза), находящихся на ОМТ, которые случайным образом были разделены на 2 группы: группа УНКП (n=20) и группа контроля (n=20). В течение 4-х недель пациенты из группы УНКП проходили курс из 20 часовых процедур с давлением компрессии 220-280 мм рт. ст. Для оценки качества жизни пациентов использовался опросник Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRDQ), а толерантность к физической нагрузке оценивалась по показателям кардиопульмонального нагрузочного теста (КПНТ) и 6-минутного теста с ходьбой, выполненных исходно и через 1 месяц.

Результаты. По данным КПНТ в группе УНКП значимо возросло пиковое потребление кислорода (с 44,2% до 49,1%, $p<0,001$), увеличилось время работы пациентов и уменьшилось время восстановления после физической нагрузки ($p<0,001$). Результаты теста 6-минутной ходьбы также отражают достоверное повышение толерантности к физической нагрузке в группе УНКП (до курса 309,9 м, после курса 355,6 м, $p<0,001$). По данным опросника CRDQ за счет увеличения толерантности к нагрузкам улучшилось качество жизни пациентов в группе УНКП ($p<0,001$). Нежелательных явлений и осложнений лечения за все время исследования отмечено не было. В группе контроля значимой динамики изучаемых показателей выявлено не было.

Заключение. *Полученные результаты продемонстрировали положительное влияние УНКП на качество жизни и толерантность к физической нагрузке пациентов с вентиляционными нарушениями, что позволяет в перспективе рекомендовать данный метод пациентам с хроническими заболеваниями легких.*

КОМОРБИДНАЯ ОЖИРЕНИЮ ПОЛИПАТИЯ В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ

НУРИЕВА А.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В.

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

Ожирение – одна из наиболее важных медико-социальных проблем, обусловленных высокой распространенностью и существенными затратами на преодоление последствий. Важным направлением в ведении пациентов с ожирением является своевременное выявление коморбидных ожирению (КО) заболеваний, в том числе полипатии.

Цель. Выявить закономерности наличия КО полипатии у лиц молодого и среднего возраста с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м² и/или абдоминальным ожирением (АО) во взаимосвязи с уровнем висцерального жира (ВЖ).

Материал и методы. Методом когортного поперечного исследования обследован 201 пациент в возраст 39 [33–47] лет с ИМТ ≥ 25 кг/м² и/или АО. Проведена антропометрия и биоимпедансометрия (Tanita® BC-601). Оценено наличие КО заболеваний: артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, предиабет, остеоартрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), стеатоз поджелудочной железы (ПЖ), синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Понятие КО полипатии рассматривалась как наличие ≥ 3 -х КО заболеваний. Данные обработаны в SPSS Statistics 26.

Результаты. Дислипидемия установлена в 77,6% случаев (n=166), остеоартрит – в 34,3% (n=69), АГ – в 32,3% (n=65), предиабет – в 25,4% (n=51), стеатоз ПЖ – в 19,9% (n=40), НАЖБП – в 16,9% (n=34), СОАС – в 10,4% (n=21), ГЭРБ – в 9,0% (n=18). Ожирение без сопутствующей патологии выявлено в 1,5% (n=3); КО монопатия – в 2,5% (n=5); бипатия – в 12,9% (n=26); полипатия – в 83,1% (n=167). При построении «дерева решений» для КО полипатии у лиц с ИМТ ≥ 25 кг/м² и/или АО были включены: возраст, пол, ИМТ, окружность талии, уровень ВЖ.

На первом шаге значимым фактором выступил возраст ≥ 32 -х лет, при его повышении шанс наличия полипатии возрастал в 13,2 раз. На втором шаге – уровень ВЖ ≥ 7 Ед. При его повышении шанс наличия полипатии возрастал в 9,1 раза. Общий процент верно предсказанных значений зависимой переменной для дерева решений – 83,1 \pm 2,6%.

Заключение. Среди лиц молодого и среднего возраста с ИМТ ≥ 25 кг/м² и/или АО преобладающее число имели коморбидную ожирению полипатию. Наибольшая вероятность наличия коморбидной ожирению полипатии установлена для лиц ≥ 32 -х лет с ИМТ ≥ 25 кг/м² и/или АО при уровне ВЖ ≥ 7 Ед.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ОКОЛЕЛОВ М.А., ПРОХОРОВ П.Ю.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Медицинский институт г. Тула, Российская Федерация

Актуальность. Психоэмоциональное состояние является важным фактором для реабилитации пациентов, а также их приверженности дальнейшей терапии. Оценка когнитивных функций может играть важную роль для определения психического статуса.

Цель. Изучение взаимосвязи между когнитивными функциями и психологическим здоровьем у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Осенью 2023 года 66 пациентов проходили медицинскую реабилитацию после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (94% после ишемического инсульта). Для оценки когнитивных функций в рамках программы реабилитации пациенты заполняли Монреальскую когнитивную шкалу (MoCA; Ziad S. Nasreddine et al., 2005). В зависимости от суммы баллов (б) по MoCA среди пациентов были выделены группы: без когнитивных (26 и более б) - 55% и с когнитивными - 45%. Для оценки уровня тревожности и депрессии применялась госпитальная шкала тревожности и депрессии (HADS; A.S. Sigmond, R.P. Snaith, 1983). Для обработки результатов применялась программа Statistica 10.0. Достоверность различий между группами оценивали по t-критерию Стьюдента при $p < 0,05$. Данные представлялись как $M \pm m$.

Результаты. Средняя сумма баллов по шкале HADS была выше у пациентов с когнитивными расстройствами по сравнению с пациентами без нарушений ($17,6 \pm 0,9$ и $9,9 \pm 1,0$ б; при $p < 0,001$), также пациенты с нарушениями когнитивных функций демонстрировали более высокие суммы баллов по шкалам тревоги и депрессии ($8,1 \pm 0,6$ и $4,9 \pm 0,6$ б; $9,6 \pm 0,5$ и $4,9 \pm 0,5$ б; при $p < 0,001$).

Пациенты без проявлений когнитивных нарушений чаще отмечали отсутствие тревоги и депрессий (7б и менее) в сравнении с пациентами с проявлениями (83 и 40%; 78 и 17% при $p < 0,01$).

При изучении отдельных проявлениях тревоги и депрессии было обнаружено, что пациенты без когнитивных нарушений реже сообщали о чувстве страха (17%), о невозможности расслабиться в спокойной обстановке (14%), о «медлительности» (14%) по сравнению с пациентами с когнитивными расстройствами (43%; 43% и 40% при $p < 0,05$).

Заключение. *Психоэмоциональный статус и когнитивные нарушения оказались взаимосвязаны. Пациенты без когнитивных нарушений реже отмечали чувство страха, невозможность расслабиться, а также медлительность.*

УНИКАЛЬНЫЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАБОТНИКОВ ВИБРООПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

ОЛЕЙНИК В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Российская Федерация

Актуальность. В нынешнее время актуальным представляется выявление риска негативных последствий в отношении сердечно-сосудистых (СС) событий на основании анализа основных факторов риска (ФР) у работников виброопасных производств с СД 2 типа.

Цель. С помощью метода ритмокардиографии (РКГ) изучались особенности вегетативного статуса сегментарно периферического уровня у больных СД, имеющих профессиональный контакт с производственной вибрацией.

Материалы и методы. С помощью комплекса КАП-РК-01 «Микор» изучалась вегетативная регуляция у пациентов. Было 2 группы с СД 2 типа, включены 147 работников вибропроизводств и группа контроля 59 мужчин, без хронических заболеваний и контакта с вредным производством. Группы сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты. Выявлены признаки дизрегуляции пейсмекерной активности СУ сердца, за счет снижения амплитуды высокочастотных волн σ_s , связанных с парасимпатической регуляцией. Средние значения АРА и σ_s в 1,5 раза ($p < 0,001$) снижены в сравнении с К. Амплитуда симпатических низкочастотных волн σ_m снижена по отношению к контрольной величине, $p < 0,01$. в гр. СД. Среднее значение АРА составило: $0,054 \pm 0,03$ с, против контроля $0,088 \pm 0,06$ с $p < 0,001$; σ_s в СД: $0,019 \pm 0,009$ с, против контроля $0,039 \pm 0,03$ с $p < 0,001$; σ_m в СД: $0,021 \pm 0,006$ с, против контроля $0,019 \pm 0,007$ с $p < 0,05$. В гр. СД большая часть приходилась на очень низкочастотную периодику VLF%, связанную с гуморально-метаболическим фактором регуляции ВСР. Выраженные изменения в гр. СД регистрировались в виде снижения парасимпатического влияния в СУ, которые преобладали в норме и были связаны с парасимпатической регуляцией ВСР в гр.СД VLF%- $38,121 \pm 14,19\%$, в К. VLF% $22,665 \pm 12,66\%$, $p < 0,001$. Высокочастотных колебаний HF%, преимущественно связаны с симпатическими влияниями на ВСР, в гр. СД составила $33,112 \pm 15,11\%$; в контроле $55,006 \pm 17,55\%$, $p < 0,001$. В меньшей мере реагировала доля низкочастотных волн LF% в гр. СД $=29,42 \pm 13,51\%$ vs К= $23,101 \pm 11,12\%$, $p > 0,05$.

Заключение. Выявлено угнетение протективной парасимпатической регуляции за счет снижения показателей АРА, σ_s и HF%. Выявили угнетение быстрой рефлекторной симпто-парасимпатической регуляции ВСР за счет снижения значений σ_s , σ_m , HF% и LF%. Преобладала медленная и неэффективная гуморальная регуляция VLF%, прогностически это неблагоприятный исход с возможным повышением риска СС событий у данных пациентов.

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКА

ОРЛОВ Д.А., МИРОНОВА Т.Н., МАХОВА У.В., ВАРЛАМОВА Ю.Ю., ЛАРИНА В.Н.
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ»

Цель. Сравнить степень достижения целевого уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у амбулаторных пациентов среднего и пожилого возраста с очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 91 пациента в возрасте от 45 до 74 лет [медиана 63 (56; 68) лет] с очень высоким ССР.

Результаты. Среди пациентов среднего возраста (n=34, 37%) курили 6 (18%), имели артериальную гипертензию (АГ) 33 (97%), инфаркт миокарда - 23 (68%), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе - 15 (44%), сахарный диабет (СД) 2 типа - 7 (21%), ожирение - 4 (12%), атеросклероз сонных артерий - 13 (38%), атеросклероз периферических артерий - 14 (41%), хроническую болезнь почек (ХБП) - 1 (3%) пациент. Среди пациентов пожилого возраста (n=57, 63%) курили 5 (9%), имели АГ - 57 (100%), инфаркт миокарда - 41 (72%), ОНМК - 37 (65%), СД - 18 (31%), ожирение - 16 (28%), атеросклероз сонных артерий - 33 (58%), атеросклероз периферических артерий - 25 (44%), ХБП - 17 (30%) пациентов. Уровень ЛПНП у пациентов среднего возраста составил 1,7 (1,6; 2,0) ммоль/л, пожилого возраста - 2,5 (2,1; 3,2) ммоль/л (p=0,009), ЛПВП 1,1 (1,0; 1,3) ммоль/л и 1,2 (1,0; 1,5) ммоль/л (p=0,627), общий холестерин 5,7 (5,0; 6,5) ммоль/л и 4,7 (3,6; 6,4) ммоль/л (p=0,048), соответственно. Статины принимали все пациенты (100%) среднего и 98% – пожилого возраста (p=0,793), достигли целевого уровня ЛПНП (<1,4 ммоль/л) 2 (6%) и 1 (2%) (p=0,645) пациентов, соответственно. Пожилой возраст коррелировал с увеличением уровня ЛПНП (p=0,007, r=0,44), отрицательно - с уровнем общего холестерина (p=0,047, r=-0,22).

Заключение. На фоне проводимой гиполипидемической терапии целевой уровень ЛПНП не достигнут у 94% пациентов среднего и у 98% - пожилого возраста, что требует оптимизации подходов к тактике ведения пациентов очень высокого ССР.

РЕЦИДИВ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ПОСТВИРУСНОГО МИОКАРДИТА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ПАЛЬМОВА Л.Ю., СЫСУЕВА Е.А.

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

Описание клинического случая. Пациент, 25 лет, 20.09.23 года – начало заболевания, появление давящих болей в прекардиальной области на вдохе и при поворотах туловища; повышение температуры тела до фебрильных значений. Направительный диагноз в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»: «Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда». На 3 сутки заболевания присоединение инспираторной одышки и астеновегетативного синдрома. Для дальнейшего лечения переведен в ГАУЗ «ЦГКБ №18» г. Казани. В мае 2023 года проходил лечение в ГАУЗ «ЦГКБ №18» с диагнозом: «Острый очаговый миокардит. Неосложненная инфекция мочевыводящих путей». Выявлен ХВГВ.

Объективно: органы дыхания – сатурация 93%, нижние границы левого легкого смещены на 1 ребро вверх, по нижним отделам слева дыхание ослабленное. Приглушение тонов сердца, над аортой акцент 2 тона. Относительная граница сердца слева расширена на 1 см.

Результаты исследований: в крови – тромбоцитопения, нейтрофильный лейкоцитоз 81,6%, СОЭ 42 мм/час, гипербилирубинемия, СРБ 304 мг/л, прокальцитонин 1,3771 нг/мл; положительный ИФА на IgG к цитомегаловирусу, IgG к ВЭБ; коагулопатия. В посеве крови *Staphylococcus epidermidis*. В моче – гематурия, кетонурия, билирубинурия.

ЭКГ – синусовая тахикардия 92 уд/мин. Нарушение проведения в системе ПНПГ.

ЭхоКС – небольшое количество свободной жидкости в полости перикарда (вокруг всех стенок до 0,3-0,4 см). Регургитация на ТК 1 ст, МК 1 ст, клапан ЛА 1 ст.

РКТ ОГК – свободная жидкость в плевральной полости слева толщиной до 13 мм. Свободная жидкость в перикардиальной области толщиной до 8 мм.

Суточное мониторирование ЭКГ – единичные полиморфные желудочковые ЭС (12 изолированных, 1 парная) – градация 4б по Лауну. УЗИ ОБП, почек – деформация желчного пузыря. МКД. Выпот в левой плевральной полости 250 мл.

Клинический диагноз: Персистирующий поствирусный миокардит, рецидив. ХСН IIБ ст. ФКII. Выпотной перикардит. Гидроторакс слева. Септицемия. ХВГВ. Гематурия.

Заключение. *Проведенное лечение было направлено на устранение септицемии, нарушений ритма и воспалительного процесса. Назначена адекватная гепатопротективная терапия.*

Отрицательная динамика, в виде присоединения желудочковых нарушений ритма, гидроторакса и гидрперикарда, делает высоковероятным переход миокардита в поствоспалительную кардиомиопатию. Прогноз серьезный.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕНОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У МОЛОДЫХ

ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С., ЭКТОВА Н.А.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Российская Федерация

ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Российская Федерация

Цель. Оценить особенности кардиоренометаболических нарушений при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В ходе исследования случай-контроль было отобрано 100 пациентов, разделенных на две группы: группа 1 – лица с НАЖБП (n=50), группа 2 – лица, без НАЖБП (n=50). Всем обследуемым проводились осмотр, биоимпедансометрия, лабораторно-инструментальное исследование, ультразвуковая эластография сдвиговой волной.

Применялся пакет статистических программ MedCalc (2024). Данные в тексте представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me [Q1-Q3]). Статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты. Среди факторов кардиометаболического риска в группе с НАЖБП наблюдалась более высокая частота гипергликемии натощак (24% против 10%, $p = 0,064$), гиперурикемии (18% против 4%, $p = 0,055$) и избыточной массы тела/ожирения (76% против 20%, $p < 0,001$). В группе 1 отмечались наиболее высокие концентрации лептина (29,5 [9,1-50,3] против 12,2 [9,0-27,0] нг/мл, $p = 0,036$) и липопротеина а (72,6 [46,6-133,0] против 52,0 [44,7-62,2] нг/мл, $p = 0,001$) в сравнении с группой 2. Композиционный состав тела лиц с НАЖБП характеризовался более высоким содержанием висцерального жира (12,5 [9-17] против 6,0 [4-9] кг, $p < 0,001$). В группе с НАЖБП с большей частотой встречалась ХБП С2 (32 человека (64%) против 30 человек (60%) и С3а стадий (16 человек (32%) против 15 человек (30%). Уровень альбумина в утренней порции мочи (23 [19-41] против 21 [10-26], $p = 0,005$) и альбумин-креатининовое соотношение (2,5 [1,8-3,3] против 1,9 [0,7-2,6], $p = 0,005$) были выше в группе с НАЖБП в сравнении с контрольной группой. В группе с НАЖБП скорость клубочковой фильтрации имела положительную линейную корреляцию с показателем коэффициента ослабления ультразвука (САР) по данным ультразвуковой эластометрии ($r = 0,299$; $p = 0,035$).

Заключение. Молодые лица с НАЖБП имели большую частоту факторов кардиометаболического риска в сочетании субклиническими функциональными изменениями со стороны почек.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКИХ НЕКРОЗОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОДНОГО ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ

ПЕТУХОВА А.А., ГАЙДУКОВА И. З., ФИЛОНЕНКО Е. П.

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

Актуальность. Лечение асептического некроза (АН) может быть консервативным или хирургическим. Эффективность консервативного лечения АН изучена слабо, в связи с чем в медицинском сообществе распространено мнение о том, что АН является хирургической патологией.

Цель. В ходе проспективного исследования оценить эффективность консервативного лечения АН в течение года.

Материал и методы. Проанализирована медицинская документация 1635 пациентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова, КРБ №25, ГБУ РО «ГКБСМП», сформирована когорта из 91 пациента ≥ 18 лет с верифицированным диагнозом АН. Всем пациентам индивидуально подобрано консервативное лечение. В течение года лечения оценивали эффективность лечения: за улучшение принимали уменьшение боли на ≥ 2 балла по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), улучшение качества жизни по мнению пациента и врача, расширение двигательной активности, отсутствие ограничения движений в конечности, отсутствие необходимости в оперативном вмешательстве по мнению пациента и врача; за ухудшение — усиление боли по ВАШ ≥ 2 балла, ухудшение качества жизни, увеличение зоны остеонекроза по данным МРТ/КТ/Рентгенографии, ограничение движений в конечности, необходимость оперативного вмешательства.

Результаты. Всем пациентам рекомендована разгрузка суставов, нестероидные противовоспалительные препараты назначали пациентам с АН в 59,34% случаев, препараты группы SYSADOA – 21,97%, витамин Д3 – 20,89%, бисфосфонаты 10,98%, гиполипидемическая терапия – 10,0 %, другая остеотропная терапия (остеогенон) – в 6,59%. Из числа включенных в исследование пациентов 30 человек (32,96%) не выполнили рекомендации. Улучшение после 1 визита (через 1-2 мес, n=61) отмечалось у 6,55%, к 4 визиту (через 6-12 мес, n=32) — 50,0%. Ухудшение после 1 визита — 7,77%, к 4 визиту — 6,25%. Все пациенты, продемонстрировавшие ухудшение на фоне консервативного лечения, имели 3–4 рентгенологические стадии АН. Пациенты с ухудшением направлены на оперативное лечение.

Заключение. У каждого второго пациента, выполнявшего рекомендации по лечению АН, достигнуто улучшение. Клиническое улучшение отмечается через 6 месяцев от начала лечения. Низкая приверженность пациентов с АН к лечению наблюдалась в 32,92% случаев. Высокая приверженность рекомендациям и раннее (до формирования 3–4 стадий) начало лечения являлись предикторами благоприятного прогноза консервативного лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И ВИТАМИНА D ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

ПИЛИПЕНКО В.В., ПЛОТНИКОВА О.А., АЛЕКСЕЕВА Р.И., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время важная роль в контроле сахарного диабета 2 типа (СД2) отводится достижению не только целевых значений гликемии, но и обеспечении эффективного контроля других факторов риска кардиометаболического риска, включая дислипидемии. В последние годы активно обсуждается роль витамина D в развитии кардиометаболических заболеваний. В настоящей работе изучалось влияние витамина D на показатели липидного спектра крови у пациентов СД2.

Цель. Изучение взаимосвязи между концентрацией витамина D и показателями липидного спектра крови у больных СД2.

Материалы и методы. В исследование включено 49 пациентов СД2. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем по группе $37,8 \pm 0,73$ кг/м². Средний возраст пациентов составил $60,3 \pm 1,28$ года, продолжительность СД2 - $8,5 \pm 0,89$ лет. Средний уровень базальной гликемии составил $6,87 \pm 0,24$ ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c) – $6,62 \pm 0,15\%$. Все пациенты по показаниям получали пероральную сахароснижающую и гиполипидемическую терапию. Проведено исследование биохимических показателей крови: общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ). Уровень витамина D [25-(ОН) D] определяли иммунохемилюминесцентным методом (Siemens для ADVIA Centaur).

Результаты. Содержание витамина D в крови у обследованных пациентов находилось в пределах от 18,1 до 43,1 нг/мл, в среднем $27,6 \pm 0,97$ нг/мл. У 71,4% пациентов выявлена низкая обеспеченность витамином D: у 10,2% пациентов - дефицит витамина D (10-20 нг/мл), у 61,2% пациентов - недостаточность витамина D (от 20 до 30 нг/мл). Уровень общего ХС составил $4,94 \pm 0,19$ ммоль/л; ХС ЛПНП - $3,69 \pm 0,45$ ммоль/л, ТГ - $1,96 \pm 0,17$ ммоль/л. В исследовании не было выявлено значимой взаимосвязи между уровнем витамина D и уровнем общего ХС, ХС ЛПНП и ТГ, независимо от уровня обеспеченности витамином D.

Заключение. В проведенном исследовании не выявлено корреляционной зависимости между уровнем витамина D и показателями липидного спектра крови у пациентов с СД2. Вместе с тем, требуется проведение будущих клинических исследований патофизиологических концепций, изучающих влияние витамина D при СД2 и его осложнения, прежде всего атеросклеротического генеза.

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

ПИЛИПЕНКО В.Е., КОЛБАСНИКОВ С.В.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Российская Федерация

Актуальность. Непосредственная корреляция между выраженностью уже сформированной артериальной гипертензии (АГ) и гиподинамией изучена недостаточно. С целью коррекции лечебно-профилактических мероприятий у больных АГ на уровне поликлинического звена требуется уточнить структуру факторов риска (ФР) в зависимости от уровня физической активности (ФА).

Цель. Изучить структуру ФР у больных АГ в зависимости от уровня ФА.

Материалы и методы. Анкетирование больных по опроснику IPAQ, общеклиническое обследование (опрос, измерение артериального давления (АД), расчет индекса массы тела (ИМТ), лабораторные исследования (уровень общего холестерина и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), мочевины (МК), глюкоза плазмы крови, креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ)).

Результаты. Обследовано 36 больных АГ II стадии (18 мужчин и 18 женщин), находящихся на диспансерном наблюдении у врача общей практики. Обследованные были разделены на две группы: 1-я контрольная (n=21), 2-я с гиподинамией (n=15). В 1-й группе: уровень ФА составил 25,44 (95% ДИ 22,17-28,12) баллов; ИМТ – 29,42 (95% ДИ 27,13-31,71) кг/м²; САД 135,75 (95% ДИ 129,86-141,64) мм рт. ст.; ДАД – 83,25 (95% ДИ 77,40-89,10) мм рт. ст.; глюкозы – 5,57 (95% ДИ 4,95 – 6,18) ммоль/л; холестерина – 5,08 (95% ДИ 4,38-5,78) ммоль/л; ЛПНП – 2,28 (95% ДИ 1,76-2,79) ммоль/л; МК – 357,57 (95% ДИ 282,17-432,98) мкмоль/л; креатинина – 94,33 (95% ДИ 86,77-101,90) мкмоль/л; СКФ – 68,88, (95% ДИ 59,70-78,06) мл/мин./1,73 м². Во второй группе соответственно: ФА 8,57 (95% ДИ 6,52-10,62, p<0,05); ИМТ – 35,75 (95% ДИ 29,92-41,58; p=0,01); САД – 140,71 (95% ДИ 130,60-150,83; p=0,34); ДАД – 83,93 (95% ДИ 76,49-91,37 p=0,88); глюкозы – 6,13 (95% ДИ 5,14 – 7,12; p=0,18); холестерина – 5,31 (95% ДИ 4,39-6,23; p=0,67); ЛПНП – 2,94 (95% ДИ 2,10-3,78; p=0,12); МК – 426,38 (95% ДИ 373,18-479,57; p=0,08); креатинина – 92,46 (95% ДИ 85,69-99,23; p=0,73); СКФ – 63,86 (95% ДИ 53,12-72,61; p=0,24).

Заключение. У больных АГ с гиподинамией ИМТ, уровень глюкозы крови, холестерина и ЛПНП, МК, средний уровень САД были выше по сравнению с пациентами с нормальной ФА, что следует учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ С ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТЬЮ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

ПЛОТНИКОВ Д.Н., ТУРОВИНИНА Е.Ф.

*ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация
ГБУЗ ТО «Областная больница №23», г. Ялуторовск, Российская Федерация*

Пациенты с инсультом в 90% случаев – коморбидные, и они нуждаются в мультидисциплинарном лечении. Для этой категории существует необходимость применения высокоэффективных инновационных методов реабилитации.

Цель. Изучение терапевтического эффекта медицинской реабилитации с применением виртуальной реальности при реабилитации пациентов после инсульта в остром периоде.

Материал и методы. Исследование проводилось в первично-сосудистом отделении №3 ГБУЗ ТО «Областная больница №23» (г. Ялуторовск). Проведен анализ реабилитации 2-х групп пациентов: 1 группа (15 пациентов) - с применением методики виртуальной реальности далее (VR), и группа сравнения (30 пациентов) без применения VR. Средний возраст пациентов 1 группы - $54,3 \pm 12,7$ лет. Средний возраст пациентов 2 группы: $55,9 \pm 11,1$ лет. Критерии включения и исключения были соблюдены в соответствии с разрешением этического комитета Тюменского ГМУ от 09.01.2021 г. Терапевтический эффект оценивался по динамике шкал мобильности.

