ISSN 2713-1823 (Online)

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ

РНМОТ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ

ТЕРАПИЯ
THERAPY

WWW.RNMOT.RU WWW.THERAPY-JOURNAL.RU

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ МАРТЫНОВА А.И.

XX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

19-21 НОЯБРЯ 2025 Г., МОСКВА

ОРГАНИЗАТОРЫ:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ

ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ РОССИИ (ОВР)

МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (ISIM)

ЕВРОПЕЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (EFIM)

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ ТЕРАПИЯ №8

ТОЛЬКО ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ

2025

Посвящается памяти Мартынова А.И.

XX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

(сборник тезисов)

19-21 НОЯБРЯ 2025 г., МОСКВА

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Белоусова Е.Н., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань
Гасанов М.З., к.м.н., доцент, заместитель директора Медицинского института ФГБОУ ВО «НовГУ», доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород
Жарова М.Е., к.м.н., эксперт Центра организации программ скрининга онкологических заболеваний ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, секретарь секции «Молодые терапевты» РНМОТ, г. Москва
Мухаметова Д.Д., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань
Тюрин А.В., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа
Файрушина И.Ф., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань
Чулков В.С., д.м.н., доцент, директор Медицинского института ФГБОУ ВО «НовГУ», и.о. зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «НовГУ», председатель секции «Молодые терапевты» РНМОТ, г. Великий Новгород

Для цитирования:
XX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ
(сборник тезисов)
Терапия. 2025; 11(8S): 2-544
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2025.8suppl.2-544

СОДЕРЖАНИЕ

Абдулганиева Д.И., Алексеева А.А.
Сравнительная эффективность первого и повторного курса терапии преднизолоном пациентов язвенным колитом и болезнью крона на основе построения зависимости «доза-эффект»…….....41

Абдулганиева Д.И., Купкенова Л.М., Шамсутдинова Н.Г., Мясоутова Э.Р.
Характер изменений минеральной плотности костной ткани у пациентов молодого возраста с воспалительными заболеваниями кишечника……42

Абидаев М.Ю., Юсупова А.О., Пахтусов Н.Н., Слепова О.А., Беленков Ю.Н.
Экспрессия микроРНК-21 и белка ЛРП6 у больных ишемической болезнью сердца при обструктивном и необструктивном поражении коронарных артерий…….43

Аверкиева Ю.В., Григорьева И.И.
Связь остеопенического синдрома с изменениями мышечного статуса у мужчин со стабильной ишемической болезнью сердца……..44

Аверкиева **Ю.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Королева М.В.**
Минеральная плотность кости у мужчин старшей возрастной группы с остеоартритом коленного сустава в зависимости от состояния мышечного аппарата……...45

Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Королева М.В.
Минеральная плотность кости у женщин с остеоартритом коленного сустава……46

Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Летаева М.В., Малышенко О.С.
Сложности курации ВИЧ-инфицированного пациента……47

Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Королева М.В.
Особенности нарушений сна у женщин с ревматоидным артритом……...48

Акимова Н.С., Шварц Ю.Г., Зубрийчук А.С., Рябов А.А.
Взаимосвязь между введением элькарнитина и дисперсией интервала QT у пациентов с гипертонической болезнью и дисциркуляторной энцефалопатией……..49

Акимова Н.С., Шварц Ю.Г., Зубрийчук А.С., Рябов А.А.
Влияние элькарнитина на вариабельность артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью……...50

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Нарожная А.Д., Заложук Е.В., Гуцало К.С., Гриднева А.М.
Анализ факторов риска у больных с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией……51

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Заложук Е.В., Гуцало К.С., Нарожная А.Д., Демичев И.А., Гриднева А.М.
Анализ факторов риска, влияющих на состояние здоровья студентов-медиков……...52

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Нарожная А.Д., Заложук Е.В., Демичев И.А.
Персонифицированный подход при проведении школ здоровья для кардиологических больных……..53

Александров М.В., Ушакова С.Е., Пайкова А.С.
Некоторые аспекты мотивации пациентов поликлиник к участию в диспансеризации……..54

Александров М.В., Пайкова А.С., Ушакова С.Е.
Проблема ухода за гериатрическими больными в семье на примере сочетания синдрома старческой астении и синдрома депрессии……..55

Алексеев В.В.
Частота тромбогеморрагических событий у пациентов с фибрилляцией предсердий и механическими протезами клапанов левых камер сердца……56

Алиахунова М.Ю.
Гемореологические нарушения у больных ревматоидным артритом с артериальной гипертонией……...57

Алиахунова М.Ю.
Лучевая диагностика анкилозирующего спондилита……...58

Алиханова Н.А., Сарычева А.А.
Эффективность эндоваскулярного вмешательства при хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (клинический случай) ……...59

Алмазова И.И., Ревкова Д.С.
Клинический случай острого коронарного синдрома у пациента с изолированной декстрокардией…….60

Алферов П.К., Грищенко Н.Д., Колединский А.Г., Надеждин С.В., Овчинников С.О., Грищенко К.А., Ромащенко О.В.
Цитопротекторная активность триметазидина у пациентов с ишемической болезнью сердца в реальной клинической практике……..61

Амирова Н.У., Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г.
Интегративный подход к ведению пациента с гиперурикемией…….62

Анешина И.И., Затеева Т.Н., Павлова В.Ю.
Особенности диагностического поиска у пациентов с анемическим синдромом…….63

Апушкина Т.А., Летаева М.В., Королева М.В., Малышенко О.С.
Анемический синдром: диагностический поиск……...64

Аришева О.С., Гармаш И.В., Храмкова А.И., Кобалава Ж.Д., Мисан И.А.
Взаимосвязь маркеров системного воспаления с тяжестью поражения печени у пациентов с хронической сердечной недостаточностью……...65