Результаты. По шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) динамика в группе с VR с $4,1 \pm 0,5$ до $2,9 \pm 0,8$ балла (легкие - умеренные) нарушения за 10 дней занятий. В сравнении с группой без VR динамика ШРМ составила с $4,2 \pm 0,6$ до $3,6 \pm 1$ баллов (умеренные - выраженные) нарушения ($p < 0,05$). Шкала Рэнкина в группе с VR с $3,8 \pm 1,1$ до $3 \pm 0,8$ баллов, в группе сравнения с $4,2 \pm 0,5$ до $3,5 \pm 1$ баллов ($p < 0,05$). Шкала Холдена в группе с VR динамика с $0,2 \pm 0,6$ до $2,5 \pm 1,4$, сравнительно в контрольной группе с $0,03 \pm 0,2$ до $1,3 \pm 1,6$ баллов. По шкале Хаузера в группе с VR динамика с $7,6 \pm 1,8$ балла, до $3,9 \pm 2$ балла, в контрольной группе с $8,5 \pm 1$ баллов до $5,9 \pm 3$ баллов. По всем шкалам лучший терапевтический эффект получен в группе с VR. Пациенты передвигаются без поддержки, или с односторонней при этом помощь сопровождающего заключается в поддержании равновесия. В контрольной группе пациенты передвигаются с двухсторонней поддержкой, или с одним сопровождающим, который помогает в переносе веса тела пациента.

Заключение. *Терапевтический эффект при реабилитации пациентов после инсульта более значим в группе VR, что показывает перспективность данного метода.*

ОБЪЕМНАЯ КАПНОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ПОНОМАРЕВА И.Б., УРЯСЬЕВ О.М.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация

В настоящее время актуальным представляется изучение новых методов для оценки легочной функции у пациентов с ХОБЛ. Одним из них является объемная капнография, не требующая выполнения форсированных выдохов, и, оценивающая динамику выделения углекислого газа по отношению к дыхательному объему. Определяемые параметры позволяют получить информацию о наличии и степени выраженности легочной гиперинфляции, состоянии малых дыхательных путей и объеме мертвого пространства.

Цель. Изучение возможностей объемной капнографии в оценке легочной функции у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследование включены 47 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ (возраст $65,5 \pm 2,6$ лет) и 43 пациента контрольной группы без заболеваний легких (возраст $63,4 \pm 3,4$). Для выполнения объемной капнографии использовали ультразвуковой компьютерный спирограф SpiroScout (Ganshorn, Германия). Регистрировались следующие показатели: VD-Fowler (мл) - объем мертвого пространства по Fowler, dMM/dV2 (г/моль*л) - угол наклона фазы II; dMM/dV3 (г/моль*л) - угол наклона фазы III; Vm25-50/VTin-s – индекс эмфиземы.

Результаты. Бронхиальная обструкция у пациентов с ХОБЛ вызывает уменьшение объема мертвого пространства, что подтверждалось статистически значимым снижением VD-Fowler по сравнению с пациентами контрольной группы (121 [104;142] и 156 [126;184], соответственно, $p < 0,001$). Регистрировалось также уменьшение значений dMM/dV2 в группе пациентов с ХОБЛ (2,67 [2,01;3,34] и 2,28 [1,63;2,79], соответственно, $p < 0,001$), что также косвенно свидетельствует о величине мертвого пространства.

У пациентов с ХОБЛ по сравнению с лицами контрольной группы выявлялись изменения малых дыхательных путей и нарушение вентиляции легочной периферии, что проявлялось увеличением dMM/dV3, г/моль*л (0,28 [0,16;0,39] и $0,25 \pm 0,05$, соответственно, $p = 0,001$).

Пациенты с ХОБЛ имели более высокий Vm25-50/VTin-s в сравнении с контрольной группой (41,64 [18,3;78,4] и $17,56 \pm 1,53$, соответственно, $p < 0,001$).

Заключение. Объемная капнография является простой и информативной методикой, позволяющей определить выраженность гиперинфляции легких, дисфункцию малых дыхательных путей и объема мертвого пространства.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НИКОТИНА НА СИСТЕМУ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

ПОНОМАРЕВА И.Б., АСФАНДИЯРОВА Н.С., КУЛИКОВ С.А.

ФГБОУ ВО «РязГМУ Минздрава России», г. Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Одним из распространенных заболеваний легких, ассоциированных с табакокурением, является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Остается много неясных вопросов, касающихся участия системы иммунитета в развитии заболевания. Практически не изучено влияние никотина на клеточный иммунитет при ХОБЛ.

Цель. Изучить влияние никотина на пролиферативную активность лимфоцитов периферической крови в ответ на фитогемагглютинин (ФГА) у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов с ХОБЛ. Контрольная группа включала 33 пациентов, аналогичного пола и возраста, без значимого анамнеза курения и заболеваний органов дыхания. Все пациенты заполняли опросники САТ, шкалы одышки mMRC, а также проводилась спирометрия, исследование пролиферативной активности лимфоцитов в ответ на фитогемагглютинин и функциональной активности клеток, синтезирующих циклооксигеназу.

Результаты. Установлено снижение пролиферативной активности лимфоцитов в ответ на ФГА у пациентов с ХОБЛ, по сравнению с аналогичными показателями больных без ХОБЛ ($50,4 \pm 10,2\%$ vs. $55,0 \pm 10,2\%$, $p < 0,05$), а также повышение активности клеток, синтезирующих циклооксигеназу ($1,2 \pm 0,3$ vs. $1,0 \pm 0,2$ $p < 0,001$). В зависимости от характера реакции пролиферативной активности клеток в ответ на митоген при добавлении никотина пациенты были разделены на 3 группы: у 1 группы пациентов ($n=2$) добавление никотина не влияло на трансформацию лимфоцитов в ответ на ФГА, у 2 группы пациентов ($n=37$) отмечалась стимуляция активности клеток, у 3 группы ($n=17$) никотин подавлял активацию лимфоцитов в ответ на неспецифический митоген. В исследовании дана клиническая характеристика каждой из этих групп.

Заключение. У больных ХОБЛ отмечается супрессия реакций клеточного иммунитета на фоне воспаления. Никотин *in vitro* подавляет реакцию лимфоцитов в ответ на митоген у некоторых пациентов с ХОБЛ, однако у ряда пациентов он вызывает стимуляцию активности. Использование результатов этого исследования возможно в программах реабилитации пациентов с ХОБЛ в разработке рекомендаций по отказу от курения.

МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ПОНОМАРЕВА О.В., СМИРНОВА Е.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация

ГБУ РО «Городская клиническая больница №11», г. Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Пациенты с ХСН с сохраненной ФВЛЖ (ХСНсФВ) характеризуются мультиморбидностью. Оптимизация терапии требует персонализированного подхода, основанного на выделении фенотипов заболевания.

Цель. Изучить распространенность, клиническую характеристику, мультиморбидность, особенности терапии различных фенотипов ХСНсФВ.

Материал и методы. Обследовано 152 пациента с ХСН, средний возраст $70,9 \pm 10$ лет, госпитализированных в отделение ХСН ГБУ РО ГКБ №11 с 01.10.2023 по 31.12.2023.

Проанализированы клинические проявления в зависимости от ФВЛЖ, с помощью кластерного анализа 14 качественных переменных выделены фенотипы ХСНсФВ, изучены подходы к терапии.

Результаты. Распространенность ХСНсФВ составила 65,8%, преобладают женщины (61% против (vs) 31,4%, $p < 0,05$), которые чаще госпитализируются в связи с пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) (48% vs 10%, $p < 0,05$) и неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ) (21,0% vs 5,0%, $p < 0,05$). Острая декомпенсация СН - основная причина госпитализации при ХСН со сниженной ФВЛЖ (ХСНнФВ) 49,0% vs 13,0%, $p < 0,05$.

Клинические проявления ХСН не зависят от ФВЛЖ, за исключением гидроторакса, который чаще сопутствует ХСНнФВ (41,2% vs 14,0%, $p < 0,05$). С помощью кластерного анализа выделены три фенотипа ХСНсФВ: «кардиоренометаболический» (сочетание ожирения, АГ, ХБП, дислипидемии, дисгликемии) с преобладанием ФП и дисфункции щитовидной железы (41,4%), «кардиометаболический» с преобладанием ИБС (28,3%), пациенты без ожирения с мультиморбидностью (онкозаболеваниями, анемией, ЦВБ, ФП, ИБС, ПИКС, легочной гипертензией) - 30,3%. Независимо от ФВЛЖ пациенты с ХСН получают иАПФ/АРА/АРНИ (98,0% при сниженной ФВ и 95,0% при сохраненной), статины (93,0% и 86,3% соответственно). При ХСНнФВ чаще назначаются диуретики (84,3% vs 54%, $p < 0,05$), иНГЛТ2 (37,3% vs 5,0%, $p < 0,05$), дигоксин (33,3% vs 8,0%, $p < 0,05$), квадратитерапия препаратами основной группы (25,0% vs 3,0%, $p < 0,05$). При ХСНсФВ чаще назначаются антагонисты кальция (47,0% vs 21,6%, $p < 0,05$), антиаритмики IC и III класса (59,0% vs 19,6%, $p < 0,05$), эзетимиб (36,0% vs 19,6%, $p < 0,05$), что соответствует парадигме терапии сопутствующих заболеваний при ХСНсФВ.

Заключение. Среди госпитализированных больных с ХСН 65,8% имеют ФВЛЖ $> 50\%$ с преобладанием двух фенотипов: «кардиометаболического» (в основе - ожирение и дислипидемия) и мультиморбидных пациентов без ожирения. Недостаточно часто назначаются иНГЛТ2 при ХСНсФВ.

КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ПОПОВ А.А., ТУРЯНСКАЯ Ю.В.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург, Российская Федерация

Цель. Сравнительный анализ композиционного состава тела и параметров метаболизма в возрастных стратах лиц с избыточной массой тела, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. Основную группу составили 168 пациентов в возрасте 60 лет и старше (средний возраст $68,51 \pm 7,54$ лет), находившиеся на лечении в центре медицинской реабилитации "Озеро Чусовское". В группу сравнения включены 173 человека моложе 60 лет (средний возраст $53,45 \pm 6,32$ лет). Группы не различались по полу, все пациенты страдали гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и имели избыточную массу тела или ожирение. Оценивали индекс массы тела (ИМТ), содержание жира в организме методом биоэлектрического импеданса, объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), общий анализ крови, уровень глюкозы крови натощак и через 2 часа после еды, гликированный гемоглобин, липидный спектр, мочевины, креатинин и фибриноген сыворотки.

Результаты. Группы не различались по массе тела, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ. Содержание жира в организме в основной группе было значимо выше, чем в группе сравнения – $40,33 \pm 5,92\%$ и $33,92 \pm 5,45\%$, соответственно ($p=0,0005$). Параметры липидного спектра не различались между группами. Несмотря на одинаковый средний уровень глюкозы натощак – $6,81 \pm 1,60$ ммоль/л и $6,52 \pm 1,91$ ммоль/л ($p=0,35$), уровень постпрандиальной глюкозы и гликированного гемоглобина был значимо выше в первой группе – $7,38 \pm 2,54$ ммоль/л и $6,91 \pm 1,18\%$, соответственно и $6,24 \pm 1,80$ ммоль/л и $6,47 \pm 1,05\%$ ($p=0,03-0,04$). При одинаковом уровне креатинина, в основной группе был значимо повышена концентрация мочевины – $6,39 \pm 1,30$ ммоль/л, и $5,55 \pm 1,46$ ммоль/л в группе сравнения ($p=0,003$). Установлен более низкий уровень лейкоцитов, за счет снижения лимфоцитарного пула – $6,32 \pm 1,20$ и $1,97 \times 10^9$ /л в первой группе, по сравнению с $7,10 \pm 1,49$ и $2,77 \times 10^9$ /л во второй ($0,001-0,02$). В основной группе выявлены более высокие уровни СОЭ и фибриногена – $9,48 \pm 5,59$ мм/ч и $4,25 \pm 1,12$ г/л, по сравнению с $7,82 \pm 4,19$ мм/ч и $3,69 \pm 0,89$ г/л в группе сравнения ($p=0,033-0,049$).

Заключение. Полиорганный поражение характерно для пациентов старше 60 лет.

Увеличение содержания жира в составе тела ухудшает прогноз и диктует необходимость персонализированного подхода к каждому пациенту.

ОЖИРЕНИЕ И РИСК ПЕРЕЛОМОВ У МУЛЬТИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

ПОПОВ А.А., ФОМИНЫХ М.И.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Низкий индекс массы тела (ИМТ) признан независимым фактором риска переломов, обусловленных остеопорозом (ОП). Но в мире растет число лиц с ожирением. Не ясно, является ли избыточная масса тела протективным фактором или же фактором риска переломов.

Цель. Оценка связи между ИМТ и риском переломов у обратившихся в Службу профилактики повторных переломов (СППП) ЦГКБ №7 г. Екатеринбурга.

Материал и методы. В одномоментное исследование включены 129 пациентов (123 женщины, 6 мужчин) старше 60 лет (средний возраст: $68,5 \pm 6,2$ года). ИМТ более 30 кг/м^2 выявлен у 30 пациентов (группа 1). Расчет 10-летнего абсолютного риска переломов по алгоритму FRAX® проведен у 100% включенных. Данные двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) были доступны у 37 (28,7%) чел.

Результаты. В группу 1 включены 29 женщин и 1 мужчина, средний возраст $68,3 \pm 6,4$ года. Во второй группе были 94 женщины и 5 мужчин, средний возраст $68,6 \pm 6,2$. Частота переломов плеча была значительно выше у пациентов с ожирением, чем у лиц без ожирения ($\chi^2=4,871$, $p=0,028$), а частота переломов предплечья была значимо ниже ($\chi^2=4,973$, $p=0,026$). Не было различий в частоте переломов иных локализаций. Порог вмешательства по FRAX® был достигнут у 53 (41.1%) пациентов, а 57 (44.2%) пациентов нуждались в проведении DXA. Статистически значимых различий риска переломов выявлено не было.

Среди пациентов с ожирением артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 16, сахарный диабет 2 типа (СД2Т) – у 10, остеоартрит (ОА) у 8 чел. В группе без ожирения выявлены АГ у 27, СД2Т у 13, ОА у 23 человек. СД2Т ($\chi^2= 6,414$, $p=0,012$), АГ ($\chi^2=7,036$, $p=0,008$) встречались значимо чаще в группе 1, чем в группе 2.

Заключение. *Ожирение связано с более низким риском переломов предплечья и повышенным риском переломов плеча. СД2Т и АГ среди пациентов СППП значимо чаще встречались у пациентов с ожирением. Однако результаты следует интерпретировать с учетом высокой гетерогенности группы.*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБНОГО РЯДА НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

ПОПОВ А.А., ШНЕЙДЕР О.Л.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Аденулизм приводит к эстетическим, структурным и функциональным изменениям, негативно влияет на качество жизни. Потеря даже единичных зубов приводит к резорбции костной ткани челюсти, особенно быстро прогрессирующей у пациентов с системным остеопорозом, что, в свою очередь, является препятствием для проведения эндопротезирования.

Описание случая. Женщина 51 года в ноябре 2017 г. направлена на терапевтический прием по остеопорозу стоматологом-ортопедом в связи с невозможностью установки зубных эндопротезов. Жалобы на нарушение пережевывания пищи и косметические проблемы в связи с удалением 4,5,6,7 зубов верхней челюсти справа. С молодости страдала кариесом, в течение 5 лет имела профессиональный контакт с кислотами, щелочами, органическим растворителями. Менопауза – в 50 лет. Беременность 1, роды – 1. С детства диагностирована лактазная недостаточность и недифференцированная дисплазия соединительной ткани. В течение многих лет ежедневно занятия физкультурой в интенсивном режиме, плавание с аквааэробикой. Рост 170 см, масса тела 50 кг, индекс массы тела 17,3 кг/м². Кожа белая, тонкая. Подкожно-жировая клетчатка выражена минимально. Мышцы в хорошем тонусе, сила сжатия кисти сохранена. Status localis: отсутствие 4,5,6,7 зубов верхней челюсти справа. Минеральная плотность кости (МПК) поясничного отдела позвоночника по Т-критерию – 1,2; проксимального отдела бедра Т= - 1,5. 10-летний риск остеопорозных переломов 6,6%, риск перелома бедра 0,6%. На ортопантограмме – отсутствие 4,5,6,7 зубов, выраженный остеопороз верхней челюсти. По просьбе пациентки проведен консилиум с участием терапевта, стоматолога-ортопеда, ревматолога и гастроэнтеролога. После подписания информированного согласия пациента на 24 месяца назначен терипаратид подкожно ежедневно по 20 мг/сут, карбонат кальция 1200 мг/сут и холекальциферол 2000 МЕ/сут. С учетом 100 % комплаенса пациентки в октябре 2019 г. успешно проведено эндопротезирование зубов верхней челюсти. После завершения терапии терипаратидом, начато введение деносумаба по 60 мг подкожно каждые 24 недели. Отмечена позитивная динамика МПК.

Заключение. *В отсутствие зарегистрированных показаний назначение эффективной анаболической терапии остеопороза челюсти по просьбе пациентки проведено по решению междисциплинарного консилиума в статусе врачебной комиссии и подписания добровольного информированного согласия при постоянном взаимодействии врачей и пациента.*

ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Бронхиальная астма (БА) у беременных является одним из самых распространенных хронических заболеваний органов дыхания.

Цель. Определение клинико-функциональных особенностей течения БА и состояния внутрисердечной гемодинамики у беременных.

Материалы и методы. Проанализированы клинико-функциональные особенности течения БА у 50 пациенток. Оценивались клинико-anamnestические данные, спирометрия, оценка диастолической функции правых отделов сердца при помощи тканевой доплерографии. Наследственная отягощенность по аллергии - у 15 (30%) женщин. Легкое течение БА отмечалось у 33 (66%) (I группа), среднетяжелое - у 14 (28%) (II группа) и тяжелое - у 3 (6%) (III группа). Группа контроля - 20 беременных без бронхолегочных и сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты. Продолжительность БА составила $9,9 \pm 1,5$ лет. У 33 (66%) была аллергическая БА, у 4 (8%) – неаллергическая, у 13 (26%) – смешанная. У 30 (60%) отмечалось утяжеление симптомов БА в гестационном периоде, у 14 (28%) - без изменений, у 6 (12%) - улучшение. Обострения БА во время беременности отмечались у 42 (84%). У большинства пациенток неконтролируемая БА была на протяжении одного триместра – у 26 (61,9%), в 2-х триместрах - у 9 (21,4%), в 3-х триместрах – у 7 (16,7%).

При оценке диастолической функции левых отделов сердца у беременных с БА скорость потока раннего диастолического наполнения - E_m и соотношение E_m/A_m оказались ниже, чем в контроле ($p < 0,05$). Показатель скорости потока позднего диастолического наполнения — A_m без достоверных различий с контролем. Во всех группах достоверно снижался показатель глобальной систолической функции правого желудочка (S_m) по сравнению с контролем до 21%. Нарушение продольной диастолической функции правого желудочка выявлено 46% по IVRT и 34% по ET/AT и 56% по MPI у беременных I группы и 72 % по IVRTt, 66 % по ET/AT, 76% по MPI и 20% по TAM(S') у беременных II группы. Фракция выброса правого желудочка не изменялась - $47 \pm 2,2\%$.

Заключение. *Определены некоторые особенности клинического течения БА во время беременности, изменения гемодинамических параметров в виде нарушения процессов релаксации правых отделов сердца.*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация

В последние годы отмечается возрастающий интерес к проблеме диагностики и лечения бронхиальной астмы (БА) в гестационном периоде, так как данное заболевание является серьезной проблемой здравоохранения во всем мире.

Цель. Изучение клинико-функциональных особенностей течения БА во время беременности и в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Проведено наблюдение 124 больных БА в динамике беременности и послеродовом периоде на протяжении от 3 месяцев до 3-х лет. Группа сравнения – 70 здоровых беременных. Использованы клинико-анамнестические данные, тест по контролю над астмой, исследование вентиляционной функции легких.

Результаты. Динамика течения БА в гестационном периоде выглядела следующим образом: ухудшение - у 58 (46,8%) больных, без существенной динамики – у 50 (40,3%), улучшение – 16 у (12,9%). Проанализированы клинико-функциональные особенности течения БА у 27 пациенток при повторных беременностях и родах. При этом легкое течение БА было у 14, среднетяжелое – у 12, тяжелое – у 2.

В первые трое суток после родов обострение БА наблюдалось у 9 (7,3%), в течение последующих 2-4-х недель – у 38 (30,6%), через 2-4 месяца – у 28 (22,5%), через 6 месяцев – у 17 (13,7%). У 14 (11,3%) пациенток симптомы БА возобновились через год после родов. При этом у 44 (35,5%) больных отмечено улучшение состояния после родов, у 53 (42,7%) – без изменений.

Ухудшение течения БА после родов выявлено у 27 (21,8%) больных. Улучшение после родов было у больных с контролируемым течением БА во время беременности. Только 7 (7,1%) пациенток с утяжелением симптомов БА во время беременности указывали на улучшение самочувствия в послеродовом периоде. Утяжеление течения БА после родов чаще наблюдалось у пациенток с обострением в I половине беременности, чаще при неаллергической БА, чему способствовало прекращение или снижение дозы контролирующих препаратов в связи с лактацией, низкой приверженностью терапии.

Заключение. *Отмечено влияние следующих факторов на динамику течения БА во время гестации и в послеродовом периоде: степени тяжести заболевания, наличия внелегочных аллергических заболеваний, патологии ЛОР-органов, ОРВИ и выполнение пациентками врачебных рекомендаций.*

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО СНА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

ПРОХОРОВ Д.Ю., ПУТИЛИН Л.В.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Медицинский институт г. Тула, Российская Федерация

Актуальность. Студенты медицинских вузов из-за высокой учебной нагрузки могут испытывать дополнительное психоэмоциональное напряжение и проблемы со сном. Двигательная активность является доступным способом профилактики неинфекционных заболеваний.

Цель. Изучение влияния занятий любительскими видами спорта на функциональное состояние и качество сна молодых людей.

Материалы и методы. Осенью 2023 года 115 студентов (75 девушек и 40 юношей) медицинского института ТулГУ во время занятий по медицинской реабилитации заполняли карту функционального состояния. Для оценки качества сна использовался Питтсбургский опросник индекса качества сна (PSQI; Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. et al., 1989). Для оценки дневной сонливости использовалась Эпвортская шкала сонливости (ESC; Johns M.W., 1991). Статистическая обработка выполнялась с использованием MS Excel 16.0.

Достоверность различий между группами оценивали по t-критерию Стьюдента при $p < 0,05$. Данные представлялись как $M \pm m$.

Результаты. В зависимости от уровня физической активности среди молодых людей были выделены группы: с умеренной (2-3 тренировки в неделю) и низкой (только ходьба пешком) физической активностью. У девушек распределение по группам составило 47 и 53%, у юношей 45 и 55%.

Средняя сумма баллов шкалы тревожности была выше среди незанимающихся девушек по сравнению с активными девушками ($4,1 \pm 0,4$ и $2,6 \pm 0,46$ при $p = 0,01$), также у малоподвижных девушек была ниже длина индивидуального дециметра ($7,5 \pm 0,3$ и $8,7 \pm 0,2$ см при $p = 0,001$).

Активные девушки и юноши реже сообщали о трудностях подъема по утрам (27% и 28%) по сравнению с незанимающимися студентами (54% при $p < 0,05$ и 56% при $p = 0,07$; тенденция к достоверности). Средний хронотип был самым распространенным среди активных девушек и юношей (46 и 50%), у незанимающихся студентов преобладал вечерний тип (43 и 59%).

Средняя сумма баллов по PSQI была выше у малоподвижных девушек ($5,4 \pm 0,4$ и $3,9 \pm 0,5$ при $p = 0,03$). Пресомнические расстройства также чаще встречались у неактивных студенток (43 и 26% при $p < 0,05$).

Заключение. Умеренная двигательная активность может снижать уровень тревожности, а также уменьшать пре- и постсомнические расстройства у молодых людей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ПУЖАЛОВ И.А., ГОРДИЕНКО А.В., СОТНИКОВ А.В., НОСОВИЧ Д.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны РФ, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель. Изучить особенности клинического течения инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) для улучшения профилактики и исходов.

Материал и методы. В исследование включены мужчины 19-60 лет с ИМ I типа (IV универсальное определение ИМ) и скоростью клубочковой фильтрации ≥ 30 мл/мин/1,73 м². Исследуемая группа составлена из 38 больных с ЖКБ (средний возраст: 52,6 \pm 4,2 года). Группу сравнения сформировали из 564 мужчин без заболеваний обмена веществ (ЖКБ, мочекаменная болезнь и подагра) (51,05 \pm 6,3 года; p=0,3). С помощью критериев Мана-Уитни и Хи-квадрат Пирсона выполнен сравнительный анализ частоты наблюдения особенностей клинического течения в выделенных группах.

Результаты. В исследуемой группе выявлено преобладание длительного течения (≥ 5 лет в исследуемой группе – 55,3%; в группе сравнения – 36,0%; p=0,04) хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) (стенокардия напряжения (51,4% и 35,5%, соответственно; p=0,01), аритмии (32,4 и 24,4%; p=0,01)), меньшая частота Q-инфарктов миокарда (31,6% и 55,7%; p=0,04) и манифестации ИБС с ИМ (16,2 и 40,1%; p=0,01). В группе сравнения в анамнезе заболевания чаще требовалось выполнение коронарного шунтирования (0,0% и 9,3%; p=0,498). Структура вариантов клинического течения ИМ не отличалась в сравниваемых 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), разрывы миокарда (5,3 и 0,9%; p=0,03), декомпенсация патологии органов пищеварения (7,9 и 2,0%; p=0,02) и мочевыделения (10,5 и 2,3%; p=0,003).

Заключение. 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.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРОКСЕТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (ПД)

ПЫСИН В.Г.

ОГБУЗ «Старооскольская Окружная Больница Святителя Луки Крымского», г. Старый Оскол, Белгородская обл., Российская Федерация.