Аришева О.С., Мисан И.А., Гармаш И.В., Сафарова А.Ф., Карнаушкина М.А. Кобалава Ж.Д., Храмкова А.И.
Связь ремоделирования правых отделов сердца с результатами теста с 6-ти минутной ходьбы и прогнозом выживаемости у пациентов с циррозом печени……66

Арсеньева Ю.А., Тимошенко Р.С., Каменщиков Н.О., Реброва Н.В., Бощенко А.А., Зиновьева А.С.
Гемодинамические эффекты высоких концентраций ингаляционного оксида азота у пациентов с ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда……67

Артемьева О.А., Губина Е.В., Стуклов Н.И., Кокорин В.А., Радченко А.В., Гимадиев Р.Р., Гольдберг А.С., Вареха Л.А., Щеголев О.Б., Макарчев А.И.
Оценка скорости клубочковой фильтрации по данным диспансеризации с применением алгоритма машинного обучения……..68

Артемьева О.А., Радченко А.В., Кокорин В.А., Щербо С.Н., Щеголев О.Б., Вареха Л.А., Вареха Н.В., Губина Е.В., Стуклов Н.И., Гимадиев Р.Р.
Разработка системы машинного обучения для диагностики дисфункции щитовидной железы на основе лабораторных и демографических данных диспансеризации……..69

Артемьева О.А., Сенцова Т.Б., Гимадиев Р.Р., Чаусова С.В., Губина Е.В., Щеголев О.Б., Радченко А.В., Щербо С.Н., Макарчев А.И.
Прогнозирование риска развития IGE-опосредованных заболеваний по данным диспансеризации с помощью машинного обучения…….70

Арчаков Е.А.
Показатели системного воспаления при хроническом миокардите у пациентов с фибрилляцией предсердий……71

Атаева З.Н., Гусейнова Р.К., Кудаев М.Т., Магомедов А.З., Ахмедова Д.А., Эзиляева М.Р., Османова А.В.
Опыт применения никорандила при стабильной ишемической болезни сердца……..72

Бабина Н.А., Корягин В.С., Корягина Н.А.
Оценка региональных показателей смертности в Пермском крае……..73

Багаутдинова Л.И., Дударев М.В., Саркисян Д.С.
Нарушения ритма сердца и проводимости у перенесших иксодовый клещевой боррелиоз…74

Бакиров Б.А., Мхитарян Л.А.
Закономерности изменения микробиоты толстого кишечника с проводимой терапией у пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями……...75

Бакиров Б.А., Ласынова Г.Х., Гарифуллина А.Г.
Распространенность и клинико-лабораторные предикторы саркопении у пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями…….76

Балабаева Н.В., Холина Е.А., Пилиева Е.В., Сидоренко Ю.В.
Влияние современного комплексного лечения на показатели системы фагоцитоза у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа на фоне туберкулеза легких……..77

Бегдамирова А.А., Ализаде И.Б., Мамедова А.П., Газвинова Э.А.
Особенности клинического течения пневмонии у пожилых пациентов и современные подходы к терапии……78

Беккер Р.А., Быков Ю.В.
Симптоматическая артериальная гипертензия и полирезистентная депрессия на фоне аденомы паращитовидных желез……79

Беккер Р.А., Быков Ю.В.
Тяжелый гипертензивный криз, осложнившийся острой гипертензивной энцефалопатией и острым эпизодом деперсонализации-дереализации…….80

Беленков Ю.Н., Кожевникова М.В., Абдуллаева Г.Б., Серданадзе Д.А.
Применение технологии дистанционного диэлектрического исследования у пациента с хроническим гиперсенситивным пневмонитом и сердечной недостаточностью……...81

Беленков Ю.Н., Кожевникова М.В., Зекцер В.Ю., Чумалаева Ш.Р.
Удаленный мониторинг пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа с помощью роботического голосового помощника на основе искусственного интеллекта….82

Белых В.И.
Первый опыт использования аферез-псорален-ультрафиолетовой тепапии в комплексном лечении больных геморрагическим микротромбоваскулитом…….83

Бельских Э.С., Урясьев О.М., Юневич Е.А., Столяров Э.В., Глотов С.И.
Апробация цифрового тренажера аускультации с поддержкой нейросетевой языковой модели в учебном процессе……84

Беляева Е.А., Хоченкова А.С.
Аксиальный спондилоартрит у пациентки с диспластическим сколиозом……85

Беляева Е.А., Карабаева Ф.У.
Причины вторичной гиперурикемии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа……..86

Беляева С.В., Зелькович А.О., Беляева Е.А.
Гиперплазия миндалин на фоне иммуносупрессивной терапии у пациента после трансплантации сердца……87

Берестенников А.В., Клестер К.В., Клестер Е.Б.
Нарушение фосфорно-кальциевого обмена: есть ли связь с ожирением и артериальной гипертензией?.....88

Берестенников А.В., Клестер К.В., Каскабаева А.Ш., Клестер Е.Б.
Факторы риска развития остеопороза и остеопоретических переломов при сахарном диабете 2-го типа: роль сахароснижающих препаратов…….....89

Бернс С.А., Алмазова И.И., Дрогашевская Н.В.
Клинический случай анемии у пожилой пациентки в практике врача терапевта……..90

Бернс С.А., Алмазова И.И., Елисейкина А.С.
Клинический случай невралгии тройничного нерва - индивидуальный подход к терапии….91

Бернс С.А., Алмазова И.И., Елисейкина А.С.
Рецидивирующие нарушения мозгового кровообращения на фоне сочетания двух этиологических факторов: современные подходы к выбору диагностики и лечения……...92

Беспалова В.С., Деев Д.А., Журбенко Д.Н.
От марафона до рабдомиолиза и полиорганной недостаточности……..93

Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Благинина И.И.
Хронический болевой синдром и психоэмоциональные нарушения у больных анкилозирующим спондилитом и псориатическим артритом…….94

Бойко Е.А., Павлова В.Ю.
Прогностическая значимость уровня ферритина……..95

Борисова Л.В., Смертина Е.А., Краева Л.Ю.
Случай рецидивирующего инфекционного эндокардита у пациента с протезами клапанов сердца……...96

Боровкова Н.Ю., Конторщиков М.М.
Гендерные и возрастные взаимосвязи влияния курения на липидный профиль и вч-СРБ…..97

Боровкова Н.Ю., Шулаев А.С.
Оценка приверженности к лечению пациентов на программном гемодиализе…….98

Боровкова Н.Ю., Черемухина Ю.В.
Эффективность урсодезоксихолевой кислоты в комплексном лечении пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени……..99

Боровкова Н.Ю., Маврычева Н.В., Токарева А.С., Бурдаков М.В., Андрианов А.И.
Абдоминальное ожирение и его взаимосвязь с другими факторами кардиометаболического риска у женщин старших возрастных групп…….....100

Боровкова Н.Ю., Маврычева Н.В., Токарева А.С., Вавилова А.Д., Андрианов А.И.
Гендерно-возрастные особенности распространенности абдоминального ожирения и взаимосвязи с другими факторами кардиометаболического риска……101

Боровкова Н.Ю., Миронов М.А., Одинцов Г.А., Курашин В.К.
Ассоциации гиперурикемии с другими кардиоваскулярными факторами риска…….102

Боровкова Н.Ю., Токарева А.С., Василькова А.С., Сергеева Е.О., Бороданев С.В., Курашин В.К.
Мочевая кислота в пределах нормальных диапазонов и сердечно-сосудистый риск: есть ли взаимосвязь?.....103

Боровкова Н.Ю., Токарева А.С., Полякова И.В., Кузнецова А.А., Курашин В.К.
Частота сниженной скорости клубочковой фильтрации среди населения Нижегородской области……104

Вавилова В.П., Вавилов А.М.
Перспективное направление совершенствования лечения острых инфекций верхних дыхательных путей……105

Вавилова В.П., Вавилов А.М.
Симптомы хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у обучающихся в медицинском университете……....106

Валеева Д.И.
Взрослый пациент с несовершенным остеогенезом: особенности диагностики и лечения...107

Варданян А.Г., Ершов А.С.
Клинический случай — катастрофический антифосфолипидный синдром с эндокардитом Либмана-Сакса, множественными тромбозами и полиорганной недостаточностью……..108

Василенко В.С., Федорец В.Н., Советкина Н.В., Меркулова А.В.
Поведенческий тип А как фактор риска тяжелого течения острого коронарного синдрома у лиц пожилого возраста……...109

Васильева И.Н., Осадчук М.А., Айсина Т.Х.
Терапевтические возможности применения липофильных препаратов у пациентов с артериальной гипертензией, метаболическим синдромом и функциональными расстройствами кишечника……...110

Васильева И.Н., Осадчук М.А., Козлов В.В.
Классификация фенотипов ожирения у пациентов с артериальной гипертензией……..111

Васильева Л.В., Гостева Е.В., Суслова Е.Ю.
Корреляции между сочетанием генетических маркеров крови и риском развития инфаркта миокарда……112

Васюк Ю.А., Носова А.Г., Завьялова А.И., Выжигин Д.А., Новосел Е.О., Шупенина Е.Ю.
Эндотелиальная дисфункция как проявление вазотоксичности химио- и таргетной терапии у онкологических пациентов……113

Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А., Бусыгина М.С.
Оценка состава тела при хронической дуоденальнойнедостаточности……114

Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Павлова В.А., Павлова А.А., Мамонтова М.М.
Возрастная динамика содержания ренина в крови здоровых лиц и пациентов с артериальной гипертензией……....115

Веденикин Т.Ю., Рогожкина Е.А., Иванова А.А., Драпкина О.М., Джиоева О.Н.
Гендерные особенности течения острой декомпенсации сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса……116

Ветчинникова Т.А., Демидов В.В., Холина Е.А., Иванова Л.М., Сидоренко Ю.В.
Современные возможности коррекциии гипергомоцистеинемии у больных коморбидной гипертонической болезнью……117

Вишневский В.И., Семенева Е.А.
Школа артериальной гипертонии как важный шаг профилактики депрессивных состояний у больных с артериальной гипертонией…….....118-119

Волкова Н.И., Давиденко И.Ю., Воронина Е.В.
Изучение взаимосвязи полиморфных маркеров rs7903146 гена TCF7L2, rs10830963 гена MTNR 1B и rs1801282 гена PPARG (PRO12ALa) с различными подтипами гестационного сахарного диабета…….....120

Волчкова Е.А., Легкова К.С., Смирнов Д.А., Боровикова И.И., Охрименко Г.С., Замятин В.И., Медведева А.Н., Затейщиков Д.А.
Клинико-генетическая характеристика пациентов с дилатационной кардиомиопатией — результаты одноцентрового исследования……...121

Воронкова О.О., Лишута А.С., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н., Николаева Н.А.
Возможности немедикаментозного лечения пациентов с интерстициальным поражением легких и вентиляционными нарушениями после COVID-19 методом усиленной наружной контрпульсации……....122

Вострецова Ю.В., Тенищева М.П., Шевченко Н.А.
Роль достижения Самотождества Я в реабилитации кардиологических больных……..123

Габбасова Л.А., Мастерова М.М., Чугунов А.А., Краснова Т.Н., Домашенко М.А., Камалов А.А., Георгинова О.А.
Оценка распространенности патологии костно-мышечной системы и связанных хронических заболеваний среди сотрудников тяжелой промышленности с учетом специфики трудовой деятельности……...124

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
Особенности преподавания дисциплин по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у студентов разных курсов медицинского университета…….125

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
Оценка профиля основных факторов риска кардиометаболических заболеваний в молодежной популяции……...126

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
Прогнозирование тревоги и депрессии у молодых лиц…….127

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
Тревога и депрессия во взаимосвязи с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний среди лиц молодого возраста……..128