Актуальность. ПД являются одним из наиболее частых психических расстройств после перенесенного полушарного инсульта, замедляющими процесс восстановления неврологического дефицита.

Цель. Изучение эффективности применения ингибитора обратного захвата серотонина - пароксетина при лечении ПД.

Материал и методы. Проводилось проспективное наблюдение за 69 пациентами (44 мужчин и 25 женщин) с ПД разной степени выраженности после перенесенных инсультов давностью от 1 до 3 лет, средний возраст которых составлял $65 \pm 2,5$ года. Всем больным в качестве антидепрессивного средства был назначен пароксетин, препарат, селективно подавляющий обратный захват серотонина, обладающий выраженным и в то же время мягким тимоаналептическим действием в дозе 20 мг 1 раз в сутки в течение 5 мес.

Результаты. На фоне проводимой терапии у 12 пациентов с относительно невысокой степенью депрессивных проявлений улучшение состояния отмечалось уже на 2-й неделе приема препарата. У них улучшился аппетит, уменьшилась тревожность, они стали более охотно общаться. Через 1 месяц состояние улучшилось еще у 22 больных. К концу 2-го месяца приема пароксетина улучшение состояния отмечалось у большинства пациентов. Лишь у 5 больных с выраженными астенодепрессивными проявлениями улучшение было незначительным, но и у них уменьшилось чувство тревожности, улучшился сон. Побочных эффектов и осложнений в процессе лечения не зафиксировано.

Заключение. *Результаты данного наблюдения позволяют сделать выводы, что препарат пароксетин является эффективным антидепрессивным средством, хорошо переносится больными, безопасен при длительном применении и может быть рекомендован для лечения пациентов с ПД различной степени выраженности.*

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ

ПЯТЧЕНКОВ М.О., ДОРОЩУК К.С., ЩЕРБАКОВ Е.В.

ФГБВОУ ВО ВМедА имени С.М. Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Коморбидная патология считается одним из наиболее значимых предикторов неблагоприятных исходов у больных с нарушением функции почек. Индекс коморбидной патологии Чарльсон (ИКЧ) является простым и часто используемым инструментом оценки бремени сопутствующих заболеваний и может быть использован для прогнозирования выживаемости. Он был успешно валидирован в различных группах населения, включая пациентов, находящихся на диализе. Исследования по оценке коморбидности в российской популяции больных на диализе немногочисленны.

Цель. Изучить структуру коморбидной патологии в когорте больных, получающих лечение гемодиализом.

Материалы и методы. Ретроспективное когортное исследование, в котором были проанализированы данные 346 (167 мужчины/179 женщин, медиана возраста – 60,5 [49;68 лет]) пациентов на гемодиализе. ИКЧ был рассчитан с поправкой на возраст и тяжесть заболевания из-за его лучшей прогностической способности. Учитывались патологии, охватывающие ИКЧ за исключением СПИД, поскольку ни у одного пациента не было подобного диагноза. Полученный ИКЧ был ранжирован на три группы: 2 балла – отсутствие сопутствующей патологии (только почечная недостаточность), 3-4 балла – средняя степень сопутствующей патологии, ≥ 5 баллов – высокую степень сопутствующей патологии.

Результаты. В общей сложности 272 (78,6%) пациента имели одно и более сопутствующее заболевание. Сахарный диабет был наиболее распространенным коморбидным состоянием (41,9%). За ним следовали заболевания периферических сосудов (20,8%), застойная сердечная недостаточность (16,2%), язвенная болезнь (11,9%), хроническая обструктивная болезнь легких (11%), цереброваскулярные заболевания (8,1%), инфаркт миокарда (7,8%). Значительно реже встречались печеночная недостаточность (4,6%), заболевания соединительной ткани (4,6%), деменция (2,6%), солидные опухоли (2,3%), лимфома/миелома (1,6%), лейкопения (0,6%) и гемиплегия (0,6%). Медиана значения ИКЧ в совокупной выборке составила 5[4;8] баллов. При этом 205(59,3%) пациентов имели высокую, а 67(19,3%) - среднюю степень коморбидности. Только 74(21,4%) участника исследования не имели сопутствующей патологии. У пожилых лиц с большей вероятностью встречались более высокие показатели ИКЧ.

Заключение. Полученные нами данные подтвердили результаты ранее проведенных исследований и в совокупности свидетельствуют о том, что, несмотря на достижения современной медицины, гемодиализные больные по-прежнему продолжают характеризоваться высокой коморбидностью.

ОТСУТСТВИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАК ФАКТОР РИСКА МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ

РАДЧЕНКО А.С., ГАТИАТУЛЛИН Б.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка В., 73 лет, госпитализирована в связи с подъемом артериального давления (АД) до 220/115 мм рт. ст. В анамнезе: гистерооовариозэктомия в 27 лет, заместительную гормональную терапию не получала. Гипертоническая болезнь (ГБ) с 1991 г., сахарный диабет (СД) 2 типа с 2002 г., инсулиннезависимый, с 2005 г. гонартроз, в 2021 г. лакунарный инсульт в бассейне правой среднемозговой артерии (СМА), последнюю неделю перед госпитализацией - утрата контроля над АД. Принимает: Лозартан 100 мг, Бисопролол 20 мг, Ривароксабан 20 мг, Метформин 2000 мг, Моксонидин 0,4 мг при кризах, Нимесулид 100 мг при боли в суставах. Аллергологический анамнез: непереносимость ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Объективно состояние средней тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Индекс массы тела (ИМТ) = 44,29 кг/м². Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 85 уд/мин. АД – 180/100 мм рт.ст. Стул и диурез без особенностей. Подвижность коленных суставов ограничена. 3 балла по шкале «Возраст не помеха».

Результаты диагностики: Глюкоза = 8,6 ммоль/л, липопротеины низкой плотности (ЛПНП) = 3,36 ммоль/л, Триглицериды = 2,28 ммоль/л, СКФ (СКД-ЕРІ) = 39 мл/мин/1,73². Анализ мочи на микроальбуминурию – 12 мг/ммоль.

ЭКГ – неполная блокада левой ножки пучка Гиса. ЭхоКГ – фракция выброса (ФВ) 50%, уплощение восходящей аорты, митральная и аортальная регургитация 2 степени. УЗИ органов брюшной полости и почек – стеатоз печени, кисты почек.

Таким образом, у пациентки ГБ III стадии, неконтролируемая артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность с сохранной ФВ, СД 2 типа, диабетическая нефропатия (СЗб 2А), ожирение 3 степени, неалкогольная жировая болезнь печени, гонартроз, признаки астении.

Заключение. *Нельзя не отметить роль отсутствия назначения заместительной гормональной терапии в развитии метаболических нарушений пациентки. На данный момент ведение затруднено в связи с длительной мультиморбидностью, наличием астении, лекарственной непереносимости. Мы считаем необходимым скорректировать терапию: назначить Хлорталидон, Розувастатин + Эзетимиб в минимальной дозировке, заменить Метформин на Пиоглитазон, рекомендовать местные обезболивающие мази вместо перорального приема Нимесулида, умеренную физическую активность, снижение веса. Каждое назначение должно быть оценено по критериям Бирса.*

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ У ПАЦИЕНТА С КЛАССИЧЕСКОЙ (В₆-ЗАВИСИМОЙ) ФОРМОЙ ГОМОЦИСТЕИНУРИИ, НЕ ПОЛУЧАВШЕГО ПРЕПАРАТЫ ПИРИДОКСИНА

РАЗУМОВА А.Н., ПАЧКУНОВА М.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация

Гомоцистинурия (ГЦУ) – наследственное заболевание обмена веществ, обусловленное нарушением метаболизма серосодержащих аминокислот.

Классическая форма ГЦУ обусловлена мутациями в гене CBS, и характеризуется признаками поражения соединительной ткани, тромбозами, снижением интеллекта и психиатрической симптоматикой. Выделяют В₆-чувствительную и В₆-резистентную формы.

Описание клинического случая. Пациент 18 лет. Вес 68 кг. Рост 195 см. ИМТ=17,9кг/м².

Поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, жидкий стул с кровью. Был выставлен диагноз: Колит неуточненный. Из анамнеза: с 4 лет тромбозы вен нижних конечностей. Обследован в специализированном центре: выявлена ГМУ, В-6 зависимая форма. В лечении: ривароксабан, пиридоксин, фолиевая кислота, комплекс аминокислот. Препараты принимает нерегулярно. В 2019 г. острое нарушение мозгового кровообращения с левосторонним гемипарезом. По данным обследования:

фиброколоноскопия - эндоскопические и гистологические признаки ВЗК. УЗДГ сосудов брюшной аорты: препятствий магистральному кровотоку не выявлено. В процессе лечения появились жалобы на боли в левой руке. Была выполнена коагулограмма: Д-димер 3, 76 мкг/мл (норма менее 0,55), АТ III 55,4 (норма 75-125). По УЗДГ сосудов левой руки: слева наружная подкожная вена во всех сегментах окклюзионно тромбирована с выраженным тромбофлебитом. Анализ крови на гомоцистеин: 164,9 мкмоль/л (норма 5,0-13,0) Во время лечения в отделении ухудшение состояние: одышка при минимальной физической нагрузке. SpO₂ 92%. ЭХО-КС: Косвенные признаки ТЭЛА.КТ ангиопульмонография: ТЭЛА. Пациенту назначена кислородотерапия, эноксипарин, нейромультивит, ИПП, ГКС. За время лечения состояние с положительной динамикой в виде улучшения общего самочувствия, уменьшения одышки, достигнута реканализация большой подкожной вены справа, малой подкожной вены, уменьшение перифлебита, положительной динамики КТ. Пациенту рекомендована низкобелковая диета, терапия препаратами пиридоксина, антикоагулянтами на постоянной основе.

Заключение. *Учитывая редкость данного заболевания, необходимо исследование гомоцистеинового профиля больных молодого возраста с клиникой рецидивирующих сосудистых тромбозов, а также своевременное назначение патогенетической терапии, что является важным предиктором эффективности лечения.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ И КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

РИЗАТДИНОВА Ф.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

Псориаз и псориатический артрит (ПсА) – хронические воспалительные заболевания, ассоциированные с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, включая атеросклероз.

Цель. Оценить толщину интима-медиа общей сонной артерии и эхо-признаки атеросклероза аорты и аортального клапана у пациентов с ПсА без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе.

Материал и методы. В исследование были включены 31 пациент с ПсА, 20 мужчин (64,5%) и 11 женщин (35,5%), в возрасте $46,19 \pm 11,23$ лет. Средний ИМТ составил $27,06 \pm 5,19$ кг/м², активность заболевания согласно индексу BASDAI – $6,32 \pm 2,17$. У всех пациентов проводилась УЗ-оценка толщины интима-медиа общей сонной артерии и эхо-признаков атеросклероза аорты и аортального клапана. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS 19 (IBM, США).

Результаты. Клинически оценены индекс BASFI ($5,58 \pm 3,16$), дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) ($10,83 \pm 8,34$), HAQ ($1,31 \pm 0,64$) и SF-36, в том числе физический компонент ($36,96 \pm 23,24$), жизненная активность ($35,87 \pm 19,11$) и интенсивность боли ($30,43 \pm 19,32$). У пациентов с ПсА в числе прочих параметров были определены скорость систолического потока в аорте ($131,9 \pm 19,55$ см/с) и выходном тракте левого желудочка (ЛЖ) ($93,15 \pm 21,37$ см/с), уплотнение стенок аорты и аортального клапана, толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии (КИМ ОСА). Выявлена прямая корреляция между скоростью систолического потока в аорте и индексом BASFI (сильная, $r=0,975$, $p=0,005$) и ДИКЖ (умеренная, $r=0,685$, $p=0,003$), между скоростью систолического потока в выходном тракте ЛЖ и BASFI (сильная, $r=0,900$, $p=0,037$). Определена обратная корреляция между скоростью систолического потока в аорте и физическим функционированием по SF-36 (умеренная, $r=-0,593$, $p=0,016$), жизненной активностью (умеренная, $r=-0,547$, $p=0,028$), интенсивностью боли (умеренная, $r=-0,666$, $p=0,005$), а также между скоростью систолического потока в выходном тракте ЛЖ и жизненной активностью (умеренная, $r=-0,608$, $p=0,013$), интенсивностью боли (умеренная, $r=-0,581$, $p=0,018$). У 23 пациентов (74,2%) выявлено уплотнение стенок аорты и/или аортального клапана. Не выявлено каких-либо связей между КИМ ОСА и индексами активности или качества жизни.

Заключение. У пациентов с псориатическим артритом (ПсА) выявлены признаки атеросклероза устья аорты и аортального клапана, ассоциированные, вероятно, с хроническим воспалением.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

РОМАНОВ Д.С., ДЕНИСОВА О.А., БЕСПАЛОВА И.Д.

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск, Российская Федерация

Актуальность. Эпидемический уровень распространенности метаболического синдрома (МС) населения определяет необходимость установления частоты встречаемости этой патологии у пациентов с саркоидозом. Наличие МС, вероятно, утяжеляет состояние больного саркоидозом, осложняет подбор терапии. Расширение представлений о распространенности компонентов МС у пациентов с саркоидозом может лечь в основу эффективной вторичной профилактики неблагоприятных исходов.

Цель. Определить частоту встречаемости гемодинамических и метаболических факторов у пациентов с саркоидозом, проживающих на территории Томской области.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные медицинские карты 274 пациентов Томской области с саркоидозом, находящихся на диспансерном учете у областного саркоидолога. Распределение пациентов по полу: мужчин 96 (35%) средний возраст 48 ± 3 лет и 178 женщин (65%) средний возраст 57 ± 4 лет. В качестве гемодинамических и метаболических факторов рассматривались: повышение артериального давления (АД) $\geq 130/85$ мм.рт.ст. или достигнутое целевое АД на фоне приема антигипертензивной терапии; нарушение гликемии натощак $> 6,1$ ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет 2 типа; ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²); дислипидемия: повышение общего холестерина $> 5,2$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $> 3,0$ ммоль/л, снижение липопротеинов высокой плотности $< 1,0$ ммоль/л у мужчин, $< 1,2$ ммоль/л у женщин. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Office» и STATISTICA 10.0 фирмы StatSoft inc. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что наиболее часто выявляемым фактором была артериальная гипертензия (АГ), встречалась в 42% случаев. Дислипидемия регистрировалась практически у каждого третьего больного (34%). Ожирение и сахарный диабет 2 типа у 57% и 27% пациентов, соответственно. Сравнительный анализ распространенности компонентов МС в группах больных, выделенных по полу, показал статистически значимые различия ($p < 0,05$): артериальная гипертензия выявлена у 50% женщин и 26% мужчин. Ожирение диагностировано у 24% женщин и 14% мужчин. По остальным показателям разница была не существенной.

Заключение. *Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности гемодинамических и метаболических факторов у пациентов, страдающих саркоидозом на территории Томской области. Своевременная диагностика гемодинамических и метаболических нарушений и их должный контроль позволят не только положительно повлиять на качество жизни больных, но и существенно повлиять на эффективность вторичной профилактики неблагоприятных исходов.*

ЦИТОПРОТЕКТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ КОРРЕКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА

РОМАЩЕНКО О.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация
ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация

Цель. Определить цитопротекторную активность метаболитических корректоров у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от уровня холестерина в крови.

Материал и методы. Нами было проведено обследование 30 больных с ИБС: стабильной стенокардией напряжения I-III функционального класса. Всем пациентам выполняли биохимическое исследование крови. Для определения цитопротекторной активности четырех метаболитических корректоров с разным типом действия (триметазидин, мельдоний, этилметилгидроксипиридина малат, инозин+никотинамид+рибофлавин+янтарная кислота) исследовали лейкоциты крови больных в условиях *in vitro* методом флуоресцентной микроскопии при помощи инвертированного флуоресцентного микроскопа Eclipse Ti-U (компания Nikon, Япония). Путем окрашивания лейкоцитов флуоресцентными красителями (Calcein AM, Ethidium bromide) определяли живые и мертвые клетки, рассчитывали индекс жизнеспособности клеток (ИЖ) как в исходном состоянии, так и после внесения в пробу метаболитического корректора в терапевтической концентрации. Цитопротекторные свойства лекарственных препаратов оценивали на основании динамики ИЖ по разработанному нами способу (Свидетельство о ноу-хау №336 от 9.11.2020. Белгород, НИУ «БелГУ»). Всего было проанализировано 30 000 клеток. Материалы обрабатывали статистически.

Результаты. Обнаружили два варианта изменения жизнеспособности клеток под влиянием метаболитических корректоров *in vitro* – повышение либо снижение ИЖ. Вариант изменения индекса жизнеспособности под влиянием метаболитических корректоров зависел от ряда показателей исходного соматического состояния пациента, которые определяли с помощью метода прогностического анализа Вальда. Показатели липидного профиля оказались прогностически значимыми для всех изученных нами лекарственных препаратов. Так, триметазидин проявляет цитопротекторную активность при нормальном уровне холестерина в крови - менее 5,3 ммоль/л (прогностический коэффициент (ПК) составил +5) и не проявляет таковой при гиперхолестеринемии (ПК составил -8, коэффициент информативности фактора (КИФ) = 3,92). Мельдоний, аналогично триметазидину, проявляет цитопротекторную активность у пациентов с ИБС при нормальном значении показателя холестерина в крови (ПК = +3), и не проявляет таковой при гиперхолестеринемии (ПК=-6; КИФ=1,58). Инозин+никотинамид+рибофлавин+янтарная кислота проявляет цитопротекторную активность только при низких значениях общего холестерина в крови – менее 3,4 ммоль/л (ПК=+11) и не проявляет таковой при нормальных и повышенных уровнях холестерина в крови – более 3,4 ммоль/л (ПК=-6; КИФ=5,91). Этилметилгидроксипиридина малат, напротив, проявляет свою цитопротекторную активность при высоких значениях общего холестерина в крови – более 6,6 ммоль/л (ПК=4; КИФ=0,09).

Заключение. По данным тестирования *in vitro* у пациентов с ИБС цитопротекторные свойства метаболитических корректоров зависят от уровня холестерина в крови.

Триметазидин и мельдоний проявляют свою цитопротекторную активность при нормальном значении холестерина в крови, инозин+никотинамид+рибофлавин+янтарная кислота – при низком, а этилметилгидроксипиридина малат – при высоком уровне холестерина в крови.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ: РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

САДЖАЕВА А.Б., МУХАМЕТЗЯНОВА Э.И.

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

Актуальность. Согласно статистике, ежегодно, более чем у 600 тысяч россиян впервые диагностируют рак. Одним из действенных мер, позволяющих выявлять онкологические заболевания на ранних стадиях, когда рак излечим, является регулярное прохождение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. В рамках диспансеризации методом обследования на рак толстой кишки является количественный анализ кала на скрытую кровь, который считается положительным при результате выше 50 нг/мл.

Цель. Проанализировать связь количества скрытой крови в кале иммунохимическим методом с наличием злокачественных опухолей у пациентов с впервые выявленными онкологическими заболеваниями толстой кишки по результатам диспансеризации за 2023 год.

Материалы и методы. Анализируемую группу составили 24 человека, из которых 16 мужчин и 8 женщин. Была проведена оценка результатов положительного анализа кала на скрытую кровь как первого этапа диспансеризации у пациентов, у которых в дальнейшем был выявлен рак толстой кишки.

Результаты. В ходе исследования было обнаружено, что из 24 пациентов, у 2 человек анализ кала на скрытую кровь он был в пределах от 50 до 100 нг/л, у шестерых - в пределах от 100-200 нг/мл, у четверых от 200-300 нг/мл, шестерых 300-400 нг/мл, трех 400-500 нг/мл, у одного от 500-600 нг/мл, у двух 600-700 нг/мл. При этом визуально лишь 9 человек отмечали кровавые выделения скалом по данным анкеты.

Заключение. *Исходя из результатов исследования, заметен значительный разброс значений количества скрытой крови в кале. Некоторые пациенты имели уровень скрытой крови в пределах от 50 до 100 нг/л, что является низким показателем, однако важно отметить, что даже такой результат может быть признаком наличия заболевания и не стоит игнорировать такие изменения. У большинства же пациентов отмечались результаты количества скрытой крови в диапазоне от 100 до 700 нг/л. Эти значения говорят о более серьезной проблеме и являются показаниями для углубленного обследования этих пациентов. Проведение анализов на скрытую кровь в кале позволяет выявить факторы риска и помогает в раннем выявлении онкологических заболеваний толстой кишки.*

СВЯЗЬ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПАДЕНИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ

САМКОВА И.А., ЛАРИНА В.Н.

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

Актуальность. В настоящее время недостаточно изучены взаимосвязь риска и частоты падений у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от наличия у них артериальной гипертензии (АГ), что важно для стратификации риска падений и разработки мер их профилактики.

Цель. Оценить факторы риска локомоторных падений у пациентов в возрасте 60 лет и старше в зависимости от наличия АГ.

Материал и методы. В исследование включены 94 пациента в возрасте $72,0 \pm 5,6$ лет с локомоторными падениями в течение предшествующего года. В группу 1 вошли пациенты с АГ ($n=73$), в группу 2 – без АГ ($n=21$). Проводились сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, суточное мониторирование артериального давления, оценка лабораторных показателей, страха падений с помощью краткой шкалы оценки страха падений и шкалы эффективности падений, функциональной мобильности - с помощью теста «Встань и иди», старческой астении - опросник «Возраст не помеха».

Результаты. Преимущественно в исследование приняли участи женщины (97% и 100% в группе 1 и 2, соответственно). Сопутствующие заболевания регистрировались у 95%, два и более заболеваний - у 88% пациентов. Уровень систолического АД в группе 1 составило $136,5 \pm 11,6$ мм рт. ст., диастолического АД - $84,0 \pm 9,6$ мм рт. ст., в группе 2 - $121,4 \pm 9,1$ мм рт. ст. и $78,5 \pm 5,7$ мм рт. ст., соответственно. Количество падений ($p=0,774$) и переломов ($p=0,743$) за последний год в двух группах было сопоставимо. Ортостатическая гипотензия регистрировалась у 30% пациентов с АГ. Балл по опроснику «Возраст не помеха» в группе 1 составил $3,1 \pm 1,4$, в группе 2 - $2,2 \pm 1,0$ ($p=0,017$). Преастения выявлена у каждого третьего пациента с падениями, независимо от наличия (33%) или отсутствия АГ (29%, $p=0,915$). АГ ассоциировалась со снижением функциональной активности (отношение шансов, ОШ 4,65), когнитивных функций (ОШ 4,43) и страхом падений (ОШ 4,38).

Заключение. *АГ ассоциируется с рядом прогнозируемых факторов риска падений (снижение когнитивных функций и функциональной активности, страх падения), что требует тщательного контроля АД и учета этих показателей при проведении мероприятий по профилактике гериатрических синдромов.*

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА. ТУБЕРКУЛЕЗ НАДПОЧЕЧНИКОВ

САМОЖЕНОВА П.С.

ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка 67 лет обратилась с жалобами на выраженную общую слабость, потерю веса на 35 кг, болезненность в мышцах верхних и нижних конечностей, тошноту, бессонницу. При объективном осмотре на себя обращали внимания потемнения кожных покровов в местах естественных складок тела, гиперпигментация языка, отсутствие оволосения в подмышечной и лобковой областях, снижение цифр АД до 80/50 мм рт.ст.

Лабораторные результаты: Na - 120 ммоль/л (136 - 145 ммоль/л), Cl - 88 ммоль/л (101-110 ммоль/л), АКТГ- 769,0 пг/мл (<64 пг/мл), кортизол <27,6 нмоль/л (101,2 - 535,7 нмоль/л). Антитела к адреналовым стероидным клеткам отрицательны, антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 отрицательны. Компьютерная томография (КТ) грудных органов: КТ указывает на фокальное изменение в правом верхнем легком. Компьютерная томография органов живота: КТ - признаки кальцинированных надпочечников. Тест Манту и Диаскина положителен, папулы размером 30x30 мм с внутрикожными кровоизлияниями и выраженным отеком.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Пациентка дважды была госпитализирована по месту жительства с диагнозом синдром раздраженного кишечника и инфекция мочевыводящих путей, в то время как у нее развивались симптомы острой надпочечниковой недостаточности, т.е. аддисонического криза – жизнеугрожающего состояния, которое необходимо идентифицировать клиницисту на ранних этапах развития. Установлен клинический диагноз: очаговый туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации МБТ. МБТ – туберкулез надпочечников. Первичная надпочечниковая недостаточность, медикаментозная компенсация.

Заключение. *Пациенты с признаками острой надпочечниковой недостаточности попадают в стационары различного профиля в виду неспецифичных симптомов, что в свою очередь затрудняет своевременную диагностику и лечение. Данный клинический случай иллюстрирует необходимость в большей осведомленности клиницистов об этом жизнеугрожающем состоянии.*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

САФРОНЕНКО В.А., ЧЕСНИКОВА А.И., СКАРЖИНСКАЯ Н.С., КОЛОМАЦКАЯ О.Е.
ФГБОУ ВО РОСТГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Актуальность. Около 80% больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) составляют лица старше 75 лет, причем 72,5% всех пациентов – женщины. У лиц пожилого возраста развивается возрастное ремоделирование, которое имеет дезадаптивный характер и значимые гендерные различия, причем чаще выявляющиеся у пожилых людей с синдромом старческой астении (ССА).

Цель. Выявить гендерные особенности факторов риска (ФР), сопутствующей патологии, клинических симптомов и когнитивных функций у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ХСН в возрасте 80 лет и старше с учетом наличия ССА.

Материал и методы. В исследование включен 161 пациент с АГ и ХСН (50,9% женщин и 49,1% мужчин в возрасте $84,7 \pm 1,5$ года). С учетом наличия ССА больные разделены на 2 группы: 1-я – лица с АГ, ХСН и ССА (n=84), 2-я – лица с АГ, ХСН без ССА (n=77).

Участникам проводились оценка ФР и сопутствующей патологии, физикальный осмотр, лабораторно-инструментальные исследования, тестирование по шкале MMSE (Mini Mental State Examination).

Результаты. У «хрупких» женщин по сравнению с «хрупкими» мужчинами отмечали более выраженную астению ($p=0,021$), больший процент встречаемости фибрилляции предсердий (ФП) и хронической болезни почек (ХБП) не только в сравнении с «хрупкими» мужчинами (на 43 и 50,1% соответственно, $p<0,001$), но и «крепкими» женщинами (на 46,8 и 45,4% соответственно, $p<0,001$). У «хрупких» женщин статистически значимо чаще встречалась анемия по сравнению с «хрупкими» мужчинами (на 16,8%, $p=0,036$), тенденция к более высоким цифрам систолического АД ($p=0,087$) и статистически значимо более низкие значения диастолического АД ($p=0,032$), более высокий балл по шкале ШОКС ($p=0,037$), тенденция к более низкой толерантности к физической нагрузке ($p=0,074$), а также деменция легкой степени выраженности (на 25,4%, $p=0,068$).

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют судить, с одной стороны, о влиянии ССА на клинические проявления у пациентов с АГ и ХСН, а с другой, о гендерных особенностях клинических проявлений у пациентов с АГ и ХСН в зависимости от наличия ССА.

СТРЕСС КАК ИНДУКТОР ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СЕРОВА Е.Н., ШЛЯХОВА А.А.

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

Стресс вызывает нарушение гомеостаза и приводит к дезадаптации различных органов и систем.

Описание клинического случая. Пациентка Г., 75 лет, длительно страдает сахарным диабетом 2 типа, по поводу которого принимала Метформин 500 мг 1р/день с достижением целевого уровня HbA1c <8%. Пациентка страдает гипертонической болезнью III ст. На фоне проводимой гипотензивной терапии уровень артериального давления (АД) не превышал 130/80 мм рт. ст. Также, у пациентки был выявлен синдром паркинсонизма (СП), в связи с чем была назначена терапия препаратами Леводопа+Карбидопа (по 250 мг и 25 мг 2 р/день соответственно) с положительной динамикой, исчезновением симптоматики и последующей отменой указанных препаратов. В анамнезе: цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), хроническая ишемия головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения. В результате тестирования по шкалам MMSE и МИНИ-КОГ (29 и 5 баллов соответственно) не было выявлено нарушения когнитивных функций.

В 2022 году после перенесенной психоэмоциональной нагрузки у пациентки усугубилось течение хронических заболеваний. Метформин 500 мг 1р/день не обеспечивал целевой уровень HbA1c, в связи с чем был заменен на Инсулин гларгин 12ЕД п/к в комбинации с Эмпаглифлозином 25 мг 1 р/день и Алоглиптином 25 мг 1 р/день, прием которых обеспечивал достижение целевого уровня HbA1c. Также, после перенесенной психоэмоциональной нагрузки у пациентки стали отмечаться гипертонические кризы с повышением АД до 200/100 мм рт. ст. Вновь появилась и усугубилась симптоматика СП: наблюдался тремор верхних конечностей и головы, недержание мочи, походка приобрела шаркающий характер. Был установлен диагноз: Болезнь Паркинсона 2 ст. по Хен Яру, смешанная форма. Назначена терапия препаратами Леводопа+Бенсеразид по 50 мг и 14,25 мг 4 р/день соответственно. Усугубилась симптоматика ЦВБ: 23 и 3 балла по шкалам MMSE и МИНИ-КОГ соответственно (деменция легкой степени выраженности). При проведении биохимического исследования крови выявлено повышение креатинина до 120 мкмоль/л, СКФ составила 38 мл/мин/1,73м². Был установлен диагноз: Диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек С3b. Назначена Леспедеза двухцветная 10 мл 3 р/день.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует декомпенсацию хронических неинфекционных заболеваний и вынужденную полипрагмазию в результате воздействия перенесенного стресса.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА

СИЗОВА Л.В.

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

Описание случая. Пациентка, 44 лет, предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головокружение. Из анамнеза: в возрасте 35 лет перенесла операцию эндоскопического эндоназального трансфеноидального удаления крупной эндосупраселлярной опухоли гипофиза в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. Послеоперационный период с заместительной терапией гипокортицизма в стационаре и амбулаторно протекал без особенностей. Осенью 2023 г. появились вышеуказанные жалобы. Невролог при осмотре не выявил нарушений нервной системы и с диагнозом «Гипотиреоз?» направил пациентку на консультацию к эндокринологу. На магнитно-резонансных томограммах хиазмально-селлярной области данных за рецидив/продолженный рост не получено. Результаты УЗИ щитовидной железы: эхоструктура однородная, в левой доле гипоехогенное образование 3 мм, слева в перешейке гипоехогенное образование 4 x 3 мм, кровоток не нарушен. Заключение: очаговые образования щитовидной железы. Лабораторные данные (16.01.2024): гемоглобин – 74 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, МСН – 17,5 пг, гематокрит – 26,2%; соматотропный гормон – 0,51 нг/мл; инсулиноподобный фактор роста – 145,6 нг/мл; лютеинизирующий гормон – 5,32 мкМЕ/мл; фолликулостимулирующий гормон – 3,70 мМЕ/мл; пролактин – 252 мМЕ/мл, тиреотропный гормон – 0,724 мкМЕ/мл; трийодтиронин (Т3) свободный – 3,69 пмоль/л; кортизол – 444 нмоль/л; холестерин общий – 4,94 ммоль/л. Железо в сыворотке – 2,59 мкмоль/л (референсные значения 6,60-26,00).

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Возникшие неспецифические жалобы пациентки потребовали исключения неврологических нарушений и вторичного гипотиреоза. По результатам обследования, причиной жалоб пациентки явился анемический синдром. Для лечения железодефицитной анемии был рекомендован комбинированный препарат железа сульфат + аскорбиновая кислота внутрь в дозе 100 мг дважды в сутки.

Заключение. На фоне начальной терапии препаратом железа самочувствие улучшилось. Рекомендован контроль показателей клинического анализа крови, железа в сыворотке, ферритина. Почему случай важен для клинической практики: случаи удаления опухоли гипофиза требуют учета индивидуальных особенностей клинических проявлений в послеоперационном периоде, дифференциации неврологических, эндокринологических и гематологических нарушений для оказания эффективной терапевтической помощи.

АССОЦИАЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ С ФАКТОРАМИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

СИНЕГЛАЗОВА А.В., АЛБУТОВА С.В., ВАНТЯЕВА С.В.

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

Актуальность. Изменение образа жизни, культурная и климатическая адаптация студентов, приехавших на обучение в Россию, может приводить к дисметаболическим расстройствам, в числе которых дислипидемия, ожирение, повышение артериального давления и др.

Цель. Провести анализ дислипидемии и ее взаимосвязь с другими факторами кардиометаболического риска у иностранных студентов 5 курса медицинского вуза.

Материалы и методы. Проведено сплошное одномоментное исследование 77 иностранных студентов 5 курса Казанского ГМУ в возрасте 24 [23-25] лет, включая 55 мужчин и 22 – женщины (71,4%/28,6%). Среди обследованных уроженцами Индии были 81,8% опрошенных, остальные 11,2% были уроженцами Египта, Бангладеша, Саудовской Аравии и тд. Липидный профиль исследован на экспресс-анализаторе CardioChek PA. Проведены: антропометрия (окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), расчет индекса массы тела (ИМТ), окружность шеи), биоимпедансометрия, измерение артериального давления (АД) и пульса. Трактовка результатов проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями. Статистическая обработка проведена в программе IBM SPSS Statistics 26. Уровень значимости принят $p \leq 0,05$.

Результаты. С высокой частотой выявлена дислипидемия ($n=56$; 72,7%), представленная: в 71,4% – снижением холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), в 10,4% – повышением холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), в 9,1% – повышением триглицеридов (ТГ). Значение общего холестерина прямо коррелировало с уровнем пульса ($r_s=0,388$; $p=0,001$), жира в теле по результатам биоимпедансометрии ($r_s=0,314$; $p=0,006$). Установлена взаимосвязь между уровнем ХС-ЛПНП и ОТ/ОБ ($r_s=0,355$; $p=0,008$), а также между уровнем ТГ и ОТ ($r_s=0,361$; $p=0,001$).

Выявлены обратные взаимосвязи уровня ХС-ЛПВП с систолическим АД ($r_s=-0,402$; $p=0,001$), ОТ ($r_s=-0,498$; $p=0,000$), ОТ/ОБ ($r_s=-0,469$; $p=0,000$), ИМТ ($r_s=-0,327$; $p=0,004$), окружностью шеи ($r_s=-0,575$; $p=0,000$).

Заключение. У большинства иностранных студентов старшего курса медицинского вуза диагностирована дислипидемия. Негативные изменения липидного профиля были ассоциированы с параметрами ожирения, повышением артериального давления и ускорением пульса. Это свидетельствует о повышении кардиометаболического риска, несмотря на молодой возраст, и определяет важность скрининговых и профилактических программ в данной когорте лиц.

СТАТИН-ИНДУЦИРОВАННЫЙ РАБДОМИОЛИЗ У ПАЦИЕНТКИ 62 ЛЕТ С ХСН В ИСХОДЕ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА

СКИБА И.К., ЛАРИНА В.Н.

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

Описание клинического случая. Пациентка В., 1962 г.р., повторно обратилась к врачу общей практики в связи с жалобами на выраженную слабость, боль в мышцах, шаткость при ходьбе. Год назад перенесла инфаркт миокарда, проведено стентирование, назначена терапия. Отмечалась высокая приверженность лечению по шкале КОП-25. Месяц назад пациентка обращалась к врачу с жалобами на мышечную слабость, проведена лабораторная диагностика, выявлено повышение уровня КФК до 11456 Ед/л, в связи с чем рекомендована замена Аторвастатина 80 мг на Розувастатин 40 мг, назначен контрольный визит для оценки динамики лабораторных показателей. Через 3 недели уровень КФК увеличился до 27235 Ед/л, отмечено прогрессирование жалоб. Пациентка направлена в стационар. При поступлении в стационар: клинический анализ крови без патологии. В биохимическом анализе крови были выявлены повышенные уровни АЛТ (465 ЕД/л), АСТ (947 ЕД/л), КФК (32655 ЕД/л), КФК-МВ (565 ЕД/л), миоглобин – (4522 мкг/л). Уровни креатинина и рСКФ в норме. Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, УЗИ почек, надпочечников и забрюшинного пространства – без патологии. Предварительный диагноз: «Токсический лекарственный гепатит. Статин-индуцированная миопатия». Лечение проводилось в терапевтическом отделении. Учитывая наличие типичной клинической картины, повышения уровня КФК до 195 верхних границ нормы (ВГН), миоглобина до 70 ВГН, установлен диагноз «Статин-индуцированный рабдомиолиз». Прием статинов был приостановлен. Проводилась интенсивная инфузионная терапия, на фоне которой достигнуто значительное улучшение состояния пациентки: боль в мышцах не беспокоит, мышечная слабость стала менее выраженной. По данным лабораторных исследований отмечен регресс уровня КФК, КФК-МВ и миоглобина до референсных значений. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Почему случай важен для клинической практики? Учитывая редкость выявления статин-индуцированных миопатий следует повышать осведомленность врачей о данном заболевании и при приеме статинов проводить динамический лабораторный контроль уровня печеночных ферментов и КФК, тщательно оценивать наличие миалгии и мышечной слабости. Несмотря на отсутствие почечной недостаточности, постоянный прием статинов у данной пациентки привел к значительному ухудшению качества жизни. Своевременная отмена статинов, возможно, могла бы предотвратить развитие рабдомиолиза.

СЛОЖНОСТИ ВОЗОБНОВЛЕНИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТА С ИБС И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

СКИПЕРСКИХ П.В., КАРПИКОВ А.В., КАРПИКОВА А.А., СМИРНОВА Е.А.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация
ГБУ РО ГКБ №11, г. Рязань, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент Б., 35 лет, госпитализирован в нейрососудистое отделение ГБУ РО ГКБ №11 11.02.24 с жалобами на интенсивную головную боль, носовые кровотечения, слабость в левой руке и ноге. Анамнез: в январе 2013 г. на фоне трехнедельного злоупотребления алкоголем диагностирован передний инфаркт миокарда (ИМ) с аневризмой левого желудочка (ЛЖ), пристеночным тромбом. Выполнено стентирование передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). В 2018 г. дважды ТИА с динамической афазией на фоне пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП). В 2021 г. возобновились боли в сердце, выявлена окклюзия верхней трети ПМЖА, стент проходим. 10.06.23 повторный ИМ, рестеноз стента ПМЖА, реканализация стеноза 10.06.2023, 31.08.23, 15.01.24. С 10.06.2023 получал тройную, затем двойную антитромботическую терапию (тикагрелор 180 мг/сут, ривароксабан 20 мг/сут). С ноября 2023 г. в связи с дорсопатией позвоночника принимал нимесулид, гель с диклофенаком. С февраля 2024 г. рецидивирующие носовые кровотечения. Перенесенные заболевания: сифилис (2013), амиодарониндуцированный гипотиреоз (2023). Курит с 15 лет до 40 сигарет/день, злоупотребляет алкоголем. Наследственность отягощена по ИБС. Объективно: состояние тяжелое, ИМТ 23,67 кг/м², по органам без особенностей. ЭКГ: ритм синусовый, рубцовые изменения в миокарде передней стенки ЛЖ. КТ головного мозга (ГМ): гематома в правой гемисфере, в правой лобной доле ГМ. Диагноз: Геморрагический инсульт в правой гемисфере ГМ. Гематома правой лобной доли. ИБС: ПИКС (2013, 10.06.2023). ЧТКА, стентирование ПМЖА (2013), рестеноз стента ПМЖА, реканализация стеноза 10.06.2023, 31.08.23, 15.01.24. Постинфарктная аневризма ЛЖ с пристеночным тромбом. Гипертоническая болезнь III ст., контролируемая АГ, риск 4. Пароксизмальная форма ФП, EHRA IIА. Частая желудочковая экстрасистолия, пароксизмы желудочковой тахикардии. ХСН I ст., I ФК (ФВ 43%).

Трудности в лечении. Развитие геморрагического инсульта потребовало отмены антитромботической терапии у пациента с ИБС, ФП. Сроки возобновления антитромбоцитарной терапии при геморрагическом инсульте не определены. На фоне временной отмены антитромботической терапии у пациента развился ишемический инсульт мозжечка, не исключается тромбоз стента ПМЖА.

Заключение. *Отражены трудности принятия решения о сроках возобновлении антитромботической терапии при геморрагическом инсульте у пациента с ИБС и ФП.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

СМИРНОВА Е.Н.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Российская Федерация

Цель. Изучить психологические изменения у больных с коморбидным течением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Обследован 41 пациент с ХОБЛ и АГ (мужчин-37, женщин-4), средний возраст $66,5 \pm 9,4$ лет). В зависимости от степени АГ пациенты были разделены на две группы: I-я – с 1 и 2 степенью (29), II-я – с 3 степенью (12). Использовались психодиагностические методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала депрессии Гамильтона, шкала психосоциального стресса Л. Ридера, тест СМОЛ, оценка качества жизни (КЖ) по методике КНЦ РАМН.

Результаты. По шкале HADS тревога в I-й группе выявлялась у 10 (35%) больных, а во II-й – у 8 (67%; $p < 0,01$), $6,16 \pm 0,55$ и $8,08 \pm 0,73$ баллов ($p < 0,05$). Частота депрессии в группах по шкале HADS не отличалась: у 16 (55%) в I-й группе и у 7 (58%) – II-й. Напротив, по шкале Гамильтона частота и выраженность депрессии оказались выше во II-й группе, чем в I-й, соответственно 99% и 78%, $18,33 \pm 0,92$ и $12,96 \pm 0,46$ баллов ($p < 0,001$). По шкале Л. Ридера уровень психосоциального стресса был низким/средним у 86% I-й группы и у 67% II-й, а высоким, соответственно, у 14% и 33%, что выражалось в $1,27 \pm 0,12$ и $1,43 \pm 0,22$ баллов ($p < 0,01$). Профили СМОЛ в обеих группах имели ипохондрическую конфигурацию с более высоким расположением во II-й группе по сравнению с I-й, что свидетельствует о значительном усилении психопатологической симптоматики у больных ХОБЛ с 3 степенью АГ. Снижение КЖ наблюдалось у 95% обследованных. Усредненное значение индекса КЖ в I-й группе составило $-6,4 \pm 0,33$, во II-й – $-7,9 \pm 0,64$ баллов ($p < 0,05$).

Заключение. У больных с коморбидным течением ХОБЛ и АГ имеются существенные психологические изменения, которые нарастают с увеличением степени АГ от 1-2 к 3-й. Полученные данные следует учитывать при проведении комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у больных ХОБЛ с АГ.

ТЕРАПИЯ ГИПЕРАММОНИЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

СОЛДАТОВА Г.С., АХМЕДОВА Ф.Д.

ФГАОУ ВО НГУ, г. Новосибирск, Российская Федерация

Одним из осложнений гемобластозов после проведенной химиотерапии является гипераммониемия – повышенное содержание уровня аммиака в крови, который является токсическим продуктом, повреждающим структуру печени, нервной ткани. Астроциты являются основными клетками-мишенями для токсического воздействия аммиака и его повышенная концентрация в крови, может способствовать развитию печеночной энцефалопатии (ПЭ). Клинические проявления ПЭ многогранны и I степень ПЭ относится к легким нейропсихиатрическим изменениям, таким как рассеянность внимания, эйфория, нарушение когнитивных функций, которое можно продемонстрировать психометрическим тестированием – теста связи чисел (ТСЧ).

Цель. Изучить уровень гипераммониемии и его вклад в развитие ПЭ.

Материал и методы. В исследование включены 32 пациента: 22 с гемобластозом и 10 здоровых добровольцев. Уровень аммония определялся спектрофотометрическим методом. Для оценки взаимосвязи между уровнем аммиака и числовыми навыками был использован ТСЧ.

Результаты. У пациентов с гемобластозами уровень аммония составил 118.4 ± 42.5 мкмоль/л, у здоровых добровольцев 70.0 ± 15.4 мкмоль/л. Время выполнения ТСЧ у больных гемобластозом составило 62.3 ± 11.5 секунд (при норме до 40 секунд), у здоровых добровольцев 43 ± 8.6 секунд. Среди наиболее часто встречающихся жалоб были утомляемость (83,9%), снижение внимания (44,6%) и памяти (60,7%), что может так же являться косвенным проявлением ПЭ. Для лечения гипераммониемии был использован препарат L-орнитин-L-аспартат, который участвует в орнитиновом цикле и способствует выведению аммиака, уровень аммония у пациентов составил 89.2 мкмоль/л, время выполнения ТСЧ – 60.5 секунд. На втором этапе терапии была использована лактулоза, которая создает кислую среду в кишечнике, неблагоприятную для бактерий, продуцирующих аммиак, и уровень аммония составил 87.6 мкмоль/л, время выполнения ТСЧ – 58.9 секунд. Использование антибиотика рифаксимин, который подавляет бактерии толстой кишки, продуцирующие аммиак, способствовал снижению уровня аммиака до 85.6 мкмоль/л, время выполнения ТСЧ не изменилось.

Заключение. *Гипераммониемия после химиотерапии требует коррекции для предотвращения осложнений, в том числе печеночной энцефалопатии.*

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР: КАК ВРАЧУ ПОДОБРАТЬ НУЖНЫЙ КЛЮЧ У БЕРЕМЕННЫХ?

СОЛДАТОВА Г.С., ПЕТУХОВА А.В., АХМЕДОВА Ф.Д.

ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (НГУ), г. Новосибирск, Российская Федерация

Актуальность. Запоры – частое осложнение даже нормально текущей беременности, что снижает качество жизни и может негативно сказаться на течение беременности. Чаще развивается эпизодический запор (1-й и 2-й тип по Бристольской Шкале), причина - изменение образа жизни, ограничение двигательной активности, недостаток пищевых волокон и воды, изменения кишечной микробиоты и изменения гормонального фона.

Цель. Разработать подходы к коррекции запоров у беременных.

Материал и методы. Опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) и карболеновый тест подтвердили наличие запоров у 3% беременных. У 23% запор был выявлен впервые и только 5% считали себя больными. Средний возраст 31 ± 3.5 года, 1-я беременность была у 10% пациенток, остальные имели 2 и более родов. Наружный геморрой был у 59% пациенток, 6 % с признаками обострения.

Результаты. Проводилась психотерапия, диетотерапия, пре- и пробиотикотерапия (максилак, биовестин-лакто), только при их неэффективности назначались лекарственные средства. Лактулоза – осмотическое слабительное, получившее одобрение для применения у беременных FDA (США). Для хронических запоров характерно образование каловых пробок, которые являются причиной болевых ощущений и травматизации слизистой кишечника. Поэтому на первом этапе применялось осмотическое слабительное – полиэтиленгликоль (макрогол), который увеличивает содержание воды в фекалиях, способствует их движению по кишечнику. Для устранения каловой пробки назначался комбинированный препарат - микроклизмы с микролаксом, на втором этапе - пероральные слабительные. Идеальное слабительное для беременных должно иметь хороший терапевтический эффект и переносимость, не переходить в грудное молоко, чему соответствует растительное слабительное Мукофальк, который назначался на всех сроках беременности.

Заключение. *Применение макрогола, мукофалька, лактулозы и про- и пребиотиков, микролакса эффективно увеличивало оценку самочувствия, благоприятно сказывалось на нормализацию стула и формы кала, оцениваемого по Бристольской шкале у пациенток, увеличивало количество дефекаций, снижало количество баллов по параметру «Синдром запоров» опросника GSRS. Препараты эффективны и безопасны у беременных с функциональными запорами при изменении образа жизни и диетотерапии. Препаратом 1-ой линии у беременных является Мукофальк.*

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ НА ПРИЕМЕ ТЕРАПЕВТА-РЕВМАТОЛОГА

СОМОВ Д.В., КЛИМЕНКО А.А.

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

Описание клинического случая. Мужчина, 51 год. В возрасте 14 лет впервые отметил появление псориатических элементов на разгибательной поверхности локтей, диагностирован псориаз. С целью лечения в течение длительного времени ситуативно использовал топические ГКС с временным положительным эффектом. В 2003 году (в возрасте 30 лет) в связи рецидивирующими эпизодами головной боли и слабости проходил обследование у терапевта. Диагностирована гипертоническая болезнь, достигнуты целевые значения АД на фоне приема фозиноприла 20 мг в сутки. С 2004 года обострение псориаза в виде распространения кожного псориаза, появления псориатической ониходистрофии. Самостоятельно использовал топические препараты. В 2017 году (в возрасте 44 лет) в ходе диспансерного обследования выявлен сахарный диабет второго типа, назначен метформин 750 мг в сутки. С 2018 года отмечает множественные энтезиты, преимущественно нижних конечностей. Консультирован ревматологом, диагностирован псориатический артрит, инициирована терапия метотрексатом 15 мг в неделю, использование НПВС по требованию совместно с ингибиторами протонной помпы. В 2019 году отмечает появление дискомфорта в эпигастрии. В ходе обследования диагностирован эрозивный гастрит, ассоциированный с *H. pylori* и приемом НПВС. Проводилась эрадикационная терапия с положительным эффектом. В 2020 году отметил появление болезненных очагов гиперемии на нижних конечностях. Ревматологом диагностирована узловатая эритема. На фоне терапии НПВС регрессировала, с последующим рецидивированием при отмене НПВС. В ходе обследования диагностирован латентный туберкулез, проводилась антибиотикотерапия. В 2021 году (в возрасте 51 года) перенес инфаркт миокарда, выполнялось стентирование ЛКА.

В настоящее время пациент принимает препараты для лечения АГ, ИБС, СД 2 типа, ПСА. Самочувствие удовлетворительное.

Заключение. *Данный клинический случай демонстрирует влияния псориаза на развитие коморбидных заболеваний, а также необходимость активного выявления и лечения сопутствующих заболеваний.*

РОЛЬ ВЫСОКОДОЗНЫХ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МИКСТ-ПАТОЛОГИЕЙ

СОНИНА Е.В., ТЕРТЫЧНЫЙ К.В.

ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Св. Луки» Минздрава России, г. Луганск, ЛНР

Сахарный диабет (СД) 2 типа и атеросклероз рассматриваются как параллельно протекающие, взаимоотноотягощающие патологии. При этом раннее и ускоренное развитие атеросклероза коронарных сосудов лежит в основе патогенеза макроангиопатий и обуславливает высокую частоту ИБС у больных с СД. Длительное течение СД, преимущественно 2 типа, сопровождается у большинства больных ИБС атеросклеротическим поражением венечных сосудов, особенно в более раннем возрасте. К метаболическим проявлениям в миокарде присоединяются атеросклеротические изменения коронарных сосудов, специфические повреждения сосудов почек, глазного дна и нижних конечностей. В механизме развития данной микст-патологии лежат взаимосвязанные метаболические, морфологические и функциональные нарушения.

Цель. Показать особенности применения статинов у больных с микст-патологией.

Материал и методы. В кардиологическом отделении Луганской республиканской клинической больницы №7 были пролечены 25 пациентов с сочетанной патологией: ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса и СД 2-го типа. Больным проводилась комплексная реабилитация, включающая диетотерапию, физическую нагрузку, медикаментозное лечение. При этом базисная терапия включала применение, дезагрегантов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, диуретиков, β -адреноблокаторов, дапаглифлозина, метформина. Кроме того, дополнительно к базисной терапии больные получали аторвастатин в дозе 80 мг/сутки. Клиническое наблюдение осуществлялось в течение 15 суток в стационаре, с проведением обследования в начале – исходный уровень. Проведено традиционное лабораторно-инструментальное обследование, а также исследование липидных показателей крови в динамике. Конечный уровень липидного спектра оценивался через 2 месяца, больные приглашены на повторный контроль амбулаторно.

Результаты. Адекватно подобранная терапия основных заболеваний способствовала улучшению клинических симптомов, что проявилось у всех больных уменьшением ангинозных приступов, увеличением дистанции ходьбы, коррекцией сердечной декомпенсации, достижением компенсации сахарного диабета. Применение высокодозных статинов (аторвастатин 80 мг/сут) позволило снизить уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) на 50–52% от исходного уже через 2 месяца.