Гаврилова Е.С., Чулков В.С., Ткаченко П.Е.
Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и их взаимосвязь с тревогой и депрессией среди обучающихся медицинского колледжа……129

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
Ассоциация факторов риска хронических неинфекционных заболеваний с уровнем образования, тревогой и депрессией……130

Гаврилюк Е.В., Калугин А.А., Железнова Н.В., Корниеенко Т.Г., Краснорудская М.О., Шурова Т.И., Степченко А.А.
Мастоцитоз под маской цирроза печени — клинический случай……....131

Гавришко О.П., Маркин А.Д., Окулова В.А., Уткина Е.В., Фомина Н.В.
Варианты анемий у пациентов с диффузными заболеваниями соединительной ткани…….132

Гадаборшева Л.М., Муталиева М.Б., Нальгиева М.А.
Коморбидная патология при хронической обструктивной болезни легких……133

Гадиева В.А.
Изменения ионограммы при ртутной нефропатии в сочетании
с ишемией-реперфузией почек в эксперименте……...134

Гадиева В.А.
Изменение содержания общего и восстановленного глутатиона в плазме крови
при ишемически-реперфузионном повреждении почек в эксперименте……..135

Галенко А.С., Рыбин Е.В.
Зависимость толерантности к физической нагрузке у пациентов с острым инфарктом
миокарда от уровня тропонина после экстренной реваскуляризации……...136

Галиханова Ю.И., Дударев В.М., Шкляев А.Е.
Связь вейпинга и висцеральной гиперчувствительности желудка……137

Галиханова Ю.И., Муравцева О.В., Пантюхина А.С., Шкляев А.Е.
Оценка качества жизни потребителей никотинсодержащей продукции……...138

Гараева Н.А., Оленева С.А., Рахматуллина Э.Н., Печерских М.В.
Клинический случай пациента с болезнью Ормонда……139

Гасанов М.З.
Сочетание поликистозной болезни печени и почек у пожилой пациентки —
клиническое наблюдение……...140

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Павар Н.Д., Абдуллаева Л.Б., Викторов А.В.
Белково-энергетическая недостаточность как предиктор саркопении при терминальной
хронической почечной недостаточности……..141

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Павар Н.Д., Пархомович К.И., Ахмедова А.Р.
Вклад гипоксии в формирование белково-энергетической недостаточности
у пациентов с ХБП, получающих лечение программным гемодиализом…….142

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Павар Н.Д., Глушко Л.И.
Роль воспаления в метаболизме мышечной ткани у пациентов с ХБП……143

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Чулков В.С., Крюкова П.А., Понкрашова Д.А.
Оценка компонентного состава тела пациентов с хронической болезнью почек
и белково-энергетической недостаточностью, находящихся на гемодиализе……..144

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Чулков В.С., Понкрашова Д.А., Крюкова П.А.
Особенности компонентного состава тела пациентов с хронической болезнью почек и
саркопенией, получающих лечение программным гемодиализом……145

Гейвандова Н.И., Больбат Г.К.
Возможности N-терминального пептида проколлагена III типа в прогнозировании
исходов при алкогольном циррозе печени……...146

Георгинова О.А., Краснова Т.Н., Канина А.О.
Клинико-патогенетические варианты коморбидной патологии при ПсА
(псориатическом артрите)……..147

Георгинова О.А., Макаров Е.А., Мичурина А.А., Авдеев В.Г., Стрижаков Л.А., Краснова Т.Н., Гришанина Е.А.
Клинический случай дебюта системной склеродермии после длительного контакта с пестицидами……148

Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д., Соловьева В.И., Марачкова Д.О., Толмачева А.А.
Медицинская реабилитация пациентов с хронической обструктивной болезнью легких — клинический случай……....149

Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д., Марачкова Д.О., Соловьева В.И., Тулупова Д.В., Толмачева А.А.
Комплексная медицинская реабилитация пациентов с перенесенным инфарктом миокарда — клиническое наблюдение……....150

Герасименко О.Н., Толмачева А.А., Бехтенов Д.А.
Актуальные вопросы медицинской реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в условиях коморбидности……....151

Герасименко О.Н., Тонкопряд М.В., Зимина Ю.Д., Тулупова Д.В., Толмачева А.А.
Диагностика и лечение алиментарного ожирения — клинический случай…….....152

Гоманова Л.И., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Ивлев О.Е., Куценко В.А., Евстифеева С.Е., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А.
Психоэмоциональный стресс и риск смерти: данные ЭССЕ-РФ и ЭССЕ-РФ2……...153

Горбатовская Е.Е., Долматова С.Е., Груздева О.В., Дылева Ю.А.
Уровень высокомолекулярного адипонектина и рецепторов к адипонектину в жировой ткани эпикардиальной и перикоронарной локализации при ишемической болезни сердца……154

Горбунов В.М., Лукьянов М.М., Кошеляевская Я.Н., Ильина Т.С.
Взаимосвязь данных суточного мониторирования артериального давления, проведенного в условиях стационара, с возникновением нефатальных середечно-сосудстых событий……..…155

Гордиенко А.В., Татарин А.В., Мингазова Э.Р., Носович Д.В., Сотников А.В.
Значение факторов риска кардиоваскулярной патологии для ближашего прогноза инфаркта миокарда у мужчин моложе 60 лет с язвенной болезнью……..156

Гостева Е.В., Брежнева Н.А., Васильева Л.В., Крышка А.А.
Оценка диагностической значимости биомаркера ST-2 у больных с хронической сердечной недостаточностью, ассоциированной с обструктивным апноэ сна…….157

Гостева Е.В., Суслова Е.Ю., Брежнева Н.А., Купцов М.А., Васильева Л.В.
Связь умеренных когнитивных нарушений с соотношением тромбоцитов и лимфоцитов у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией……158