Заключение. Назначение высокодозных статинов в максимальной дозировке (аторвастатин 80 мг/сут.) позволило достичь необходимого снижения уровня ЛПНП на 50–52%, что необходимо согласно современным рекомендациям для пациентов высокого кардиоваскулярного риска. Это дает возможность в долговременной перспективе влиять на прогноз жизни пациентов с взаимоотноотягощающей микст-патологией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ГЕПАТИТОМ

СОЦКАЯ Я.А., ГРИДНЕВ В.И.

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

Цель. Изучение комбинации лекарственных средств естественного происхождения: препарата с действующим веществом янтарной кислоты (ЯК), инозина (И), никотинамида (Н) и рибофлавина (Р) в сочетании с препаратом, содержащим расторопши экстракт сухой (РЭС), бифидобактерии бифидум (ББ) и лактобактерии ферментум (ЛФ) на биохимические показатели при лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК), сочетанным с хроническим персистирующим гепатитом (ХПГ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 88 пациентов с СРК, сочетанным с ХПГ. Основная группа из 46 пациентов, которые дополнительно к общепринятому лечению получали препараты с действующим веществом ЯКИНР и РЭСББЛФ. Группа сопоставления из 42 пациентов получала только общепринятое лечение.

Обе группы были рандомизированы между собою по полу, возрасту, длительности заболевания, характеру и выраженности хронической патологии печени.

Диагноз СРК, сочетанного с ХПГ выставлен согласно существующим клиническим рекомендациям Российской Федерации.

Результаты. При биохимическом обследовании больных обеих групп в первые 1–2 дня с момента госпитализации определялся синдром цитолиза. При норме АлАТ 0,3–0,68 ммоль/л, в основной группе показатель составил $2,12 \pm 0,09$ ммоль/л, что в 4,3 раза выше нормы ($P < 0,05$), в группе сопоставления — $2,06 \pm 0,08$ ммоль/л, что в 4,2 раза выше нормы ($P < 0,05$). Активность АсАТ при норме 0,2–0,54 ммоль/л в основной группе составила $1,24 \pm 0,06$ ммоль/л, что превышает норму в 3,3 раза ($P < 0,05$), среди больных группы сопоставления — $1,15 \pm 0,05$ ммоль/л, что в 3,1 раза выше нормы — $0,2–0,54$ ($P < 0,05$).

Повторное биохимическое исследование на 10–12 день от начала проведения лечения показало снижение цитолитической активности в основной группе: показатели АлАТ снизились до $0,52 \pm 0,06$, а АсАТ до $0,41 \pm 0,03$ ($P < 0,05$) и достигли пределов нормальных значений.

Активность АлАТ в группе сопоставления в 2,4 раза превышала аналогичный показатель в основной группе ($P < 0,05$), а активность АсАТ — в 2,6 раза выше, чем в основной ($P < 0,05$).

Заключение. Исходя из вышеизложенного, можно считать включение препаратов с действующим веществом ЯКИНР и РЭСББЛФ в комплекс лечебных мероприятий при лечении СРК, сочетанным с ХПГ патогенетически обоснованным и клинически эффективным.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

СОЦКАЯ Я.А., МЯКОТКИНА Г.В., САЛАМЕХ К.А.

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

Цель. Изучить состояние цитокинового профиля крови (ЦПК) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сочетанной с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 62 больных ХОБЛ, сочетанной с НАСГ, из них 35 женщин (56,5%) и 27 мужчин (43,5%). Все больные получали общепринятую терапию.

Кроме общепринятого клинико-лабораторного исследования изучали динамику уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ФНО α) и противовоспалительного цитокина (ИЛ-4).

Результаты. При проведении иммунологических исследований установлены нарушения ЦПК, характеризовавшиеся выраженным повышением провоспалительных цитокинов (ЦК) и менее существенным противовоспалительного, что свидетельствовало о преобладании провоспалительных свойств крови над противовоспалительными. Концентрация провоспалительных ЦК крови была выше нормы: ИЛ-1 β – в 2,51 раза ($P < 0,001$) и составляла $47,2 \pm 1,8$ пг/мл, ФНО α – в 1,88 раза ($P < 0,001$) и равнялась $74,5 \pm 3,1$ пг/мл. Концентрация противовоспалительного ЦК ИЛ-4 также была выше показателя нормы в 1,4 раза ($P < 0,05$) и составляла $65,9 \pm 2,1$ пг/мл. Поэтому индексы, отражающие соотношение противовоспалительных и противовоспалительного ЦК, были больше нормы. Кратность увеличения ИЛ-1 β /ИЛ-4 относительно нормы составляла 1,8 раза ($P < 0,001$), ФНО α /ИЛ-4 – в 1,35 раза ($P < 0,01$). При проведении повторного иммунологического обследования после лечения установлено определенное положительное влияние общепринятой терапии на ЦПК. При этом содержание ИЛ-1 β снизилось относительно начального уровня в 1,22 раза, однако оставалось в 1,96 раза выше нормы и ($P < 0,01$) и равнялось $38,6 \pm 1,1$ пг/мл. Концентрация ФНО α снизилась в 1,32 раза, оставаясь при этом выше нормы в 1,47 раза ($P < 0,01$). Содержание ИЛ-4 уменьшилось в 1,16 раза по отношению к исходному уровню и составило $56,9 \pm 1,2$ пг/мл, но оставалось в 1,2 раза выше нормы ($P < 0,05$). Индекс ИЛ-1 β /ИЛ-4 снизился в 1,06 раза, но оставался в 1,7 раза выше нормы ($P < 0,01$). ФНО α /ИЛ-4 снизился по отношению к норме в 1,2 раза ($P < 0,05$).

Заключение. Таким образом, применение общепринятой терапии у больных ХОБЛ, сочетанной с НАСГ, не обеспечивает полного восстановления иммунологического гомеостаза. Поэтому с целью повышения эффективности лечения данной сочетанной патологией, можно считать патогенетически целесообразным включение в терапевтический комплекс иммуноактивных препаратов, направленных на устранение выявленных нарушений иммунитета.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЭРИТРОПОЭТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ С АНЕМИЕЙ

ТАЛЫКОВА М.И., ВАСИЛЬЕВА Л.В.

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

Актуальность. Сопутствующая анемия формирует комплекс патогенетических и клинических синдромов, ухудшающих течение основного заболевания, разработка тактики лечения больных ХОБЛ с анемическим синдромом дает возможность оптимизировать комплексную медицинскую помощь пациентам.

Цель. Изучить эффективность лечения больных ХОБЛ с анемией препаратами эритропоэтина.

Материал и методы. Обследовано 49 пациентов с ХОБЛ II и III стадии с анемией (возраст $67,1 \pm 10,9$ лет), получавших дополнительно к стандартной терапии ХОБЛ эритропоэтин (непатентованное название - эпоэтин бета (ЭПО)). Эритропоэтин вводили подкожно 50 МЕ/кг 3 раза в неделю до достижения нормальных показателей гемоглобина, затем еженедельно 3 месяца поддерживающую индивидуальную дозу ЭПО. Уровень ферритина, трансферрина, гемоглобина, количество и объем эритроцитов определяли 1 раз в неделю в фазу коррекции и 1 раз в месяц 12 месяцев наблюдения.

Результаты. Железодефицитная анемия (ЖДА) средней тяжести выявлена у 34 больных (54%), средняя степень тяжести статистически чаще подтверждалась у женщин (61,5%), у мужчин преобладал легкий вариант железодефицита (58,3%). Подкожные инъекции эритропоэтина назначали у женщин в дозе $150 \pm 10,1$ МЕ/кг при среднем значении исходного уровня Hb 96 ± 12 г/л., у мужчин при средних исходных значениях гемоглобина, выше, чем у женщин, Hb 108 ± 10 г/л., для сохранения целевых значений гемоглобина требовались более низкие дозы ЭПО: $120 \pm 9,0$ МЕ/кг/нед. Низкие дозы эритропоэтина на протяжении 3 месяцев позволили сохранить стабильно нормальные параметры гемоглобина в течение всего года наблюдения. Но 10 больным (13,5%) для поддержания целевых значений гемоглобина было необходимо введение больших доз ЭПО от 270 до 300 МЕ/кг/нед., они были признаны резистентными к эритропоэтину. На фоне лечения эритропоэтином статистически значимо повысился уровень гемоглобина на 18%, гематокрита на 6,8%, эритроцитов на 18%, железа на 56%, ферритина на 10,8%, снизился уровень трансферрина на 21% и ОЖСС на 22%.

Заключение. *Оптимальный контроль анемии у больных ХОБЛ достигнут подкожным введением низких доз эритропоэтина в течение 3 месяцев, назначение эритропоэтина позволяет длительно сохранять нормальные параметры гемограммы при отсутствии побочных эффектов.*

ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ТАРАКИ Б.М., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., ФЕДОРОВ И.Г., КУРБАНОВА М.С., АДАМОВА И.Г.
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ г. Москва, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент С., 40 лет госпитализирован в стационар с жалобами на желтуху, увеличение живота в объеме, отеки ног. Известно, что в течение длительного времени злоупотреблял алкоголем в гепатотоксичных дозах. Цирроз печени (ЦП) установлен в 2020 г. При осмотре состояние тяжелое, заторможен, диурез снижен. Пальпация печени и селезенки затруднена из-за метеоризма и асцита. По данным лабораторных исследований: гемоглобин - 81 г/л, эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$, лейкоциты - 13×10^9 , тромбоциты - 94×10^9 , общий билирубин - 380 мкмоль/л (конъюгированный – 210 мкмоль/л), АЛТ - 52 ЕД/л, АСТ - 130 ЕД/л, ЩФ - 359 ЕД/л, ГГТП - 203 ЕД/л, креатинин - 256 мкмоль/л, мочевины - 17,4 ммоль/л, калий - 2,3 ммоль/л, альбумин - 23 г/л, АФП - 1,7 нг/мл, МНО — 1,48, АЧТВ — 42,3 с. HBsAg и anti-HCV не обнаружены.

Аммиак капиллярной крови – 186 мкмоль/л. По данным КТ органов грудной клетки обнаружена двусторонняя полисегментарная пневмония, при ЭГДС - ВРВП 2 ст. CLIF-C OFs – 10, ACLF - 2, DF – 59,4, риск летальности в течение месяца – 18%. Клинико-лабораторная и инструментальная картина была расценена как острая печеночная недостаточность на фоне хронической (печеночная энцефалопатия, гепаторенальный синдром, гипербилирубинемия) с наличием бактериальной инфекции и анемии.

На фоне многокомпонентной терапии, включая глюкокортикостероиды (ГКС), антибактериальную, диуретическую, вазопрессорную (терлипрессин), дезинтоксикационную терапию, коррекцию гипераммониемии (орнитин-аспартат), анемии и электролитных нарушений, получен регресс желтухи, уменьшение отеков и асцита, разрешение пневмонии, улучшение клинико-лабораторных показателей. Пациент выписан с рекомендациями полной абстиненции, продолжения приема ГКС, диуретиков и др. препаратов.

Заключение. *Острая печеночная недостаточность (ОПН) на фоне хронической – состояние, при котором у пациентов с декомпенсацией ЦП возникает отказ от 1 до 6 систем органов с чрезвычайно высокой 28-дневной летальностью. Данная ситуация требует выявления триггеров, а также выполнения неотложных лечебных мероприятий, проведенных в кратчайшие сроки. Превалирующими по частоте триггерами ОПН на фоне хронической являются бактериальные инфекции и алкоголизация, которые стали провоцирующими факторами у пациента в представленном клиническом случае.*

РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 4В ТИПА У ПАЦИЕНТА С МУТАЦИЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.

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

Описание клинического случая. Пациентка 72 лет поступила в отделение медицинской реабилитации круглосуточного стационара ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» с диагнозом: ИБС. ПИКС (ИМ от 08.01.2024 г. 4в типа). ЧТБА огибающей артерии (ОА) от 08.01.2024 г. Ишемический анамнез манифестировал 2023 г., стенокардия напряжения на уровне ФК II. Направлена на сцинтиграфию миокарда, по результатам признаков гипоперфузии не выявлено. В связи с учащением приступов стенокардии направлена в сосудистый центр, где 08.01.2024 г. проведена селективная коронарография (КАГ), выявлен стеноз ОА в ср/3 85-90%, стеноз ВТК в пр/3 50%. Выполнена ЧТКА со стентированием ОА. При контрольном контрастировании отмечается хороший ангиографический результат. Спустя несколько часов отмечается затяжной приступ стенокардии, повышение уровня маркеров некроза миокарда, верифицирован острый инфаркт. При повторной КАГ отмечается острый тромбоз д/3 стентированного сегмента с отсутствием дистального кровотока. Реканализована тромботическая окклюзия стентированного сегмента ОА. На место остаточного стеноза имплантирован стент. При контрольном контрастировании отмечается хороший ангиографический результат. Через 10 минут повторно появились ангинозные боли прежнего характера высокой интенсивности. Выявлен рецидив тромбоза стента ОА. Выполнена ЧТБА реканализованного сегмента. Болюсно дважды введено 9 мл эптифибатида. При контрольном контрастировании отмечается хороший ангиографический результат. Проведено генетическое исследование системы гемостаза, выявлено носительство полиморфизма мутаций гемостаза: фактор XIII F13:G>T (Val34Leu): гетерозигота GT; Альфа 3-интегрин ITGA2: 807 C>T (Phe224 Phe): мутантная гомозигота TT, ингибитор активатора плазминогена SERPINE1 (PAI-1):-675 5G>4G: гетерозигота 4G5G. Тромбофилия по фолатному циклу: MTHFR: 677C>T (Ala222Val): мутантная гомозигота TT, MTRR: 66 A>G (Ile22Met): мутантная гомозигота GG.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Отмечается поздняя верификация диагноза, ввиду отсутствия симптоматики в молодом возрасте.

В послеоперационном периоде назначена тройная дезагрегантная терапия, выписана в удовлетворительном состоянии, ангинозные боли не рецидивировали, направлена на 2 этап кардиореабилитации.

Заключение. Частота рецидива тромбоза стента составляет около 16-19%. Нарушения тромбообразования могут быть обусловлены наличием полиморфизмов генов гемостаза. Генетический полиморфизм в системе гемостаза не всегда имеет клинические проявления, что затрудняет и отдаляет его диагностику.

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА: СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.
*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск,
Российская Федерация*

Описание случая. Пациентка 62 лет поступила в отделение медицинской реабилитации ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Гипертоническая болезнь (ГБ) 3 стадии, контролируемая АГ. Дислипидемия. Ожирение 3 степени по ВОЗ. Риск 4. Целевое АД 120-129/70-79 мм рт.ст. ХСН IIa стадии, ФК II. ЗНО молочных желез, резекция правой молочной железы 2010, лучевая терапия. Жалобы на снижение толерантности к физическим нагрузкам, одышку смешанного характера, возникающую во время быстрой ходьбы, эпизоды ангинозной боли давящего характера, купируются при прекращении физической нагрузки. Из анамнеза: ИБС около 1 года, ГБ более 5 лет. В рамках соматической реабилитации назначено лечение (лечебная физкультура, массаж, физиолечение, психологическое консультирование), обследование. По данным ЭхоКГ (06.10.2023г.) отмечаются признаки умеренного аортального стеноза (АС), зон нарушения локальной сократимости не выявлено, систолическая функция сохранена, диастолическая дисфункция I типа. По результатам реабилитации отмечается положительная динамика – повышение уровня качества жизни пациента, увеличение переносимости физических нагрузок. Однако, в виду впервые верифицированного АС умеренной степени тяжести, клинической картины, требующей дифференциальной диагностики, коморбидного фона, лучевой терапии в анамнезе, рекомендована консультация специалистов клапанной группы. По данным ЭхоКГ (ноябрь 2023 г.) верифицирован дегенеративный, постлучевой тяжелый АС, рекомендовано оперативное вмешательство. Госпитализация в НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина с 12.01.2024г. по 01.02.2024г., в ходе дообследования показаний для вмешательства на коронарных артериях не выявлено. 15.01.2024 года выполнено протезирование аортального клапана каркасным биопротезом ЮниЛайт №21 из мини-J доступа.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. У пациентки верифицирован умеренный АС, не требующий консультации специалистов клапанной группы. В виду клинической картины, коморбидности, лучевой терапии в анамнезе по поводу ЗНО молочных желез, принято решение о дообследовании, что позволило детализировать диагноз и выбрать оптимальную тактику ведения пациента.

Заключение. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, направлена на 2 этап кардиореабилитации. Почему случай важен для клинической практики? Представленный клинический случай демонстрирует важность комплексного подхода в оценке клинко-инструментальных данных, своевременность направления пациента к специалистам клапанной группы.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

ТОЛМАЧЕВА А.А., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ЗИМИНА Ю.Д., ТОНКОПРЯД М.В., ЕРИХОВА С.М.
ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», г. Новосибирск, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациентка Л, 74 года. Обратилась в ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» отделение профилактики в рамках проведения акции «розовая лента» 07.10.2023г. Из анамнеза с 2007 г. страдает раком молочной железы. Выполнено комплексное лечение в объеме радикальной мастэктомии справа + 6 курсов ПХТ + 25 курсов дистанционной лучевой терапии. В рамках I этапа диспансеризации при осмотре у гинеколога выявлено объемное новообразование левой молочной железы. Локальный статус: Правая молочная железа удалена. Послеоперационный рубец на передней грудной стенке без признаков воспаления, пальпаторно узловые образования не определяются. Левая молочная железа: кожа не изменена, сосок сформирован, отделяемого из соска нет. Пальпаторно: в верхненаружном квадранте пальпируется объемное образование до 2 см в диаметре, плотной эластической консистенции, спаянное с окружающими тканями. При пальпации безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рекомендовано проведение маммографии и УЗИ левой молочной железы. По данным маммографии от 07.10.2023г. состояние после правосторонней мастэктомии. Инволютивные изменения в левой (единственной) МЖ. Тип А по ARC. BI-RADS2. По результатам УЗИ молочных желез от 07.10.2023г. состояние после правосторонней мастэктомии. Объемное образование слева (требует верификации) – BIRADS 4c. По результатам I этапа диспансеризации пациентка направлена на II этап диспансеризации для консультации гинеколога 10.10.2023г. В рамках II этапа диспансеризации на основании данных объективного осмотра, результатов инструментальных методов исследования, пациентка направлена на консультацию онколога. Пациентке была проведена трепан-биопсия, по результатам которой был верифицирован злокачественный тип новообразования левой молочной железы. В результате планового профилактического осмотра у пациентки выявлен рак левой молочной железы.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Отсутствие жалоб.

Заключение. *Профилактические осмотры и диспансеризация помогают в ранней диагностике и выявлении ХНИЗ. При своевременном выявлении улучшается качество и продолжительность жизни пациента.*

ИМПЛАНТАЦИЯ ОККЛЮДЕРА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТА С ВЫСОКИМ АНАТОМИЧЕСКИМ РИСКОМ

ТОМАЙЛЫ В.И., ЛАРИНА И.В., ТРУХАНОВА М.А., ПОЛЯКОВ Р.С., ВАРТАНЯН Э.Л., ДЯЧУК Л.И., КАРАНАДЗЕ Н.А., МАЦКЕПЛИШВИЛИ С.Т., АРУТЮНОВА Я.Э.

Медицинский научно-образовательный центр МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва

Описание клинического случая. Пациент 77 лет, с 10-летним стажем пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, в анамнезе ранее перенесенный инфаркт миокарда, стентирование коронарных артерий, аневризма восходящего отдела аорты, аневризма межпредсердной перегородки (МПП) и врожденный порок сердца: открытое овальное окно (ООО) без гемодинамического сброса. В 2016 году выполнено кардиохирургическое вмешательство в объеме маммарокоронарного шунтирования и экзопротезирования восходящего отдела аорты, при этом хирургическая изоляция ушка левого предсердия (УЛП) не проводилась. Риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc 4 балла, риск кровотечений по шкале HAS-BLED- 3. В настоящее время пациенту показан длительный прием антикоагулянтов, однако на фоне высокого риска кровотечений, категорического отказа от приема антикоагулянтной терапии (АКТ) и высокого риска тромбоэмболических осложнений, рекомендована имплантация окклюдированного устройства УЛП в качестве малоинвазивной и безопасной альтернативы АКТ. Тромбоз УЛП исключен по данным ЧП-ЭхоКГ и МСКТ. Технически пункция была затруднена наличием ригидной перегородки, прогибающейся в полость предсердия, а также аневризмой корня аорты, перфорация которой могла бы привести к гемотампонаде сердца. Несмотря на эти особенности анатомии удалось успешно произвести трансептальную пункцию с последующим заведением проводникового интродьюсера в левое предсердие и без осложнений имплантировать окклюдер УЛП. После имплантации отмечалась компрессия устройства на 20%, эндолик менее 5 мм, отсутствие перикардального выпота. Послеоперационный период протекал без особенностей. В качестве профилактики тромботических осложнений рекомендованы антикоагулянты (ривароксабан 20 мг) и аспирин 75 мг на 6 недель. Через 45 дней рекомендована терапия: аспирин 75 мг и клопидогрел на 3-6 месяцев в зависимости от «остаточного кровотока околоокклюдерной области». Динамический контроль через 6 месяцев.

Заключение. *Данным клиническим случаем мы продемонстрировали опыт имплантации окклюдера ушка левого предсердия с целью профилактики и снижения риска событий при невозможности приема антикоагулянтов у пациента с аневризмами МПП на фоне ООО и аневризмы восходящего отдела аорты.*

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗНЫМИ ФОРМАМИ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТОРОПЧИН В.И., ВАГИНА Ю.И.

ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Св. Луки» Минздрава России, г. Луганск, ЛНР

Цель. Оценить приверженность к лечению тройной фиксированной комбинации (ФК) (периндоприл/индапамид/амлодипин) в максимальной дозе 10/2,5/10 мг у пациентов с РАГ при переводе с предыдущей неэффективной многокомпонентной антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 54 пациента с вероятной РАГ – неконтролируемая АД на фоне приема трех препаратов, включая диуретик, в максимальных или максимально переносимых дозах. Оценка офисного и амбулаторного АД проводилась на приеме включения на фоне предшествующей терапии и на приеме завершения исследования после 3-х месяцев лечения ФК (периндоприл/индапамид/амлодипин) в максимальной дозе. Офисное АД измеряли в соответствии с правилами измерения АД. Амбулаторное суточное мониторирование АД (СМАД) осуществляли с помощью аппарата АВРМ-04 (Meditect, Венгрия) по стандартной методике. Целевым уровнем АД по данным офисных измерений считали <140/90 мм рт.ст., по данным СМАД: для среднесуточных АД <130/80 мм рт.ст., среднедневного АД <135/85 мм рт.ст., средненочного АД <120/70 мм рт.ст. Индекс массы тела (ИМТ) определяли по формуле $ИМТ = \text{масса тела} / \text{рост}^2, \text{ кг/м}^2$. Приверженность к лечению оценивали методом анкетирования с помощью опросника Мориски-Грина. Высокой приверженности соответствует результат 8 баллов, умеренной – 6–7 баллов, низкой – менее 6 баллов.

Результаты. Средняя и низкая приверженность к предшествующему лечению составляла 77,8% у больных с вероятной резистентной артериальной гипертензией. На фоне лечения тройной ФК периндоприл/индапамид/амлодипин в максимальной дозе в течение 3 месяцев способствовало достижению целевых уровней АД у 59,3% больных. Величина офисного систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у пациентов с псевдорезистентной артериальной гипертензией (ПРАГ) снизился соответственно на 20% и 18%, среднесуточный – на 19% и 16% ($p < 0,0001$ для всех показателей), у пациентов с РАГ офисное САД и ДАД снизилось на 13,2% и 8,4%, среднесуточное САД и ДАД – на 11,2% и 10,6% ($p < 0,0001$ для всех показателей). На фоне терапии количество пациентов с ПРАГ с АД типа «non-dipper» уменьшилось с 34,4% до 15,6% ($p < 0,05$), у пациентов с РАГ – с 40,7% до 36,3% ($p < 0,05$). У больных с ПРАГ снижение АД зависело от его исходного уровня, а у пациентов с РАГ также и от показателя суточной экскреции натрия и калия с мочой, концентрации глюкозы крови, скорости клубочковой фильтрации.

Заключение. *Применение тройной ФК периндоприл/индапамид/амлодипин в максимально переносимой дозе в течение 3 месяцев способствовало достижению целевого офисного и амбулаторного АД у 59,3% больных с вероятной РАГ, у 40,7% больных при приверженности к лечению к ФК диагностирована истинная РАГ. Резистентность к антигипертензивной терапии связана с наличием сахарного диабета, хронических заболеваний почек, избыточным потреблением натрия и недостаточным потреблением калия. Назначение фиксированной трехкомпонентной комбинации (периндоприл/индапамид/амлодипин) способствует повышению приверженности к лечению и позволяет достичь эффективного контроля АД и снижает потребность к дополнительным назначениям четвертого антигипертензивного препарата для достижения целевого АД.*

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ЭПИЗОДЫ ГИПОГЛИКЕМИИ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА ВТОРОГО ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ТРЕТЬЯКОВА Ю.А., МАНУЙЛОВА Ю. А., ГЕОРГИНОВА О. А., КРАСНОВА Т.Н.

Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, кафедра внутренних болезней

Описание клинического случая. Женщина 64 лет с жалобами на повышение гликемии до 15 ммоль/л, частыми эпизодами гипогликемии госпитализирована в эндокринологическое отделение МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова.

Из анамнеза известно: в 1970 г. диагностирован сахарный диабет 1 типа. До 1990-х гг. находилась на терапии инсулином средней продолжительности действия 1 р/с, контроль гликемии 1 раз/месяц, в дальнейшем переведена на базис-болюсную инсулинотерапию. Гликированный гемоглобин (HbA1c) на протяжении заболевания 7,8-10%.