Гринштейн Ю.И., Шабалин В.В., Руф Р.Р.
Социодемографические различия показателя сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life’s Essential 8 у населения крупного сибирского региона…….159

Гринштейн Ю.И., Шабалин В.В., Руф Р.Р.
Сравнительный анализ сердечно-сосудистого здоровья населения крупного сибирского региона по атерогенному индексу плазмы и шкале Life's Essential 8……...160

Гришечкина И.А.
Динамика клинической эффективности санаторно-курортного лечения в разные сроки у взрослых пациентов с бронхиальной астмой……...161

Гришина И.Ф., Полетаева Н.Б., Серебренников Р.В., Стяжкина Ю.А.
Взаимосвязь тревожности и систолической дисфункции левого желудочка у пациентов после аортокоронарного шунтирования…….162

Гришина И.Ф., Полетаева Н.Б., Серебренников Р.В., Стяжкина Ю.А.
Прогнозирование скорости восстановления трудоспособности пациентов с ИБС после перенесенного аортокоронарного шунтирования……...163

Губарева И.В., Габерман О.Е.
Ассоциации компонентов метаболического синдрома у работников железнодорожного транспорта…….....164

Губарева И.В., Токарев С.А., Шван Л.Ю.
Ортостатические реакции у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом..…….……165

Губарева И.В., Шван Л.Ю., Токарев С.А.
Градация сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией с синдромом обструктивного апноэ сна и COVID-19 в анамнезе…….166

Гузенко Д.С.
Эластичность магистральных артерий и структурное состояние миокарда левого желудочка у пациентов с артериальной гипертонией и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей……167

Гуманова Н.Г., Королев А.И., Богданова Н.Л., Драпкина О.М., Саматова К.С.
Клиническое влияние порошка корнеплода свеклы на биохимические маркеры у пациентов с артериальной гипертензией — пилотное тестирование…….168

Гусева А.В.
Сосудистое ремоделирование у лиц молодого возраста с учетом массы тела…….169

Давыдова Е.В., Олейник В.С.
Осложнения сахарного диабета 2-го типа в условиях виброопасных производств……170

Данилина Н.О., Гулова Ш.Г., Мохаммед Х.Х.А., Шадрикова А.Д., Павлов А.Ф., Курникова И.А.
Пороговый эффект выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии тревожно-вегетативных расстройств…….171

Дворовкин А.Э.
Поздние стадии анкилозирующего спондилита у молодых пациентов — проблемы маршрутизации и диагностики…….172

Дедкова М.Л., Чеснокова Л.Д.
Опыт иммуносупрессивной терапии при мембранозном варианте гломерулонефрита — клинический случай……...173

Деев Д.А., Степанижова А.В.
Изучение влияния психосоциальных факторов на течение цирроза печени……174

Деев Д.А., Степанова Е.Р.
Оценка возрастного андрогенного дефицита и качества жизни у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких……...175

Деев Д.А., Махрова А.Б.
Профиль пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса…….176

Демина М.В., Сидорова Ю.Ю., Мохаммед Д.А., Разин В.А.
Изменение частоты регистрации поздних потенциалов желудочков после плановой коронарной реваскуляризации……...177

Демкина А.Е.
Эмоциональный интеллект как предиктор успешной цифровой трансформации здравоохранения…….178

Денисевич Т.Л., Русак Т.В., Ковалкина Е.Е., Рязанцев И.В., Коренева Е.А., Митьковская Н.П., Соловей С.П.
Биомаркеры эндотелиальной дисфункции у пациентов с обструктивной ишемической болезнью сердца с различной величиной стенозирования коронарных артерий……179

Денисенко А.С., Чулков В.С.
Влияние кардиоренометаболических факторов на достижение целей лечения псориатического артрита……...180

Диомидова В.Н., Журавлева Н.В., Пушкина Н.С., Гурьянова Е.А., Аксенова А.В.
Эпидемиологические и клинические особенности *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита в амбулаторной практике участкового врача терапевта……..181

Диомидова В.Н., Куприянов С.В., Толмачева Н.В., Смирнова Т.Л., Журавлева Н.В.
Роль амбулаторного этапа в реабилитации пациентов с ревматоидным артритом для снижения инвалидизации……182

Долгушин Г.О.
Алгоритм оценки сердечно-сосудистого риска у женщин 40 лет и старше по результатам анализа цифровых маммограмм……183

Доренская А.А., Орлова Н.С., Колесникова И.Ю.
Первичная медико-санитарная помощь при острых респираторных инфекциях……184

Дорошенко Т.В.
Опыт применения акотиамида в терапии функциональной диспепсии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа……...185

Дочкина И.С., Королева М.В.
Исследование особенностей питания и дефицитных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста со старческой астенией……..186

Дронов А.В., Перевозчикова Т.В., Журавлева А.Н., Наливайко А.А., Антропова О.Н.
Аритмии в восстановительном периоде стресс-теста — связь с сердечным ремоделированием и почесной дисфункцией…….....187

Дударев В.М., Пантюхина А.С., Шкляев А.Е.
Оценка кислотопродуцирующей функции желудка у лиц, употребляющих кофеинсодержащие энергетические напитки……..188

Дударев В.М., Пантюхина А.С., Горбунов Ю.В., Шкляев А.Е.
Негативное влияние газированных энергетических напитков на тонус нижнего пищеводного сфинктера……..189

Дударев М.В., Саркисян Д.С., Гилева О.Г., Ямолдинов Н.Р.
«Ренальные» биомаркеры как предикторы летального исхода у больных коронавирусной инфекцией COVID-19…….190

Дударев М.В., Саркисян Д.С., Шкляев А.Е., Аникаев В.П., Ямолдинов Н.Р.
Состояние сердца и респираторной системы по прошествии 2,5 лет после тяжелой коронавирусной инфекции (COVID-19) со 100% поражением легких…….191

Дылева Ю.А., Долматова С.Е., Груздева О.В., Горбатовская Е.Е.
Взаимосвязь лептинорезистентности со снижением чувствительности к инсулину при остром инфаркте миокарда…….192

Евдокимова Е.Д., Евдокимов Д.С
Спекл-трекинг эхокардиография для оценки сократимости левого желудочка в остром периоде инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста……193

Евдокимова Е.Д., Береснева В.Т., Расмагина И.А.
Оценка эндотелий-зависимой вазодилатации у пациентов с болезнью Крона……194

Евдокимов В.В., Белая О.Л., Коваленко Е.В.
Эффективность применения блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у коморбидных больных с хронической сердечной недостаточностью……195

Евсевьева М.Е., Кудрявцева В.Д., Хваталин Н.Е., Колышкин В.А.
Оценка сердечно-сосудистого риска у молодежи: место артериальной жесткости……196

Евсеева Н.А.
Клинический случай иридоциклита ассоциированного с болезнью Шегрена…….197

Еремина А.А., Пальцев А.И.
Профилактика преждевременного старения — значение природных факторов курорта «Озеро Карачи»……198

Ерохина Н.Д., Пикунова И.Н.
Опыт ранней диагностики рака щитовидной железы……199

Ефремова Е.В., Шутов А.М., Ребровская М.М.
Почечная дисфункция у пациентов старшего возраста после острых нарушений мозгового кроовобращения……...200

Жидкова Е.А., Беляева Е.А.
Трудности диагностики и проблема полисиндромности болезни Бехчета в практике врача терапевта……201

Жилина А.А., Ларева Н.В., Жигула З.М.
Показатели артериальной жесткости у пациентов с язвенным колитом……...202

Жиляев А.Ф., Чулков В.С.
Связь между уровнем витамина D и физической активностью у лиц молодого возраста…..203

Жомова М.В., Лаврухина А.А., Евгеньева А.В.
Структура заболеваемости кардиоваскулярной патологией на амбулаторном участке……...204

Жохова Т.П., Григорьева Е.В.
Лекарственно-индуцированное острое повреждение почек у коморбидной пациентки……205

Жулаушинова А.М., Кардашова М.А., Бернс С.А., Алмазова И.И.
Комплексное ведение полиморбидного пациента с очень высоким сердечно-сосудистым риском — клинический пример……....206

Журавлева Н.В., Диомидова В.Н., Смирнова Т.Л., Гурьянова Е.А., Аксенова А.В.
Роль образовательных программ в повышении приверженности к лечению у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких…….207

Завалина М.А., Курникова И.А., Чекалина М.С., Майоров В.А., Павлов А.Ф..
Клинические особенности и показатели метаболического контроля у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа по критериям кластерного анализа…….208

Загидуллин Н.Ш., Лакман И.А., Гареева Д.Ф.
Экономическое бремя — динамика прямых и косвенных потерь COVID-19……..209

Зайкова-Хелимская И.В., Войцеховский В.В., Даниленко Е.В., Даниленко С.А.
Параметры трахеобронхиального дерева здоровых лиц по данным мультиспиральной компьютерной томографии……210

Зайкова-Хелимская И.В., Войцеховский В.В., Даниленко Е.В., Даниленко С.А.
Сравнительный анализ показателей микроциркуляции у здоровых лиц и пациентов с ХОБЛ методом лазерной допплеровской флоуметрии……....211

Зеленин В.А., Никитин А.О.
Болезнь Гентингтона……..212

Зимина Т.Ю., Александров М.В., Ушакова С.Е., Пайкова А.С.
Актуальность оценки психоэмоционального статуса больных артериальной гипертонией старших возрастных групп……213

Зимина Т.Ю., Пайкова А.С., Ушакова С.Е.
Проактивное выявление хронических заболеваний у лиц молодого возраста в ходе диспансеризации……214

Зимина Ю.Д.
Молекулярно-генетические маркеры прогноза пациентов с хронической сердечной недостаточностью……...215

Зубарев М.А., Горячева О.Г.
Роль антиретровирусной терапии в формировании клинико-функционального статуса у больных с ВИЧ-инфекцией……....216

Зубарев М.А., Терехина Н.А., Терехин Г.А., Желобов В.Г., Горячева О.Г.
Влияние алкогольной зависимости на проявления клинико-фунциональной дисфункции у больных с ВИЧ-инфекцией……....217

Зубеев П.С., Зубеева Г.Н., Харламова О.В., Суслова О.А.
Показатели тревоги и депрессии у пациентов на гемодиализе……218

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.В., Белоиван Н.И.
Особенности уровня тревоги и депрессии у лиц с различным магниевым дефицитом…….219

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.Л., Жинко М.Н., Белоиван Н.И.
Оценка дефицита магния у лиц с избыточным весом и сахарным диабетом 2-го типа с помощью опросника ЮНЕСКО……220

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.В., Злобина В.П., Белоиван Н.И.
Оценка дефицита магния у лиц с артериальной гипертензией……..221

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.В., Соколов А.Н., Белоиван Н.И.
Гендерные различия дефицита магния в популяции……...222

Иваников И.О., Мясникова Е.В., Леденева Е.М., Переделкина А.И., Рябых Г.А.
Опыт применения препарата метилметионинсульфония хлорида (витамина U) у пациентов с атрофическим гастритом……...223

Иванова В.Г.
Изучение влияния железодефицитной анемии на течение хронической сердечной недостаточности……224

Иванова Л.Н., Иванов И.О., Холина Е.А.
Биохимические и сонографические изменения у больных неалкогольным стеатогепатитом в сочетании с хроническим бронхитом и ожирением……225

Иванова Э.В., Шурбаков С.М., Арсентьев А.В., Преображенская Е.В., Соленова Е.А.
Сепсис-индуцированная кардиомиопатия после эндопротезирования тазобедренного сустава — клинический случай……226

Ивахненко И.В., Запорощенко А.В.
Анализ диагностики и лечения *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний в амбулаторных условиях……..227