В 1990 г. выявлен первичный гипотиреоз. В 2009 г. установлена нефропатия неизвестной этиологии (СКФ 20 мл/мин/м²), лечения не получала. В 2013 г. выявлена первичная надпочечниковая недостаточность. С 2015 г. приступы гипогликемии приобрели бессимптомный характер, купировались ежедневным введением гликогена. Получала: детемир 12 ЕД в 8:00, 2 ЕД в 22:00, аспарт 1ХЕ:1ЕД перед каждым приемом пищи, левотироксин 50 мкг/с, гидрокортизон 20 мг/с, торасемид 10 мг/с, бисопролол 2.5 мг/с. При обследовании в стационаре отмечено повышение ТТГ до 7,42 МЕ/л, креатинина 256 мкмоль/л (СКФ 17 мл/мин/м²); HbA1c 6,68%. При проведении инсулинотерапии выявлено прогрессирующее уменьшение потребности в инсулине: снижение доз детемира с 12 до 6 ЕД в 8:00, отмена вечернего введения детемира, уменьшение углеводных коэффициентов с 1ХЕ:1ЕД до 1ЕД:0,5ЕД на каждый прием пищи.

При поступлении, учитывая жалобы пациентки и данные анамнеза, состояние было расценено как последствие прогрессирующей ХБП. Однако при дальнейшем наблюдении отмечена склонность к гипотонии (АД 80/60 мм рт.ст.) и эпизоды тошноты до 3 раз/сутки преимущественно в утренние часы.

Учитывая полученные данные, исключить декомпенсацию надпочечниковой недостаточности не представлялось возможным, в связи с чем доза гидрокортизона увеличена до 30 мг/с, присоединен флудрокортизон. На фоне терапии отмечено постепенное нарастание потребности в инсулине, снижение колебания суточной гликемии, улучшение общего самочувствия.

Заключение. *При ведении пациентов с аутоиммунными эндокринопатиями, учитывая их тесную патофизиологическую связь между собой, необходимо регулярно контролировать клинико-лабораторные параметры функции эндокринных желез.*

При резистентности к лечению или ухудшении состояния/появлении новых симптомов в первую очередь необходимо исключить появление или декомпенсацию других заболеваний эндокринных органов.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ТРУНЯКОВ Н.В., СОЦКАЯ Я.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Луганск, Луганская Народная Республика

Актуальность. Изучая патогенетические особенности хронических заболеваний гепатобилиарной системы (ГБС), в том числе цирроза печени (ЦП), установлена существенная роль уровня продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Продукты ПОЛ - малоновый диальдегид (МДА), диеновые конъюгаты (ДК) и др., повреждают биомембраны, что приводит к усилению апоптоза или некробиоза в гепатоцитах.

Цель. Изучить состояние липопероксидации у больных ЦП на фоне анемии хронических заболеваний (АХЗ).

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента в возрасте 20-59 лет. Все пациенты распределены на 2 группы: первую (33 человека) с ЦП на фоне АХЗ и вторую (31 человек) с ЦП без АХЗ. При этом обе группы получали общепринятое лечение согласно клиническим рекомендациям соответствующих патологий.

Результаты. При изучении состояния липопероксидации установлено, что до начала лечения имела место существенная активация процессов ПОЛ, при этом в первой группе повышение показателей было более значительным, чем у больных ЦП с отсутствием АХЗ. До лечения концентрация МДА в первой группе была в 2,84 выше нормы мкмоль/л (при норме $3,2 \pm 0,2$ мкмоль/л), у пациентов второй группы был увеличен менее значительно - в 1,8 раза. Содержание ДК было также повышено в первой группе в 2,6 раза. Во второй группе уровень данного показателя был выше нормы в 2,0 раза. Интегральный показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ) был увеличен в первой группе в 2,9 раза; во второй группе показатель ПГЭ превышал нормальные значения в 1,83 раза. Это свидетельствует о снижении резистентности биомембран эритроцитов к действию повреждающих факторов вследствие активации процессов липопероксидации. При изучении состояния липопероксидации после лечения установлена тенденции к улучшению показателей, однако более выраженная у лиц второй группы.

Заключение. У больных ЦП обнаружена активация процессов липопероксидации биологических мембран. Наличие сочетанности в виде АХЗ способствует более существенной активности процессов ПОЛ, с увеличением содержания ДК и МДА и показателя ПГЭ. Использование средств общепринятой терапии у больных ЦП на фоне АХЗ не обеспечивает нормализации процессов липопероксидации и требует назначение антиоксидантов.

ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

УШАКОВА Е.А., ЛАРИНА В.Н.

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

Актуальность. Значительная часть пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), продолжают предъявлять жалобы на сохраняющиеся симптомы и иные последствия заболевания. Большинство жалоб в постковидном периоде связаны с общей слабостью, респираторными и когнитивными нарушениями. Длительно текущие проявления COVID-19 оказывают влияние на качество жизни (КЖ) молодых пациентов, их физическое, психологическое и социальное благополучие.

Цель. Оценить КЖ молодых пациентов, перенесших COVID-19 через 4-6 месяцев после клинического выздоровления.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов (70% женщин) молодого возраста [медиана 23 (20-27) лет], без подтвержденных сопутствующих хронических воспалительных заболеваний. Проводился сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, оценка качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты. Все пациенты перенесли COVID-19 в легкой степени тяжести, большинство (77%) были вакцинированы. Через 95,5 (67,25-122,50) дней после начала COVID-19 все пациенты предъявляли жалобы [от 1 до 8 симптомов, медиана 2 (1,75-3,0)]. Отмечено снижение всех параметров КЖ в баллах: физическое функционирование 95,0 (90,0-100,0), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием 75,0 (50,0-100,0), интенсивность боли 94,0 (59,5-100,0), общее состояние здоровья 77,0 (67,0-82,0), жизненная активность 57,5 (40,0-65,0), социальное функционирование 75,0 (50,0-87,5), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием 66,6 (33,3-100,0), психическое здоровье 66,0 (55,0-73,0), общее физическое благополучие 55,1 (49,1-58,8), общее душевное благополучие 42,9 (35,2-47,1).

Установлена корреляционная связь между показателями общего душевного благополучия и общего физического функционирования ($p=0,010$, $r=0,47$), между жизненной активностью и психическим здоровьем ($p=0,001$, $r=0,68$).

Отрицательная корреляционная связь определялась между количеством симптомов и показателями качества жизни: физическим функционированием ($p=0,084$, $r=-0,32$), социальным функционированием ($p=0,004$, $r=-0,51$), психическим здоровьем ($p=0,007$, $r=-0,48$), общим душевным благополучием ($p=0,005$, $r=-0,49$).

Заключение. Перенесенная инфекция оказывает негативное влияние на КЖ молодых людей, приводя к снижению трудоспособности и изменению психологического благополучия, что требует оптимизации подходов к ведению этой категории пациентов в постковидном периоде на амбулаторном этапе.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ФАЙРУШИНА И.Ф., ФРОЛОВА Е.С.

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

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) – гетерогенное заболевание, оказывающее серьезное влияние на качество жизни (КЖ). Инструментов, разработанных специально для ПсА, мало, одним из них является опросник PsAQoL (Psoriatic Arthritis Quality of Life), недавно валидированный в России.

Цель. Оценить КЖ при ПсА с помощью опросника PsAQoL и его связь с клинико-ультразвуковыми (УЗ) и лабораторными параметрами.

Материал и методы. Пациентам с ПсА (n=92, 18-59 лет) проводилось стандартное обследование; оценивалась коморбидная патология (КП), активность ПсА (DAPSA) и псориаза (PASI), псориатической ониходистрофии (NAPSI), проводилось клиническое обследование (число болезненных и припухших суставов, индексы энтезита). УЗ исследование оценивало число синовитов и энтезитов в серой шкале и с применением энергетического доплера. Лабораторная диагностика заключалась в оценке СОЭ и высокочувствительного СРБ. Все пациенты заполнили опросники PsAQoL, HAQ-DI (физическое функционирование), FACIT-F (усталость). Средний возраст пациентов составил 43 (35,5; 50) лет, длительность ПсА – 7 (2; 11,8) лет, DAPSA – 15,2 (10,2; 21,4), PASI – 3,8 (1,2; 9,6), индекс массы тела 26,4 (23,7; 30,4) кг/м². Статистический анализ включал методы описательной статистики, расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. При оценке баллов PsAQoL было обнаружено, что КЖ, связанное с ПсА, ухудшалось с повышением активности ($p < 0,01$) и длительности ПсА ($p < 0,01$), наличием клинического энтезита ($p < 0,01$), ускорением СОЭ ($p < 0,05$), тяжестью псориатической ониходистрофии (NAPSI, $p < 0,05$), усталостью (FACIT-F, $p < 0,001$) и физическим функционированием (HAQ-DI, $p < 0,001$). С увеличением числа КП достоверно ухудшалось и КЖ, связанное с ПсА (PsAQoL, $p < 0,05$). Однако баллы PsAQoL не продемонстрировали связь с УЗ параметрами суставного и энтезиального воспаления ($p > 0,05$), что вероятно связано с субклиническим течением этих изменений.

Заключение. КЖ, связанное с ПсА (PsAQoL), ухудшалось с повышением активности и длительности ПсА, наличием клинического энтезита, уровня СОЭ и тяжести псориатической ониходистрофии. С увеличением числа КП ухудшались баллы PsAQoL. УЗ данные не ассоциируются с клиническими параметрами течения ПсА.

ОБЩАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И ПОКАЗАТЕЛИ ОЖИРЕНИЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, г. Казань

Актуальность. Приверженность пациента играет решающую роль в коррекции факторов риска. По признанию ВОЗ ожирение является неинфекционной эпидемией нашего времени и имеет тенденцию к повышению частоты в молодом возрасте. Знание особенностей связи приверженности с ожирением в этой группе лиц имеет важное значение для персонализированной профилактики.

Цель. Оценить связь общей приверженности лечению с ожирением при проспективном наблюдении когорты лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Обследован 101 пациент, включая 49 мужчин (48,5%) и 52 женщины (51,5%) в возрасте $Me = 35$ [30-39] лет. Дизайн соответствовал 18-месячному проспективному исследованию с изучением общей приверженности лечению (ПЛ) пациентов по опроснику КОП-25. Результат оценки ПЛ менее 50% считался низким, от 50% до 75% – средним, от 75% – высоким. Измерены рост, вес, окружность талии (ОТ) и окружность бедер (ОБ), рассчитан индекс массы тела (ИМТ) и отношение ОТ/ОБ. Уровень висцерального жира (УВЖ) был определен по результатам биоимпедансометрии. Повышенным считался уровень более 12 ЕД.

Данные обработаны в программе SPSS Statistics 26.

Результаты. Лишь 8,9% ($n=9$) имели высокую общую приверженность лечению. Низкая приверженность установлена в 64,9% ($n=61$). При этом среднее значение ПЛ находилось в диапазоне низкой приверженности – 42,5 [35,9-58,6]%. При низкой ПЛ в динамике значительно увеличивались средние показатели ОТ у женщин (от 82 [75-86] см до 83 [78-88] см, $p=0,039$), а при среднем уровне ПЛ – у мужчин (89 [77,9-99,5] см до 93,5 [78,7-99,5] см, $p=0,040$). Шанс наличия АО при низком уровне ПЛ был в 4,6 раз выше, чем в группе со средней ПЛ (95% ДИ=1,16-18,18). Также в группе с низкой ПЛ шанс повышения УВЖ был выше в сопоставлении со средней и высокой приверженностью (ОШ=1,43; 95% ДИ=1,17-1,75 и ОШ=1,27; 95% ДИ=1,07-1,49 соотв.).

Заключение. Низкая общая приверженность лечению в молодом возрасте ассоциируется с повышением частоты и выраженности абдоминального и висцерального ожирения. Таким образом, повышение приверженности у лиц молодого возраста является одним из важных направлений в профилактике ожирения – одного из значимых факторов кардиометаболического риска.

ПРЕДИАБЕТ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В., МУСТАФИНА Г.Р., ГИЛЕМХАНОВА Д.Р.,
БАСАРКИНА А.В.

ФГБОУ ВО «КГМУ» МЗ РФ, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной
практики, г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Распространенность предиабета приближается к значительным цифрам и его можно по праву считать неинфекционной пандемией 21 века. Важную роль в развитии и прогрессировании предиабета имеют поведенческие факторы риска. Особую актуальность имеет их изучение в когорте молодых лиц.

Цель. Выявить особенности поведенческих факторов риска у лиц молодого возраста с предиабетом.

Материалы и методы. Проведено одномоментное исследование в КДЦ Авиастроительного района г. Казани среди лиц молодого возраста без сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, средний возраст – 33[28,7-38] лет, без различий по полу. Выделены 2 группы: 1 гр. – лица с предиабетом (n=21; 22,3%), 2 гр. – лица с нормогликемией (n=73; 77,6%). Предиабет установлен на основании анализа нарушенной гликемии натощак, нарушенной толерантности к глюкозе, HbA1c в соответствии с клиническими рекомендациями. Поведенческие факторы оценены по опроснику STEPS. Данные обработаны в SPSS Statistics 27.

Результаты. Избыточное потребление соли встречалось с частотой 15,9% (n=15), ежедневное курение – 30,8% (n=29), употребление алкоголя – 67,2% (n=63). Недостаточное потребление фруктов и овощей отмечали 61,7% (n=58) опрошенных, избыточное потребление сахара – 29,8% (n=28), недостаточное потребление воды – 39,6% (n=37). При сопоставлении сравниваемых групп установлено, что у лиц с предиабетом чаще выявлено недостаточное потребление фруктов и овощей (гр. 1 – n=17, 89,5%; гр. 2 – n=41, 56,2%; p=0,039). А также установлено различие в группах по недостаточному потреблению воды (гр. 1 – n=13, 61,9%; гр. 2 – n=24, 32,8%; p=0,009).

Заключение. В молодом возрасте наличие предиабета было ассоциировано с рядом поведенческих факторов риска: недостаточное потребление фруктов и овощей, недостаточное потребление воды. Полученные данные демонстрируют потенциал профилактических вмешательств с целью коррекции предиабета.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В., НУРМИЕВА Л.С., АГЗАМОВА К.Р.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Поведенческие факторы риска (ФР) являются пусковым моментом развития хронических неинфекционных заболеваний и основой первичной профилактики.

Приверженность к их коррекции определяет успешность профилактических программ.

Цель. Оценить взаимосвязь поведенческих ФР и уровня приверженности лечению на основе опросника КОП-25 у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В ходе исследования, проведенного в КДЦ Авиастроительного района г. Казани, обследовано 94 пациента, средний возраст составил 33[28,7-38] лет. Различий по полу не выявлено. Использован опросник КОП-25 и анкета STEPS. Оценивалась приверженность модификации образа жизни (ПМ), медицинскому сопровождению (ПС), лекарственной терапии (ПЛ), общей приверженности лечению (ОП). За низкий уровень приверженности взят результат менее 50%, средний – от 50% до 74%, высокий – от 75%. Изучены поведенческие ФР: избыточное потребление соли и сахара, недостаточное потребление овощей и фруктов, недостаточное потребление воды, курение, низкая физическая активность (НФА), чрезмерное употребление алкоголя. Данные обработаны в SPSS Statistics 27.

Результаты. При изучении показателей приверженности чаще встречался низкий уровень: ПМ — 53,2%, ПС — 47,9%, ПЛ — 64,9%, ОП — 64,9%. Среди обследованных более половины имели НФА – 62,8% (n=59) и недостаточно употребляли овощи и фрукты – 61,7%(n=58). Каждый третий отмечал чрезмерное употребление алкоголя и избыточное потребление сахара. В 16%(n=15) случаев установлено избыточное употребление соли. Каждый четвертый опрошенный отмечал, что курит. Достаточное потребление воды отмечали 59,6% (n=56) пациентов.

Статистически значимые обратные корреляционные связи с ежедневным курением были установлены с ПС ($r_{xy}=-0,242$; $p=0,019$), ПЛ ($r_{xy}=-0,286$; $p=0,006$), ОП ($r_{xy}=-0,318$; $p=0,002$). Достаточное употребление воды имело обратную корреляционную связь с ПС ($r_{xy}=0,211$; $p=0,042$). Корреляционная связь избыточного потребления сахара и ОП была статистически значимой ($r_{xy}=-0,229$; $p=0,027$).

Заключение. В молодом возрасте установлена высокая частота низкой приверженности как модификации образа жизни, так и приверженности медицинскому сопровождению, лекарственной терапии и в целом общей приверженности лечению. Низкая приверженность ассоциировалась с избыточным потреблением сахара, ежедневным курением.

АА-АМИЛОИДОЗ, СВЯЗАННЫЙ С БОЛЕЗНЬЮ ФАБРИ

ФЕДОРОВА Ю.Д., ГЕОРГИНОВА О.А., РАМЕЕВ В.В., КРАСНОВА Т.Н.

ФГБОУ ВО «МГУ им. М. В. Ломоносова», факультет фундаментальной медицины, кафедра внутренних болезней, г. Москва, Россия

Описание клинического случая. Пациентка Л., 53 лет, армянка, обратилась к терапевту с жалобами на слабость. При дообследовании: азотемия, повышение маркеров системного воспаления, по УЗИ почек: уменьшение размеров обеих почек. Заподозрен АА-амилоидоз, исключена семейная средиземноморская лихорадка (мутации в гене MEFV не выявлено). При электрофорезе сывороточных белков соотношение содержания kappa и lambda свободных легких цепей иммуноглобулинов не нарушено, AL-амилоидоз исключен. По данным биопсии почки: «Нефросклероз в исходе амилоидоза. Протипировать амилоид не представляется возможным (очень мало материала)». На основании жалоб (парестезии в пальцах рук, гипогидроз) и результатов нефробиопсии («Канальцы содержат белковые цилиндры по типу “щитовидной почки”»), которые могут являться отложениями глоботриаозилсфингозина) рекомендовано исследовать на болезнь Фабри. Обнаружен не описанный ранее вариант гена GLA, способного приводить к болезни Фабри. При типировании амилоида из биоптата слизистой оболочки прямой кишки – идентифицирован АА-амилоид.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Отсутствие данных по ранее не описанной мутации в гене GLA, приводящей к болезни Фабри. Мутация гетерозиготная, активность фермента альфа галактозидазы А не снижена. Неизвестно влияние болезни Фабри на развитие АА-амилоидоза. Исход: прогрессирование хронической почечной недостаточности (ХПН), формирование артериовенозной фистулы для проведения гемодиализа.

Заключение. Почему случай важен для клинической практики? В литературе описаны 3 случая совместного течения болезни Фабри и АА-амилоидоза. При классическом течении амилоидоза наблюдается три этапа развития болезни: протеинурическая, нефротическая и ХПН. Представленная пациентка сразу из протеинурической стадии перешла на стадию ХПН, что вероятно связано с наличием конкурирующего заболевания – болезнью Фабри. Необходимо дальнейшее изучение сочетанного течения болезни Фабри и АА-амилоидоза.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКОВ

ФЕДОТОВ В.В., ШАПОШНИКОВА М.Ю., СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация

Актуальность. На сегодняшний день многие авторы рассматривают уровень мочевой кислоты (МК) сыворотки крови как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений. Однако в отечественных и зарубежных научных изданиях отсутствуют исследования, направленные на изучение влияния уровня МК на показатели сердечно-сосудистого и кардиометаболического рисков.

Цель. Изучить влияние уровня мочевой кислоты сыворотки крови на формирование высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) по шкале SCORE-2 и очень высокого кардиометаболического риска (КМР) по шкале CMDS у преподавателей и врачей Волгоградской области, а также установить целевые показатели уровня МК для обследуемой группы пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 200 преподавателей и врачей Волгоградской области в возрасте от 40 до 69 лет. Каждому обследуемому оценивали клинический статус. Проводили измерение офисного артериального давления, индекса массы тела, окружности талии и бедер, состава тела, уровня МК сыворотки крови. Уровень МК при подсчете ССР и КМР считали повышенным при значениях, превышающих или равным 360 мкмоль/л для обоих полов, согласно резолюции Совета экспертов Российского научного медицинского общества терапевтов 2023 г. Изучаемые параметры соответствовали ненормальному распределению. В работе использованы непараметрические методы статистики. Проводили ROC-анализ.

Результаты. Согласно данным ROC-анализа: при уровне МК, равном или превышающим 300,5 мкмоль/л, прогнозировался высокий ССР по шкале SCORE-2 ($p=0,005$), а при значении, равном или превышающим 288,5 мкмоль/л, – очень высокий КМР по шкале CMDS ($p=0,01$). Целевые показатели МК для обследуемой группы пациентов составили: $<300,5$ мкмоль/л при подсчете ССР по шкале SCORE-2 и $<288,5$ мкмоль/л при подсчете КМР по шкале CMDS, что значительно ниже общепринятой нормы: <360 мкмоль/л.

Заключение. *Полученные данные свидетельствуют о возможности разработки новой прогностической шкалы сердечно-сосудистых заболеваний с использованием уровня МК сыворотки крови как дополнительного, неразрывно связанного с другими, расчетного фактора. Также необходимо отметить важность установления индивидуальных целевых значений уровня МК сыворотки крови пациентов при проведении скрининговых, профилактических и лечебных мероприятий.*

РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА С ПОЗИЦИЙ СКРИНИНГА ПОРАЖЕНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

ФИЛИПЕНКО Д.Е., ШЕСТЕРНЯ П.А.

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

Актуальность. Системная терапия псориаза (ПсО) имеет важное значение не только в отношении кожного процесса, но и способна оказывать терапевтическое воздействие на проявления псориатического артрита (ПсА) и снижать риск его возникновения.

Цель. Оценить базисную противовоспалительную терапию (БПВТ) у пациентов с ПсО, в рамках скрининга поражений костно-мышечной системы (КМС).

Материал и методы. В исследование за период с 12.03.2022 по 01.09.2023 включались пациенты с ПсО старше 18 лет, обратившиеся в кожно-венерологический диспансер г.Красноярска. В соответствии с клиническими рекомендациями, для скрининга ПсА пациенты заполняли вопросник mPEST (modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool) и критерии ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) для оценки воспалительной боли в спине (ВБС), проводилась оценка предшествующей терапии. Диагноз ПсА устанавливался в соответствии с критериями CASPAR (CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis). Научное исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Результаты. В исследование включено 539 больных ПсО. С положительным результатом скрининга (mPEST \geq 3 баллов или при наличии ВБС) к ревматологу направлено 185 (34.3%) пациентов. В общей группе метотрексат (МТ) получал каждый третий исследуемый - 201 (37.3%). Пациенты с mPEST \geq 3 получали МТ чаще (47.0% и 32.9% p=0.002) и в более высоких дозировках (12.5 [10;15] и 11.25 [10;15] мг/неделю, p=0.01) нежели пациенты с mPEST<3 баллов. Применение НПВП так же чаще наблюдалось в группах с поражением КМС, чем у пациентов без суставного синдрома (60% и 11%, p<0,001), наибольшую потребность в НПВП испытывали больные с ВБС.

Из 185 пациентов диагноз ПсА установлен 75 (40.5%), у 48 (64%) – диагностирован впервые. В группе с установленным ранее диагнозом (n=27, 36%) МТ назначался чаще (70.4% и 43.75%, p=0.027) и в целевых дозировках (\geq 10мг/неделю) в сравнении с группой с первичным диагнозом (15 [15;15] и 12.5[10;15] мг/неделю, p=0.009). При этом, большинство пациентов обеих групп (89.6% и 92.6%) регулярно (ежедневно или 2-3 раза в неделю) принимали НПВП.

Заключение. Большое значение в выборе терапии ПсО и ПсА имеет ранняя диагностика и проведение скрининга поражений костно-мышечной системы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

ФОМИНА Е.И.

ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент мужчина, 54 лет, поступил с жалобами на прогрессирующую слабость, одышку при минимально физической нагрузке, сердцебиение, снижение массы тела (-7 кг за 3 месяца) после ОРВИ. В связи с прогрессированием жалоб в октябре обратился за медицинской помощью, выявлена фибрилляция предсердий (ФП), сердечная недостаточность (СН). При обследовании выявлена выраженная дилатация всех камер сердца, снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) - 31%. Для исключения инфекционного и ишемического поражения миокарда, проведено МРТ сердца с гадолинием, данных за миокардит и ишемию миокарда не получено. Выявленные изменения расценены как осложнение тиреотоксикоза. Назначена тиреостатическая, кардиотропная терапия. Через 3 месяца положительной динамики по ЭхоКГ не получено, тиреотоксикоз не купирован. Для выяснения причины проведена скintiграфия щитовидной железы (ЩЖ) - очаг гипераккумуляции радиофармпрепарата, принято решение о проведении субтотальной резекции ЩЖ. Через 6 месяцев после оперативного лечения положительна динамика: спонтанное восстановление синусового ритма, уменьшение размеров полостей сердца, увеличение ФВЛЖ (46.3%).

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. В клинической картине выраженность тиреотоксикоза не соответствовала объему поражения сердца, что вызывало сомнения, является ли поражение сердца следствием тиреотоксикоза. Исключение других причин поражения сердца подтвердило диагностическую гипотезу. Также диагноз подтвердила положительная динамика по ЭхоКГ и восстановлению синусового ритма после тиреоидэктомии. Возникли трудности с медикаментозной терапией: из-за тиреотоксикоза противопоказано назначение амиодарона; склонность к гипотонии не позволила назначить все группы препаратов, рекомендуемые при ХСН со сниженной ФВЛЖ.

На фоне ОРВИ произошла декомпенсация тиреотоксикоза, что привело к развитию ФП и дилатационным изменениям сердца, развитию т.н. тиреотоксического сердца. На фоне терапии достигнут субклинический гипотиреоз, регресс клинической симптоматики и коррекция морфофункциональных показателей, спонтанное восстановлению синусового ритма.

Заключение. *Данный случай показывает необходимость тщательного контроля пациентов с тиреотоксикозом и ФП, т.к. они склонны к быстрому прогрессированию ФП и декомпенсации СН. В случаях неэффективности стандартной кардиотропной терапии необходимо выявление других возможных причин, их коррекция для достижения положительного эффекта.*

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЕГРОПРОДУЦИРУЮЩИХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В, СОЧЕТАННЫМ С НАРУШЕНИЯМИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

ХАБАРОВА А.В., ЯКИМОВИЧ С.Е.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Луганск, Луганская Народная Республика*

Актуальность. Хронический вирусный гепатит В (ХВГВ) остается глобальной проблемой современного здравоохранения, что определяется его широким распространением и жизнеугрожающими последствиями (цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома). Так, при гепатите В вероятность формирования цирроза печени в течение 5 лет оценивается в 2 – 20%. Гепатобилиарная система неразрывно взаимодействует с микробиотическим биоценозом кишечника в процессах детоксикации, метаболизма, формирования и регуляции общего и местного иммунитета.