Ивахненко И.В., Краюшкин С.И.
Распространенность коморбидной патологии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких…….228

Иловайская И.А., Будул Н.А.
Сходства и различия соматических и метаболических изменений при приеме высоких доз глюкокортикостероидов и эндогенном гиперкортицизме — ретроспективное когортное исследование……...229

Ильина К.А., Калинина В.С., Габерман О.Е.
Гиперурикемия как фактор риска развития хронической болезни почек у работников локомотивных бригад с артериальной гипертензией……..230

Ипатов П.В., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Лукьянов М.М., Маркевич С.Ю., Драпкина О.М., Шепель Р.Н.
Алгоритм диспансерного приема врачом терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением…….231

Иркабаева М.М., Колесникова И.Ю.
Особенности независимой оценки качества образования в медицинском вузе……...232

Испавская К.С.
Роль менопаузы в развитии саркопении……...233

Ишмурзин Г.П., Пальмова Л.Ю.
Инфекционные миокардиты: все ли так просто и однозначно?.....234

Калачик О.В., Смолякова М.В.
Факторы риска неблагоприятных событий у пациентов с нефротическим синдромом и тромбоэмболическими осложнениями……..235

Калашникова Т.П., Арсеньева Ю.А., Зиновьева А.С., Тимошенко Р.С., Каменщиков Н.О., Козлов Б.Н., Бощенко А.А.
Частота встречаемости и факторы риска развития нозокомиальной пневмонии после кардиохирургических операций……236

Калашникова Т.П., Каменщиков Н.О., Зиновьева А.С., Тимошенко Р.С., Козлов Б.Н., Бощенко А.А., Арсеньева Ю.А.
Влияние ингаляционного оксида азота на функцию внешнего дыхания пациентов с ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда……237

Карзакова Л.М., Григорьева И.М., Арсентьева Т.А., Ерохина О.В., Кудряшов С.И.
Факторы риска и темпы прогрессирования мембранозной нефропатии с нефротическим синдромом……....238

Карпова И.С., Суджаева О.А.
Структурно-функциональные изменения сердца у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, перенесших COVID…….239

Карпунина Н.С.
Неблагоприятная метаболически-иммунологическая агломерация у пациентов с инфарктом миокарда в первые полгода после события……...240

Карташова П.М., Пирогова О.А.
Особенности течения рожистого воспаления у пациента с псориатическим артритом……..241

Касьянова Т.Р., Вознюк М.А., Кривенцев Ю.А., Левитан Б.Н.
Содержание фетального гемоглобина при хронических заболеваниях
печени различной этиологии…….242

Кацуба А.А., Монисов Ф.М., Залетова Т.С.
Комплексная программа восстановления после респираторных вирусных инфекций —
оценка эффективности нутритивной поддержки и физической реабилитации……...243

Квиткова Л.В., Халимова А.С.
Анализ метаболических факторов риска фолликулярной аденомы щитовидной железы…..244

Квиткова Л.В., Халимова А.С.
Дефицит микроэлементов как причина развития фолликулярной
аденомы щитовидной железы……...245

Кириллова И.Г., Семашко А.С., Потапова А.С.
Роль провоспалительных цитокинов в развитии атеросклероза периферических
артерий у пациентов с ревматоидным артритом…….246

Кичигин В.А., Абызов А.С.
Прогностическое значение клинико-лабораторных параметров на клинический исход
пациентов с острым коронарным синдромом…….247

Клестер К.В., Клестер Е.Б.
Кардиометаболический континуум и хроническая обструктивная болезнь легких:
есть ли взаимосвязь?.....248

Клестер К.В., Егхоса И.К., Клестер Е.Б.
Хроническая сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса и ожирение:
клиническая ценность уровня NT-proBNP……..249

Климова Е.Е., Царигородцева Н.О., Вострикова Н.В.
Изменение плотности костной ткани у больных гемофилией……..250

Климова Е.Е., Царигородцева Н.О., Вострикова Н.В.
Содержание коагуляционного фактора VIII у больных артериальной гипертензией…….251

Кожевникова Е.О., Слепов Ю.К., Калиш С.В., Андреев Д.Н.,
Андреев Н.Г., Маев И.В., Лямина С.В.
Показатели альфа-разнообразия кишечной микробиоты как диагностические маркеры
воспалительных заболеваний кишечника…….252

Козик В.А.
Многофакторное прогнозирование острого коронарного синдрома у пациентов
в сочетании с постковидным синдромом…….253

Кокорин В.А., Байдья А.
Прогнозирование неблагоприятных исходов у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности…….254

Кокорин В.А., Муса Х.Х.Д.
Факторы риска неблагоприятного исхода в отдаленном периоде у амбулаторных пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии……..255

Кокорин В.А., Дедов Е.И., Объедков Р.Н.
Новые возможности диагностики пресаркопении у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа: фокус на движение?.....256

Кокорин В.А., Дедов Е.И., Объедков Р.Н.
Распространенность нарушений минеральной плотности костной ткани у пациентов с пресаркопений и сахарным диабетом 2-го типа……..257

Кокорин В.А., Святов И.С., Тяжельников А.А., Дорожкова В.С., Учаева О.Н., Юмукян А.В., Вареха Н.В., Радченко А.В., Макарчев А.И.
Прогнозирование снижения скорости клубочковой фильтрации с помощью машинного обучения на основе данных диспансеризации……258

Колесникова И.Ю.
Гастроэнтерологическая симптоматика у лиц пожилого и старческого возраста……259

Кологривова И.В., Калашникова Т.П., Выросткова А.И., Арсеньева Ю.А., Зиновьева А.С., Бощенко А.А., Тимошенко Р.С.
Изменения иммунного статуса в раннем послеоперационном периоде у пациентов с ИБС после аортокоронарного шунтирования — пилотное исследование…….....260