Цель. Разработать оптимальный метод коррекции дисбаланса изоферментов лактатдегидрогеназы у больных с ХВГВ в сочетании с нарушением состава микробиоты толстой кишки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов с диагнозом ХВГВ в сочетании с нарушением микробиоценоза в возрасте от 40 до 66 лет. Из них было 30 мужчин (53,6%) и 26 женщин (46,2%). Все пациенты получали этиотропную терапию – энтекавир 0,5 мг/сут. Для реализации цели больные были разделены на две группы - основную (29 человек), получавшую дополнительно в качестве коррекции состава микробиоты синбиотик (лакто- и бифидобактерии + пребиотический компонент фруктоолигосахариды) по 1 капсуле 1 раз/сут 14 дней и сопоставления (27 пациентов), получавшую только противовирусную терапию.

Результаты. Установлено, что у подавляющего большинства больных с ХВГВ, сочетанным с нарушениями микробиоценоза толстой кишки имело место повышение общей активности лактатдегидрогеназы наряду с изменениями ее изоферментного спектра, а именно - снижение концентрации «аэробных» фракций лактатдегидрогеназы 1+2 и рост «анаэробных» – лактатдегидрогеназы 4+5. Следовательно, изменения со стороны активности лактатдегидрогеназы у пациентов с ХВГВ в сочетании с нарушениями микробиоценоза указывали на активацию анаэробного гликолиза. После проведения лечения в основной группе больных мы отмечали достоверное снижение общей активности лактатдегидрогеназы и полноценное восстановление ее изоферментного спектра, чего не было достигнуто в группе сопоставления.

Заключение. *До начала лечения больных с ХВГВ в сочетании с нарушениями микробиоценоза нам удалось выявить изменения со стороны как общего уровня лактатдегидрогеназы, так и изоферментного спектра. Включение синбиотика в терапию представленных больных способствует нормализации изоферментной активности, что подтверждает угнетение процесса тканевой деструкции.*

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ СТАТУСА ПИТАНИЯ RFH-NPT, NRS-2002, MUST У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ХАЗИЕВА Г.Р., БЕЛОУСОВА Е.Н., МУХАМЕТОВА Д.Д.

ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) – состояние, часто сопровождающееся развитием мальнутриции и последующей саркопении. Существуют различные инструменты для оценки мальнутриции: RFH-NPT (Royal Free Hospital-Nutrition Prioritizing Tool), NRS-2002 (Nutritional Risk Scoring 2002) и MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), однако, стандартизированный метод отсутствует. Изучение и сравнение различных опросников для оценки мальнутриции являются актуальными.

Цель. Провести сравнительную оценку опросников RFH-NPT, NRS-2002 и MUST для определения мальнутриции у пациентов с ЦП.

Материал и методы. В исследование было включено 67 пациентов с ЦП, женщин – 63%. Средний возраст $52,06 \pm 1,5$ года. Тяжесть ЦП оценивалась по индексу Чайлд-Пью: класс А - 17 (25%) пациентов, класс В - 25 (37,5%), класс С - 25 (37,5%). Средний балл MELD – 13,5 [8;20]. Оценка мальнутриции проводилась с использованием опросников RFH-NPT, NRS-2002 и MUST у 67,35 и 32 человек соответственно. Саркопения определялась клинически (антропометрией и динамометрией, n=67).

Результаты. По результатам теста RFH-NPT 38 (56,7%) пациентов имели высокий риск мальнутриции, 8 (12%) - средний, 21 (31,3%) - низкий; по NRS-2002 – 12 (34,3%) - средний/высокий риск, 23 (65,7%) - низкий; по MUST – 12 (37,5%) высокий, 5 (15,6%) - средний, 15 (46,9%) - низкий. Саркопения выявлена у 35 (52%) человек. Среднее значение динамометрии – 20,5 [16,9;24,2] кг. При значении RFH-NPT более 0 чувствительность составила 75%, специфичность - 42%. При значении NRS-2002 больше 2 чувствительность составила 39,3%, специфичность – 85,7%. При значении MUST больше 1 чувствительность составила 68,4%, специфичность - 61,5%. Выявлена корреляция ПТИ с RFH-NPT ($r=-0,38$; $p<0,05$) и NRS-2002 ($r=-0,39$; $p<0,05$). Наблюдалась корреляция RFH-NPT с NRS-2002 ($r=0,78$; $p<0,05$) и MUST ($r=0,65$; $p<0,05$).

Заключение. Высокий риск мальнутриции по результатам RFH-NPT выявлен у 56,7% пациентов, по данным NRS-2002 и MUST у 34,3% и у 37,5% соответственно. При этом тест RFH-NPT оказался более чувствительным (75%), чем NRS-2002 (39,3%) и MUST (68,4%), а более специфичными были NRS-2002 (85,7%) и MUST (61,5%). У 52% обследованных выявлена саркопения.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К НЕЙ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ХИДИРОВА Л.Д., ШПАГИНА Л.А., ШПАГИН И.С., ВАСИЛЕНКО А.А.

*ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
«Городская клиническая больница №2»*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
«Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер», г. Новосибирск,
Российская Федерация*

Цель. Оценить антигипертензивную терапию и приверженность к ней у больных артериальной гипертонией (АГ) и хронической обструктивной болезнью (ХОБЛ).

Материалы и методы. В экспериментальное когортное открытое исследование были включены 118 пациентов с АГ 2 степени и ХОБЛ категория В и С вне обострения. Период наблюдения составил 12 месяцев и включал в себя этап перевода пациентов с неконтролируемой АГ (n=47) со свободных комбинаций (СК) на фиксированные формы (ФК) антигипертензивных препаратов. В работе оценивались общеклинические данные, результаты суточного мониторирования АД. Исходно и по прошествии 12 месяцев оценивались приверженность к лечению с помощью опросника Мориски-Грина.

Результаты. Средний возраст обследованных 59 [54; 63] лет, мужчины — 80% (69,6), давность АГ — в среднем 7 [5-11] лет, давность ХОБЛ в среднем – 10 [8-14] лет. У 39,2% пациентов целевые цифры АД не были достигнуты на фоне исходной антигипертензивной терапии свободными комбинациями препаратов. Приверженными лечению были только 24,0 %, недостаточно приверженными – 28,2 % больных, не привержены лечению – 48,4 %.

Отсутствие приверженности зависело от сложности режима лечения (64,4%), опасения появления побочных эффектов (26,2%) и их фактического появления (13,5 %). На фоне 12-недельной терапии ФК антигипертензивных препаратов САД снизилось в сравнении с исходным на 32 мм. рт. ст. ($p=0,05$), ДАД - на 17 мм. рт.ст. ($p<0,02$), ПД - 13 мм. рт.ст. ($p=0,02$); а через 12 месяцев САД – на 42 мм.рт.ст. ($p<0,02$), ДАД - на 18 мм. рт. ст. ($p<0,05$), ПД – на 15 мм.рт.ст. ($p=0,003$). На фоне приема фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов доля пациентов с высокой приверженностью увеличилась до 67,2 %, доля пациентов с низкой приверженностью снизилась и составила 33,4 %.

Заключение. *Терапевтический режим с применением фиксированной комбинации у пациентов с неконтролируемой АГ 2-й степени обладает высокой антигипертензивной эффективностью, позволяя достичь целевых уровней АД у 82,1 % пациентов на фоне 12-недельной терапии: САД ($p=0,05$), ДАД ($p<0,02$), ПД ($p=0,02$); и 98,0 % через 12 месяцев: САД ($p<0,02$), ДАД ($p<0,05$), ПД ($p=0,003$).*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕРКАНИДИПИНА В ТЕРАПИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ХЛЯМОВ С.В., МАЛЬ Г.С.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) - частый вид кардиотоксичности анти-VEGF (Vascular endothelial growth factor) агентов, требующий дифференцированного подбора антигипертензивных препаратов (АГП) для пациентов, принимающих бевацизумаб.

Цель. Определить эффективность лерканидипина при АГ, вызванной бевацизумабом, у онкологических пациентов.

Материал и методы. Ретроспективный обзор медицинских карт пациентов с колоректальным раком, получавших лечение бевацизумабом. Кардиотоксичность оценивалась по шкале Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0.

Лерканидипин 10 мг/день - терапия 1 линии при АГ \geq II степени, индуцированной бевацизумабом (группа А). АГП 2 линии или модификация лечения ранее существовавшей АГ (группа В). Описательная статистика для анализа характеристик пациентов (среднее значение, 95% доверительный интервал (ДИ)). Значения р значимы при $\leq 0,05$.

Результаты. Бевацизумаб получили 187 пациентов (89 мужчин, 47,6%; 98 женщин, 52,4%) со средним возрастом 54 года (диапазон: 43-69 лет). 48 пациентов (25,7%) имели в анамнезе АГ. У 85 пациентов (45,5%, 95% ДИ: 38,3-52,6) фиксирована АГ I-III степени. АГП назначены 46 пациентам (24,6%, 95% ДИ: 18,4-30,8). У 24 из 46 пациентов (52,2%, 95% ДИ: 37,7-66,6) развилась АГ \geq II степени в течение 8 недель после начала лечения бевацизумабом. Среди 46 пациентов с АГ \geq II степени, вызванной бевацизумабом, у 26 развилась АГ, назначен лерканидипин 10 мг/день (группа А). У остальных 20 пациентов в анамнезе либо АГ (n=14), либо другое сердечно-сосудистое заболевание (n=6). В дополнение они получали либо амлодипин 5 мг/день (n=10, группа В), либо нитрендипин 10 мг/день (n=6), либо фозиноприл 10 мг/день (n=4).

В группе А у 23 из 26 пациентов (88,5%, 95% ДИ: 76,2-100) артериальное давление (АД) нормализовалось в течение 7 дней после введения лерканидипина 10 мг ежедневно. Через 1 неделю у 3 пациентов АД было $>140/90$ мм рт.ст. Их АД контролировалось после увеличения лерканидипина до 20 мг/сутки (n=2) и фозиноприлом 2,5 мг/сутки (n=1). В группе В - у 8 из 10 пациентов (80%, 95% ДИ: 55,2-100). АД контролировалось через 1 неделю приема лерканидипина.

Заключение. Показана эффективность лерканидипина в лечении бевацизумаб-индуцированной АГ в монотерапии на рекомендуемой начальной и на максимальной суточной дозе, также в комбинации с фозиноприлом.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГБУЗ ПККБ 1 г. ВЛАДИВОСТОК

ХМЕЛЕВА Е.В.

ГБУЗ ПККБ1, г. Владивосток, Российская Федерация

Главной причиной смертности во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Наравне с диабетом и онкологическими заболеваниями, ССЗ прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XXI века.

Цель. Раннее выявление факторов риска очень важно для профилактики ССЗ.

Материал и методы. В ГБУЗ ПККБ 1 в отделении поликлиники проведен периодический медицинский осмотр сотрудников родильного отделения №1 в количестве 150 человек. Из них 7 мужчин и 143 женщин. Средний возраст мужчин составил 43 лет, женщин 40 лет. Сотрудникам проводили анкетирование в целях сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний ЖКТ, заболеваний КМС, определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности. У них исследовали – АД, уровень общего холестерина, рассчитывали индекс массы тела.

Результаты. По результатам медицинского осмотра выявлены следующие факторы риска:

1. Повышение АД у 3% мужчин и 15% женщин.
2. Нерациональное питание у 45% мужчин и 50% женщин.
3. Низкая физическая активность выявлена у 45% мужчин и у 55% женщин.
4. Избыточная масса тела и ожирение (индекс массы тела >25 кг/м²) у 25% мужчин и 60 % женщин.
5. Высокий уровень общего холестерина у 35% мужчин и 48% женщин.
6. Курение 7% мужчин и 21% женщин.
7. Злоупотребление алкоголем 0% у мужчин и женщин.
8. Отягощенная наследственность по ССЗ 48% у мужчин и 40% у женщин.
9. Отягощенная наследственность у 27% у мужчин и 32 % у женщин.

Заключение. *Результаты проведенного медицинского осмотра и обследования показали, что наиболее значимыми факторами риска у сотрудников ГБУЗ ПККБ 1 – это ожирение, повышенный уровень общего холестерина, не рациональное питание и гиподинамия, все эти факторы чаще встречаются у женщин. Низкий процент злоупотребления алкоголем обусловлен профессией (медицинский работник). Таким образом сотрудники ГБУЗ ПККБ 1 нуждаются в проведении работы по устранению факторов риска ССЗ.*

АССОЦИАЦИИ АДИПОЦИТОКИНОВ И РАННЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ НА ФОНЕ ДИСЛИПИДЕМИИ

ХУДЯКОВА А.Д., ПОЛОНСКАЯ Я.В., ШРАМКО В.С., ЩЕРБАКОВА Л.В., КАШТАНОВА Е.В., РАГИНО Ю.И.

НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация

Ряд исследований подтверждает, что атерогенная дислипидемия (ДЛП) является фактором риска снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и развития хронической болезни почек. Кроме этого, самостоятельным фактором риска снижения СКФ является ожирение, в частности, абдоминальное.

Цель. оценить связь между адипоцитокинами и ранней почечной дисфункцией у молодых людей с ДЛП.

Материалы и методы. Популяционное исследование включало 1033 человека (469 мужчин (45,4%) и 564 женщины (54,6%)) 25-44 лет.

Результаты. У лиц со СКФ < 90 мл/мин/1,73 м² с ДЛП были зарегистрированы более высокие значения амилина, лептина и более низкие уровни липокалина-2 по сравнению с пациентами без ДЛП. При однофакторном регрессионном анализе (стандартизация по возрасту и полу) получено, что при повышении уровня липокалина-2 на 1 мкг/мл у пациентов с ДЛП, вероятность нарушения функции почек повышается на 0,1%, а также повышалась на 0,2% при каждом повышении уровня GLP-1 на 1 пг/мл, на 0,3% при каждом повышении уровня резистина на 1 мкг/мл, на 0,4% при повышении уровня GIP на 1 пг/мл, на 0,6% при повышении уровня PYY на 1 пг/мл, на 3,8% при повышении уровня IL-6 на 1 мг/мл и на 0,4% при повышении уровня PP на 1 пг/мл. Повышение уровня TNF α на 1 пг/мл у лиц с ДЛП значительно увеличивает вероятность наличия СКФ менее 90 мл/мин/1,73 м³ (на 11,2%). Повышение уровня PAI-1 на 1 нг/мл было связано со снижением вероятности снижения СКФ на 2,1%. При включении данных адипоцитокинов в многофакторный регрессионный анализ, было обнаружено, что увеличение резистина на 1 мкг/мл связано с увеличением вероятности нарушения функции почек на 0,2%, а увеличение вероятности нарушения функции почек на 1,1% было связано с повышением уровня GIP.

Заключение. *Резистин и GIP, независимо от наличия абдоминального ожирения, связаны с наличием почечной дисфункции у молодых людей с ДЛП.*

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ И ЛЕКАРСТВЕННАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

ЦАРЕГОРОДЦЕВА А.А., БЫКОВА Г.А., БЕЛЬТЮКОВ Е.К.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Полипрагмазия и рост фармацевтической промышленности приводит к увеличению количества случаев нежелательных лекарственных реакций, в т.ч., реакций лекарственной гиперчувствительности (ЛГ) (Романова Т.С., 2017; Теплюк Н.П., 2019). Эпидемиологические данные о ЛГ немногочисленны (Kühl et al., 2022). Самым распространенным проявлением ЛГ являются кожные симптомы (Beniwal et al., 2019).

Цель. Определить эпидемиологические и клинические особенности ЛГ в Свердловской области и оценить структуру коморбидности пациентов с проявлениями ЛГ.

Материал и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование на базе ГАУЗ СО СОКБ №1. В выборку включены 346 пациентов, обратившихся к врачам аллергологам-иммунологам и врачам-дерматовенерологам поликлиники в 2022 году с подозрением на ЛГ. Отбор амбулаторных карт пациентов проводился по следующим шифрам МКБ-10: L23.3/5/8/9, L25.0/1/3/8/9, L27.0/1/2/8/9, L30.9, L50.0/9, L51.0/1/2/8/9, T78.2/3/4/8/9, T80.5/6/8/9, T88.1/2/6/7. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (протокол №10 от 19.12.2022 г.). Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения «Jamovi». Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Результаты. Среди 346 пациентов в 90,5% (n = 313) случаев диагноз лекарственной гиперчувствительности был установлен анамнестически. Среди клинических форм ЛГ преобладали кожные реакции (56,4%, n = 195), при этом наиболее часто, в 89,4% случаев, встречались немедленные реакции – крапивница и ангиоотеки. Среди нежных проявлений ЛГ также преобладали реакции немедленного типа, которые в 31,4% (n = 38) были представлены анафилаксией. В спектре причинно-значимых препаратов наиболее значимое место занимали антибактериальные и противогрибковые средства (24,9%, n = 86) и йодсодержащие контрастные вещества (23,7%, n = 82). В 41,3% случаев было выявлено наличие поливалентной ЛГ. Оценка коморбидности пациентов с ЛГ выявила ассоциацию лекарственной ЛГ с пищевой аллергией, аллергией на домашнюю пыль и клещей домашней пыли, а также атопическим дерматитом и экземой.

Заключение. Таким образом, проявления ЛГ являются серьезной и распространенной проблемой здравоохранения. Полученные нами данные свидетельствуют о преобладании кожных реакций лекарственной гиперчувствительности, протекающих по немедленному типу, высокой распространенности поливалентной ЛГ и значимом вкладе сопутствующих аллергических заболеваний у пациентов с ЛГ.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ ТЯЖЕЛОГО И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

ЧИНЯКОВА К.И., ДЕМКО И.В., КРАПОШИНА А.Ю., ВЕРБИЦКАЯ Е.А.

ФГБОУ ВО КРАСГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Российская Федерация

Цель. Проанализировать клинико-функциональные и лабораторные параметры у пациентов с ХОБЛ тяжелого и крайне-тяжелого течения и бронхиальной астмы тяжелого течения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 66 человек, которые были разделены на 2 группы. Первая группа: 32 человека с БА тяжелого течения, из них женщины – 24 (75%), мужчины - 8 (25%). Во вторую группу вошли 34 человека с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения, где преобладали мужчины – 32 (94,1%), женщины - 2 (5,9%). Группу сравнения составили 40 практически здоровых лиц, из них женщины - 20 (50%), мужчины - 20 (50%).

Всем пациентам выполнялись общеклинические, лабораторные методы исследования, оценка функции внешнего дыхания, измерение FeNO в выдыхаемом воздухе и статистическая обработка полученных данных.

Результаты. У пациентов с БА тяжелого течения чаще регистрировались приступы удушья, что приводило к большей потребности в КДБА, чем у пациентов с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения. У пациентов с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения потребность в стационарном лечении была выше, в этой же группе наблюдались более низкие показатели ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ и более высокие уровни ООЛ и ООЛ/ОЕЛ.

В группе больных с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения уровень С-реактивного белка был выше в сравнении с показателями у больных страдающих БА тяжелого течения.

Уровень FeNO повышался в группе у больных с тяжелой астмой и был взаимосвязан с уровнем эозинофилов периферической крови и с показателями функции внешнего дыхания.

У больных с бронхиальной астмой тяжелого течения выявлена сильная прямая корреляционная взаимосвязь между количеством приступов удушья и бронхиальным сопротивлением выдоха ($r=0,92$, $p=0,03$), и обратная между уровнем FeNO и показателем ФЖЕЛ ($r=-0,71$, $p=0,022$). У больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения установлены умеренные обратные корреляционные взаимосвязи между уровнем СРБ и ОФВ1 ($r=-0,61$, $p=0,034$) и содержанием СРБ и SpO2 ($r=-0,57$, $p=0,038$).

Заключение. *Несмотря на многочисленные исследования патогенеза БА и ХОБЛ, не все аспекты развития и прогрессирования достаточно освещены, именно поэтому изучение данных заболеваний не теряет своей актуальности.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ИМПЛАНТИРОВАННОГО УСТРОЙСТВА НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

ЧУБАТОВ А.В., ВЕДЕНСКАЯ С.С., СМОЛЕНСКАЯ О.Г.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ г.Екатеринбург, Российская Федерация

Описание клинического случая. Пациент П., мужчина, 63 лет, имеющий высокий риск кардиотоксичности антрациклинсодержащей терапии, согласно шкале общества сердечной недостаточности - международного общества кардионкологии (HFA-ICOS), страдающий синдромом слабости синусового узла, по поводу которого был установлен двухкамерный электрокардиостимулятор. Обратился для плановой консультации кардиолога, перед 3 курсом химиотерапии, включающей доксирубицин, принимаемой по поводу рака мочевого пузыря, с проведенным оперативным вмешательством. При активном расспросе предъявлял жалобы на одышку смешанного характера при физической нагрузке. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум в проекции трикуспидального клапана с признаком Ривелло-Корвалло. ЧСС 72 в мин., АД 130/85 мм. рт.ст. t тела 36,8 градусов. Живот безболезненный. Имеются петехии на конъюктиве и слизистой полости рта. Лабораторно выявлена лейкопения, тромбоцитопения. При трансторакальной эхокардиографии в объеме прицельной эхокардиографии в кардионкологии (FECOM), обнаружено гиперэхогенное образование в правых камерах сердца, достигающее в длину до 85 мм. и до 24 мм. в поперечном сечении. Дополнительно отмечалось снижение глобального продольного стрейна до 15% при сохраненной фракции выброса левого желудочка. Для исключения тромбоэмбологической природы было проведено триплексное исследование вен нижних конечностей, данных за тромбоз глубоких вен не получено. Учитывая полученные данные, выявленное образование расценено как вегетация больших размеров на электроде ЭКС. Пациенту предложена неотложная госпитализация, от которой он отказался, проходил дальнейшее лечение в стационаре по месту жительства, где, во время консервативного лечения, диагноз был верифицирован согласно критериям DUKE, в посевах выявлен *S. viridans*.

Заключение. *Данный клинический случай демонстрирует, что пациенты, которым имплантирован кардиостимулятор, могут быть подвержены бессимптомному развитию инфекционного эндокардита, особенно на фоне воздействия химиотерапии.*

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И САРКОПЕНИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ЧУХАРЕВА К.С., ПАШКИНА И.А., ВИХАРЕВА А.А.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация, Поликлиника ФГБУН ИВТЭ УрО РАН

Актуальность. Саркопения повышает риск переломов, падений, инвалидизации, госпитализаций и смертности. Рекомендуется проводить скрининг синдрома старческой астении (СА) с использованием опросника «Возраст не помеха» для дальнейшего обследования и выявления признаков саркопии.

Цель. Определить частоту выявления синдрома старческой астении и саркопии среди женщин пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В одномоментном исследовании приняли участие 35 женщин старше 60 лет, не нуждающиеся в посторонней помощи в повседневной жизни. По результатам опросника «Возраст не помеха» пациентки были разделены на 2 группы: 1 – лица без вероятной СА (n=23), 2 – с вероятной СА и преастенией (n=12). Всем участницам проведена краткая батарея тестов физического функционирования (The Short Physical Performance Battery, SPPB) и кистевая динамометрия (ДМ). Статистическую обработку данных проводили с помощью Statistica 13.0 (критерий Фишера, Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Количественные параметры представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей; категориальные данные – в виде абсолютных значений. Различия считались значимыми при $p < 0,050$.

Результаты. Медианы возраста составила 73 года (69,0-75,0), роста - 157 см (154,0–160,0), массы тела - 71 кг (63,0-80,0), индекса массы тела - $28,5 \text{ кг/м}^2$ (26,1-32,0). Группы не различались по данным антропометрии ($p > 0,05$). В группе 1 и группе 2 признаки саркопии по результатам теста «Вставание со стула» обнаружены в 5 и 5 случаях, $p = 0,257$; по результатам определения скорости ходьбы – в 8 и 4 случаях, $p = 1,0$; по оценке SPPB в 7 и 5 случаях, $p = 0,709$; по данным ДМ - в 8 и 6 случаях, $p = 0,129$ соответственно. Установлена прямая ассоциативная связь умеренной силы результатов опросника «Возраст не помеха» с возрастом ($R = 0,39$, $p = 0,018$); средней силы – с количеством падений за последний год ($R = 0,66$, $p < 0,001$).

Заключение. В диагностике саркопии важно учитывать не только скрининговые методы исследования. Требуется внедрение подходов для активного выявления саркопии. Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава РФ (27.10.2023).

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК НА ФОНЕ ХБП ИЛИ ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ?

ШАДРИНА Ю., МИХАЙЛОВА О.Д., ГРИГУС Я.И.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ

Описание клинического случая. Больная М., 83 года, поступила в терапевтическое отделение 21.11.2023 с жалобами на отсутствие аппетита, сонливость, сухость во рту, отсутствие стула 2 недели. 38 лет назад выполнена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. В 2023 г. лечилась по поводу лигатурного абсцесса передней брюшной стенки. Около месяца назад отмечает стул с примесью желчи, пропал аппетит, рвоты и другой диспепсии не было. Из перенесенных заболеваний – полип желудка, удален в 2009 г. Сахарный диабет с 2013 г., принимает метформин. Объективно: бледность кожи, физикально – без особенностей. ЧСС 76 в минуту, АД 110/80 мм рт. ст.

Предварительный диагноз – ПХЭС, дисфункция сфинктера Одди по смешанному типу. Заболевание желудка? Хроническая болезнь почек (ХБП)? Анализ крови 24.11.2023: эритроциты – $3,06 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 105 г/л, тромбоциты – $160 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,26 \times 10^9/л$, СОЭ – 28 мм/ч. УЗИ органов брюшной полости: почки – контуры ровные, соотношение паренхимы к ЧЛС уменьшено. Киста левой почки, 1,7 см.

Эзофагогастродуоденоскопия: Недостаточность кардии. Атрофия слизистой желудка. Дуоденогастральный рефлюкс. Рубцовая деформация 12-перстной кишки. Биохимическое исследование крови – мочевины (М) – 28,6 ммоль/л, креатинин (К) – 629 мкмоль/л, остальные показатели без отклонений. Анализ мочи – соломенно-желтая, прозрачная, 1014, белок – 0, лейкоциты – 5 в поле зрения. Белок в суточной моче отсутствует. Начата инфузионная терапия до 1 л/сутки, фуросемид 40 мг внутривенно 2 раза в день. На фоне лечения снижение азотемии: К – 469,3 мкмоль/л, 348 мкмоль/л, 198,4 мкмоль/л, М – 24,7 ммоль/л, 21,24 ммоль/л, 13,7 ммоль/л за 6 дней. Жалобы со стороны мочевыделительной системы и заболевания почек в прошлом отрицает. Аппетит улучшился, периодически беспокоит рвота съеденной пищей.

С диагнозом: ХБП С4, А1 (СКФ 15 мл/мин/1,73 м²). Артериальная гипертензия, 2 стадия, 3 степень, риск 3. Нефроангиосклероз. ХСН 1, ФК 2 выписана под наблюдение нефролога.

Заключение. В приведенном случае диагноз ХБП был затруднен в связи с латентным течением заболевания и наличием анамнеза по патологии пищеварительной системы.

Особенностью явилась быстрая положительная динамика гиперазотемии, что, возможно, свидетельствует об остром повреждении почек на фоне ХБП.

РАЗВИТИЕ АНЕМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

ШАРАФУТДИНОВА К.И., ИВАНОВ Ф.Д., БУСЫГИНА М.С.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

Анемия хронических заболеваний — группа анемий, возникающая при длительном течении различных хронических инфекционных, воспалительных, онкологических и аутоиммунных заболеваний.

Описание клинического случая. Больная У., 83 года, поступила в терапевтическое отделение 29.01.24 с жалобами на лихорадку -38 гр., боль и отечность левой нижней конечности (ЛНК). Ранее с 20.12.23 по 14.01.24 лечилась в ангиохирургическом отделении с диагнозом: Острый неиндуцированный тромбоз глубоких вен ЛНК без признаков флотации до уровня подколенной вены. После выписки на фоне приема назначенного эликвиса 2,5 мг 2 раза в день появилась острая боль и отечность ЛНК, лихорадка. 26.01.24 осмотрена ангиохирургом, проведен доплер сосудов ЛНК – данных за острый тромбоз нет. Направлена в дежурную хирургию, где выполнен рентген коленного сустава - признаки остеоартроза. Из анализов HGB -86 г/л и с диагнозом анемия пациентка направлена в терапевтическое отделение. При поступлении состояние средней степени тяжести. Температура -39,4 гр. Кожные покровы гиперемированы, горячие. Дыхание везикулярное, хрипов нет. SPO₂- 96%, чдд -20 уд в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 160/80, чсс-95 уд в мин. Живот мягкий безболезненный. Отек ЛНК до паховой складки, выраженная болезненность в области коленного сустава, кожа не изменена, нарушено сгибание и разгибание. Из анализов: RBC - $3,14 \cdot 10^{12}$ /л, HGB- 86 г/л, PLT- $408 \cdot 10^9$ /л, WBC- $13,31 \cdot 10^9$ /л, LYM - 8,67%, NEU - 83,14%, СОЭ - 56 мм/час, ПТИ - 58%, МНО - 1,89, АЧТВ - 33,2 с., фибриноген - 6,0, СРБ - >280 мг/л, Д- димер менее 500. Назначены антибиотикотерапия, препараты железа. 27.01.24 проведена компьютерная томография ЛНК - остеомиелит медиального мышечка большеберцовой кости левой голени, флегмоны мягких тканей голени и бедра слева, артрита левого коленного сустава. Пациентка экстренно переведена в отделение гнойной хирургии, проведено дренирование коленного сустава, выделено 100 мл гноя. Состояние пациентки значительно улучшилось.

Заключение. В данном клиническом случае показано, что тромбоз глубокой вены ЛНК способствовал возникновению остеомиелита и артрита коленного сустава. Анемия в данном случае носит вторичный характер и обусловлена интоксикацией инфекционно-воспалительного процесса.

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ РАБОТНИКОВ, ЭКСПОНИРОВАННЫХ К ПРОИЗВОДСТВЕННЫМ АЭРОЗОЛЯМ: ОСОБЕННОСТИ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ

ШЕЕНКОВА М.В.

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

При сохранении прежних пищевых привычек, технологический прогресс, уменьшая энергоемкость человеческого труда, приводит к росту числа работников с избыточной массой тела и нарушениями липидного обмена.

Одним из распространенных гиповитаминозов является дефицит витамина В1(тиамина), играющего важную роль в энергетических процессах организма. При дефиците тиамина изменяется обмен углеводов, что способствует формированию ожирения.

Цель. Оценка влияния дефицита витамина В1 в питании на развитие абдоминального ожирения работников пылеопасных производств.

Материалы и методы. Обследовано 52 работника горнодобывающей промышленности, экспонированных к промышленным аэрозолям. Все обследованные мужчины, средний возраст - 51,6 лет±9,9 лет, стаж работы по специальности – 18,4 ± 6,9 года.

Проводилось анкетирование: частотный анализ состояния фактического питания, заполнение опросника по оценке нерационального питания, применяемого в ходе диспансеризации населения. Изучались основные показатели антропометрии: абдоминальный индекс (окружность талии (ОТ)/окружность бедер (ОБ)). При оценке развития ожирения у работников учитывались показатели абдоминального индекса выше 0,94.

Результаты. В ходе анкетирования выявлено: нерационально питаются 44 человека (84,6% опрошенных), в 8 случаях (15,4 %) питание было рациональное. При интерпретации показателей фактического питания выявлено: в рационе 37 человек (71,2%) отмечен дефицит витамина В1. Потребление тиамина в пределах физиологической нормы определялось у 15 (28,8%) опрошенных.

При оценке антропометрии выявлено: индекс ОТ/ОБ в пределах нормальных значений определялся у 25 (48,1%) обследованных, выше нормы - у 27 (51,9%) работников.

Отмечалось отсутствие повышения риска развития абдоминального ожирения среди лиц с нерациональным типом питания при сравнении с работниками, питающимися рационально (ОШ=0,98, ДИ=0,46-1,95, $p>0,05$). Риск развития ожирения достоверно возрастал среди обследованных с дефицитом витамина В1 в рационе при сравнении с теми, кто получал с пищей достаточное количество тиамина (ОШ= 1,1, ДИ=1,02-2,79, $p<0,05$).

Заключение. *Повышение риска развития абдоминального ожирения при дефиците витамина В1 в рационе работников пылеопасных производств требует дальнейшего изучения и разработки алиментарных мер профилактики.*

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

ШКЛЯЕВ А.Е., ГАЛИХАНОВА Ю.И., ПАНТЮХИНА А.С., ДУДАРЕВ В.М., ГОРБУНОВ Ю.В., СЫСОЕВ К.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

Актуальность. Электронные сигареты (ЭС) – актуальная социальная и медицинская проблема, что связано с широкой распространенностью данного вида курения, молодым контингентом курящих, недостаточностью сведений о влиянии вейпинга на здоровье и функционирование различных органов и систем.

Цель. Уточнить эндоскопическую картину слизистой оболочки желудка пользователей электронных сигарет.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 34 человека в возрасте от 18 до 39 лет. Все пациенты перед началом обследования подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании. В ходе работы было сформировано 2 группы, сопоставимые по возрасту и полу: первая - курящие ЭС (n=19), вторая – некурящие (n=15). Всем участникам исследования проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) по стандартной методике. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась на персональном компьютере с помощью прикладных программ MS Excel, Statistica.

Результаты. У 80,0% курящих стаж курения составил более одного года. Большая часть из них употребляла никотинсодержащие ЭС, с содержанием никотина от 3 мг (30,0% респондентов) до 20 мг (70,0%). Все обследованные безоговорочно считают, что парение ЭС вредит здоровью. У всех участников исследования имелись симптомы диспепсии.

По результатам ФЭГДС, патологические изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки были диагностированы у всех вейперов. Частота эндоскопической патологии у пользователей ЭС распределилась следующим образом: недостаточность кардиального сфинктера – 73,7% (у некурящих – 46,7%), дуоденогастральный рефлюкс – 42,1% (у некурящих – 46,7%), признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – 15,8% (у некурящих – 6,7%), эрозивная гастропатия – 26,3% (у некурящих – 0,0%), поверхностный гастрит – 10,5% (у некурящих – 0,0%), гиперпластический гастрит – 5,3% (у некурящих – 0,0%), подслизистое образование желудка – 5,3% (у некурящих – 0,0%), эпителиальное новообразование луковицы двенадцатиперстной кишки – 5,3% (у некурящих – 0,0%), острые язвы луковицы двенадцатиперстной кишки – 5,3% (у некурящих – 0,0%).

Заключение. Результаты исследования показали, что курение ЭС ведет к повреждению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также к возникновению моторных нарушений в эзофагогастродуоденальной зоне.

Исследование проведено при поддержке РНФ (№23-25-10015).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ВЕЙПЕРОВ

ШКЛЯЕВ А.Е., ДУДАРЕВ В.М.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

Цель. Оценить особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц, курящих электронные сигареты.

Материал и методы. В исследование включено 160 пациентов в возрасте 23 (20; 27) лет, имеющих характерные клинические симптомы ГЭРБ, разделенных на 2 группы: 1-я (80 человек) – курящие электронные сигареты в течение 1 года и более, 2-я (80 человек) – некурящие (группа сравнения). На момент включения в исследование все пациенты набрали 8 и более баллов по опроснику GERDQ, что подтверждало основной диагноз ГЭРБ. В исследование включались больные с т.н. эндоскопически негативной формой заболевания (по данным фиброгастродуоденоскопии). Включенным в исследование проводилась суточная рН-импедансометрия (оценка с помощью программы «Gastroscan»); пациентам однократно определялись уровни гастрина и мотилина в плазме крови. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта №23-25-10015.

Результаты. У пациентов 1-й группы уровень рН в кардиальном отделе желудка был ниже такового в группе сравнения: 1,2 (0,9; 1,6) и 1,5 (1,2; 2,1), соответственно; $p < 0,01$. Значение рН нижней трети пищевода в сравниваемых группах также значительно различалось: 3,2 (2,4; 4,1) и 3,9 (3,1; 4,5); $p < 0,05$. Время закисления пищевода в группе вейперов составило 7,1% (4,3; 8,0), у некурящих - 6,4% (3,7; 7,3). Суточное количество гастроэзофагеальных рефлюксов: 86 (59; 98) и 69 (55; 76) в 1-й и 2-й группах соответственно; $p < 0,05$. Достоверных различий между группами по уровням гастрина и мотилина в крови не зафиксировано: 138,6 (88,4; 290,4) пг/мл и 118,2 (72,6; 237,5) пг/мл; 136,1 (108,1; 371,3) пг/мл и 250,5 (118,9; 394,4) пг/мл, соответственно. У больных ГЭРБ обнаружена отрицательная корреляционная связь между суточным количеством рефлюксов и уровнем мотилина крови: $r_s = -0,67$; $p < 0,05$.

Заключение. Вейпинг усугубляет течение ГЭРБ за счет усиления кислотной агрессии и понижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера, что увеличивает количество гастроэзофагеальных рефлюксов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ PRP-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ, АССОЦИИРОВАННОГО С ПРОФЕССИЕЙ

ШОХИН А.А., ТРОФИМОВ Е.А., ТРОФИМОВА А.С.

ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница №1», г. Северодвинск, Российская Федерация
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель. Оценить влияние внутрисуставного введения аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (platelet-rich plasma, PRP) в терапии остеоартрита (ОА) коленных суставов (КС) у работников судостроительной промышленности, а также выявить факторы неблагоприятного течения заболевания.

Материал и методы. Всего в исследование включено 27 пациентов (20 мужчин, 7 женщин) в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст $41,5 \pm 5,7$ лет), со стажем работы в тяжелой промышленности от 5 лет (средний стаж $10,4 \pm 3,2$ лет) с симптомами ОА КС более 6 месяцев. ОА КС подтвержден рентгенологическим исследованием, по данным которого определена I стадия ОА КС по Келлгрэну-Лоуренсу у 17 пациентов (63%), II стадия у 10 пациентов (37%).

На старте исследования и через 12 недель пациентам проводилось общеклиническое обследование, оценка уровня боли по Визуально Аналоговой Шкале (ВАШ) при труде и во время отдыха, индексу Лекена, опросникам WOMAC (Western Ontario and McMaster University), а также гониометрическое исследование КС. Помимо этого, было проведено анкетирование с целью оценки следующих неблагоприятных факторов риска (ФР): курение, избыточная масса тела, нерациональное питание, гиперхолестеринемия, гиподинамия, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Пациенты были распределены на 2 группы. Исследуемая группа состояла из 12 пациентов (9 мужчин, 3 женщины), группа сравнения – из 15 пациентов (11 мужчин, 4 женщины). Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, стажу работы, длительности симптомов ОА. Всем пациентам на старте исследования были даны рекомендации по образу жизни, биомеханике труда, а также ортезированию при выполнении трудовых функций (подъем тяжестей, приседания, работа на коленях). Пациенты в обеих группах получали топические нестероидные противовоспалительные средства, диацериин 100 мг/сут перорально в два приема, а также целекоксиб 100 мг/сут в режиме по требованию. В исследуемой группе проведено трехкратное внутрисуставное введение PRP в симптомный КС с интервалом в 1 неделю.

Результаты. По данным исследования в обеих группах определено статистически значимое снижение ($p < 0,05$) индексов ВАШ боли (труд и отдых), общего показателя WOMAC и его компонентов (боль, скованность, функция). Гониометрические показатели в обеих группах за период исследования значимо не изменились ($p > 0,05$). Альгофункциональный индекс продемонстрировал значимую разницу в динамике между группами: в исследуемой снижение индекса с $5,75 [4,87; 6,15]$ до $4,5 [3,87; 5,0]$, среднее $1,1 \pm 0,5$; в группе сравнения с $5 [4,5; 6,0]$ до $4 [3,25; 5,25]$, среднее $0,9 \pm 0,5$. Снижение ВАШ боли значимее выражено в ночные часы в исследуемой группе: с $25,5 [22,75; 32,25]$ до $12,0 [10,5; 14,25]$, средняя динамика снижения $14,0 \pm 6,2$, против группы сравнения: с $25,0 [21,5; 29,5]$ до $15,0 [12,0; 17,5]$, средняя динамика $7,9 \pm 1,7$. Динамика ВАШ боли при труде также превалирует в исследуемой группе, но не значимо: $20,8 \pm 7,5$ против $18,1 \pm 6,3$.

При проведении корреляционного анализа (корреляции Спирмена) в общей выборке обращает на себя внимание следующее: прямая связь возраста и суммарной шкалы WOMAC ($r = 0,61$; $p < 0,001$), возраста и индекса Лекена ($r = 0,5$; $p < 0,05$), стажа работы и индекса скованности шкалы WOMAC ($r = 0,55$; $p < 0,05$). Длительность заболевания коррелирует с индексом функции WOMAC ($r = 0,39$; $p < 0,05$) и с ВАШ боли в ночные часы ($r = 0,46$; $p < 0,05$). При оценке корреляции ФР определено множество прямых связей: с индексом Лекена ($r = 0,41$; $p < 0,05$), с WOMAC ($r = 0,56$; $p < 0,05$), с ВАШ боли в ночное время ($r = 0,46$; $p < 0,05$), а также отрицательная связь с амплитудой КС при гониометрии ($r = -0,57$; $p < 0,05$). Помимо

этого ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) прямо коррелирует с индексом боли WOMAC ($r=0,42$; $p<0,05$) и ВАШ боли при труде ($r=0,45$; $p<0,05$).

Заключение. *Стандартная комплексная терапия ОА КС является эффективной при его ассоциации с профессией. Комбинированное лечение с применением PRP ускоряет достижение целей терапии, преимущественно в контексте обезболивающего эффекта и повышения функционального состояния пациента. Ввиду неблагоприятного влияния ФР на течение ОА КС значимая роль должна уделяться их коррекции и профилактике. Требуется дальнейшее исследование метода PRP-терапии, в том числе пролонгированное и с большим объемом пациентов, для оценки отсроченных влияний.*

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ЩЕПЕТИН Н.В., ЧУВАРАЯН Г.А., ОРЛОВА Н.В., ЯКУШЕВ Ю.Ю.

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

Цель. Провести анализ результатов коронарографии у трудовых мигрантов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. В исследование включены 50 трудовых мигрантов и 107 граждан России, госпитализированных с ОКС. Проведен сбор анамнеза, включающий факт курения, перенесенные заболевания, наследственность. Биохимический анализ крови: общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, глюкоза крови, МВ КФК, тропонин. Проведены ЭКГ, ЭХО КГ. Всем пациентам выполнена коронароангиография (КАГ). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа».

Результаты. Анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выявил, что у пациентов– трудовых мигрантов развитие ОКС произошло в более молодом возрасте - 52,7 [50,1:54,8] года, чем у пациентов – граждан России, у которых ОКС развился в 64,4 [61,9:66,9] года. Пациенты-трудовые мигранты имели отличия в профиле риска ССЗ: более высокое распространение курения, нарушений липидного обмена, артериальная гипертония. По данным КАГ у пациентов-трудовых мигрантов в 36% выявлено однососудистое поражение коронарных артерий, у пациентов РФ однососудистое поражение коронарных артерий выявлено у 48,7%. У пациентов-трудовых мигрантов чаще, чем у граждан РФ встречалось поражение двух коронарных сосудов (32% и 30,8% соответственно), поражение 3-х коронарных сосудов (12% и 9,2%) и более 3-х коронарных сосудов (6% и 5,1%). По результатам оценки поражения коронарных сосудов с использованием шкалы SYNTAX пациенты-трудовые мигранты в 8 раз чаще имели среднюю тяжесть (23-32) коронарного атеросклероза, чем пациенты-граждане России (8,5% и 1% соответственно) и в 3 раза чаще - высокую тяжесть (более 32) (6,5% и 2% соответственно).

Заключение. Среди пациентов-мигрантов наблюдается более высокое распространение курения, нарушения липидного обмена, артериальная гипертония. По результатам коронарографии трудовые мигранты с ОКС, несмотря на их более молодой возраст, значительно чаще имеют многососудистое поражение коронарных артерий.

ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ ТЕРАПИИ МУЛЬТИМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ЩЕРБИНА Е.С., ЛАРИНА В.Н.

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

Описание клинического случая. Пациентка, 83 года, инвалид 2 группы, жалобы на нарастание отека нижних конечностей, одышки, усталости, необходимости сна с приподнятым головным концом. Согласно данным медицинской карты, в течение года ежемесячно обращалась в поликлинику с целью получения аписабана, в связи с фибрилляцией предсердий (ФП). За прошедший год врачом-терапевтом участковым осмотрена не была, ввиду отсутствия жалоб. Регулярно принимала аписабан 5 мг, бисопролол 1,25 мг, лозартан 50 мг, аторвастатин 20 мг, назначенные кардиологом 2,5 года назад, коррекция терапии не проводилась. Периодически отмечала повышение АД до 200/110 мм рт. ст. Осмотр: при попытке опустить носки для демонстрации голеней и наклоне вперед – усиление одышки (бендопноэ) на 5 секунде, аускультативно ритм сердца нерегулярный, тоны приглушены, усиление 2 тона над аортой, систолический шум на верхушке сердца. Качество жизни по Миннесотскому опроснику соответствует 58 баллам (минимально – 0, максимально - 100 баллов), что свидетельствует о его снижении, пройденная дистанция за 6-минут – 350 м. По опроснику «Возраст не помеха» выявлена возможная старческая преаестения (3 балла), по ЭХО-КГ – ФВЛЖ 72%. Диагноз: ФП, постоянная форма, нормосистолия (CHA2DC2VASc 5 баллов, HAS BLED 2 балла, EHRA IIb). Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ, риск ССО 4. Целевое АД 130-139/70-79 мм рт. ст. Ожирение 1 ст. Дислипидемия. ХБП С3а (СКФ СКD-EPI 48 мл/мин/1,73м²). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) с сохраненной ФВ ЛЖ, ФК III по NYHA. Пациентке увеличена доза бисопролола до 2,5 мг, добавлены диуретики. Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Мультиморбидные пациенты требуют пристального внимания, но, ввиду «многозадачности» работы амбулаторного врача в условиях ограниченного периода времени и «потока» пациентов, не всегда удается это реализовать. В данном случае, в течение 2,5 лет коррекция терапии не проводилась, что способствовало прогрессированию ХСН. Исход: улучшение качества жизни (42 балла) и клинического состояния на фоне уменьшения выраженности отеочного синдрома.

Заключение. *Случай важен для клинической практики. Демонстрация необходимости оптимизации амбулаторного приема для своевременного выявления и коррекции прогрессирования хронических заболеваний.*

ОЦЕНКА ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

ЭЛМИ С.

ФГБОУ ВО РязГМУ, г. Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Ожирение является важным фактором риска предгипертонии и гипертонии. В связи с этим, мы заинтересовались изучением индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ) у лиц с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД).

Цель. Оценка ИМТ и абдоминального ожирения у лиц с ВНАД.

Материал и методы. Для исследования было подобрано 334 участника в возрасте от 25 до 64 лет. 1-ая группа (ГР.1) включала 189 участников с нормальным артериальным давлением (АД) (систолическое АД (САД) <130 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) <85 мм рт.ст.), средний возраст $38,1 \pm 9,8$ лет, а 2-ая группа (ГР.2) состояла из 145 участников с ВНАД (САД = 130–139 мм рт.ст., ДАД = 85–89 мм рт.ст.), средний возраст $39,8 \pm 10,2$ лет. В исследовании больные подразделялись в зависимости от ИМТ: избыточный вес (ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м²), ожирение I степени (ИМТ от 30,0 до 34,9 кг/м²), ожирение II степени (ИМТ от 35,0 до 39,9 кг/м²) и ожирение III степени (ИМТ >40,0 кг/м²). Абдоминальное ожирение было определено на основе критериев: для мужчин ОТ ≥ 94 см, а для женщин ≥ 80 см.

Результаты. При проведении сравнительного анализа показателей ИМТ было выявлено, что средние значения ИМТ статистически значимо увеличивались во ГР.2 по сравнению с ГР.1 ($27,0 \pm 4,4$ против $24,6 \pm 3,7$ соответственно; $p < 0,001$). Также частота выявления избыточной массы тела, ожирения I, II и III степени (42,1%, 21,4%, 2,1% и 0,7% соответственно) оказались статистически значимо выше во ГР.2 по сравнению с ГР.1 (34,4%, 9,0%, 1,1% и 0,0% соответственно) ($p < 0,001$). Кроме того, была выявлена статистически значимо более высокая частота абдоминального ожирения во ГР.2 по сравнению с ГР.1 (57,2% и 35,4%; $p < 0,001$).

Заключение. Установлено, что у лиц с ВНАД отмечаются статистически значимо более высокие показатели избыточной масса тела и ожирения различной степени, включая абдоминальное ожирение, по сравнению с лицами с нормальным АД, что можно расценивать как возможный фактор риска последующего формирования артериальной гипертензии.

АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, СОЧЕТАННЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЯРЦЕВА С.В., ЛУГОВСКОВА А.Д.

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

Сочетание сахарного диабета (СД) с ишемической болезнью сердца (ИБС) – распространенный вид коморбидности с взаимно отягощающим течением. Одним из факторов, способствующих изменению тромбоцитов при СД, рассматривают гликозилирование белков тромбоцитарных мембран, однако механизмы нарушения функции тромбоцитов остаются до конца неизученными.

Цель. Изучить состояние агрегационной способности тромбоцитов у пациентов с СД 2 типа, сочетанным с ИБС.

Материал и методы. Обследовано 52 пациента с СД 2 типа, из которых сформированы 2 группы: пациенты 1 группы с СД 2 типа, и пациенты 2 группы СД 2 типа, сочетанным с ИБС (стабильной стенокардией напряжения I-II ФК). Наряду с общеклиническими исследованиями изучали агрегационную способность тромбоцитов. Контрольная группа – 25 практически здоровых лиц.

Результаты. У пациентов 2 группы регистрировалось повышение величины спонтанной агрегации до $(4,29 \pm 0,9)$ усл. ед., что превышает норму $(1,28 \pm 0,6)$ усл. ед. в 3,4 раза и значения у пациентов 1-й группы $(3,39 \pm 0,5)$ усл. ед., в 1,3 раза. Величина АДФ-индуцированной агрегации составляла $(46,09 \pm 4,6)$ усл. ед. и была меньше, чем во 2-й группе $(69,89 \pm 4,6)$ усл. ед. в 1,5 раза. Максимальный наклон кривой среднего радиуса спонтанной агрегации у пациентов 1-й группы – $(0,45 \pm 0,06)$ ед./мин., что ниже, чем во 2-й группе $(1,9 \pm 0,37)$ ед./мин., и в 4,2 раза выше нормы $(0,3 \pm 0,1)$ ед./мин. Уровень максимального наклона кривой среднего радиуса АДФ-индуцированной агрегации в 1 группе составил $(18,07 \pm 2,5)$ ед./мин, что ниже в 1,5 раза такового у пациентов 2 группы $(26,9 \pm 1,9)$ ед./мин., при норме $(14,3 \pm 1,5)$ ед./мин. Величина времени максимальной агрегации по кривой среднего радиуса составила $(69,58 \pm 5,1)$, что ниже, чем у пациентов 2 группы $(86,2 \pm 5,4)$ с – в 1,2 раза. Уровень степени дезагрегации был снижен до $(33,8 \pm 2,5)\%$, превышая в 1,2 раза показатель пациентов 2 группы – $(27,81 \pm 1,6)\%$, при норме – $(38,4 \pm 2,3)\%$.

Заключение. Таким образом, у пациентов с СД 2 типа, сочетанным с ИБС отмечалось более выраженное увеличение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, что обусловило формирование предпосылок к развитию синдрома гиперагрегации.