Колпачева М.Г.
Уровень биомаркера воспаления и фиброза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом 2-го типа и гиперурикемией……..261

Корнеева Н.В., Ковалева Г.А.
Микроциркуляция у пациентов с гипертонической болезнью и фракцией выброса левого желудочка более 50% без и с хронической сердечной недостаточностью……...262

Коробейникова А.Н., Маркус Э.А.
Прогнозирование неблагоприятного исхода у пацентов с ХСНсФВ в контексте анемии…...263

Коробейникова А.Н., Глушкова В.С., Маркус Э.А.
Редкое заболевание под маской железодефицитной анемии…….264

Королев М.А., Воробьева М.А., Гончарова В.Е.
Перспективы олигонуклеотидных аптамеров в структуре таргетной терапии аксиального спондилоартрита……...265

Корягина Н.А., Корягин В.С., Трушникова М.А.
Оценка показателей старческой астении у пациентов с фибрилляцией предсердий в пожилом и старческом возрасте…….266

Костенко В.А., Скородумова Е.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Скородумова Е.Г., Рысев А.В., Сиверина А.В.
Молекулярно-генетические механизмы эндотелиальной дисфункции у пациентов с инфарктом миокарда и острой сердечной недостаточностью…….....267

Костоева Х.Я., Мацюк Н.В., Налиткина А.А., Долотказина Е.Н., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г., Тополянская С.В.
Витамин D и когнитивные нарушения в гериатрической практике……..268

Косулина В.М., Джиоева О.Н., Шперлинг М.И.
Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса у женщин среднего возраста — неблагоприятные факторы и исходы беременности в анамнезе……269

Косулина В.М., Шперлинг М.И., Иванова А.А., Джиоева О.Н.
Сравнительная характеристика функционального статуса пожилых женщин с ХСНсФВ в зависимости от наличия или отсутствия факторов неблагоприятного течения и исходов беременности в анамнезе……...270

Котляров С.Н., Оськин Д.Н.
Проведение динамического наблюдения пациентов с коморбидностью ХОБЛ + туберкулез с помощью цифровых помощников……..271

Котова Ю.А., Наговицин А.К.
Диагностическая значимость ростового фактора дифференцировки-15 у пациентов с хронической сердечной недостаточностью……...272

Котова Ю.А., Сергеева О.С.
Эффективность гиполипидемической терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца и сопутствующей гиперурикемией…….....273-274

Котовщикова Е.Ф., Сидоров Н.С.
Проблемы и перспективы определения клинического статуса недифференцированной дисплазии соединительной ткани…….275

Котовщикова Е.Ф., Буйлова Е.В., Мальцева И.В.
Маркер церебральной ишемии и его связь с провоспалительными цитокинами у лиц молодого возраста……..276

Кошлатая О.В., Ванкович Е.А., Козлов И.Д., Карпова И.С.
Отдаленные последствия COVID-19 у пациентов с ишемической болезнью сердца…….277

Краснов А.А., Петленко С.В.
«Регастим Гастро» — полифункциональный препарат для лечения хеликобактер-ассоциированного атрофического гастрита…….278

Краснопеева Н.Д., Чулков В.С.
Лираглутид в комбинации с инсулинотерапией у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа и ожирением 1-ой степени — 24-недельное открытое исследование……..279

Краюшкин С.С., Колесникова И.Ю., Апухтина М.В., Апухтин А.Ф.
Особенности врачебно-оздоровительного сопровождения женщин репродуктивной группы здоровья…….280

Кропачева Н.С., Шулятьева Н.Н., Бусыгина М.С.
Сердечно-печеночный синдром в практике врача терапевта…….281

Кудлай Д.А., Бакиров Б.А., Набиева А.А.
Клинико-лабораторные особенности у больных COVID-19 в тяжелом
и крайне тяжелом состоянии…….282

Кудряшов С.И., Карзакова Л.М.
Исследование клинико-демографических особенностей гломерулонефритов
с нефротическим синдромом…….....283

Кузьмина А.Ю.
Патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта
у пилотов гражданской авиации старшего возраста……...284

Куржос М.Н., Бубман Л.И., Кошурников Д.С., Лыткина К.А., Буриев И.М., Мелконян Г.Г., Тополянская С.В.
Изучение композиционного состава тела у раненых
с ампутированными нижними конечностями……..285

Курникова И.А., Гулова.Ш.Г., Данилина. Н.О., Мохаммед Х.Х.А.
Оценка вариабельности сердечного ритма у молодых пациентов
с абдоминальным ожирением…….....286

Кузнецов Г.Э., Тенчурина Л.Р., Зеленцова Л.Р.
Ремоделирование миокарда у женщин перименопаузального возраста……...287

Куликов И.А.
Уровень эстрадиола у пожилых мужчин с анемией неясной этиологии……..288

Куприянова Д.С., Кухарева И.Н., Соснина А.С., Трубникова О.А., Тарасова И.В.
Оценка влияния многозадачного тренинга на основе виртуальной реальности
на активность мозга у пациентов, перенесших коронарное шунтирование…….289

Кухарева Е.И., Курникова И.А., Мелешкевич Т.А., Аксенова М.С., Чалышева В.А., Кадырова Н.А., Журавлева А.С.
Клинический случай дерматомиозита после перенесенной вирусной инфекции……...290

Кухарева Е.И., Закаева Э.Р., Курникова И.А., Тарасова О.И., Аксенова М.С., Майоров В.А., Журавлева А.С.
Клинический случай язвенного колита с поражением почек……291

Кухарева Е.И., Курникова И.А., Бычкова Л.В., Тарасова О.И., Кортез Н.Ф.Г., Ракитина К.А., Журавлева А.С.
Острая болезнь почек при воспалительном заболевании кишечника —
случай в клинической практике……292

Кучин К.В., Клеменов А.В., Бутусов М.В.
Кластерный анализ в оценке типов почечных и сосудистых отношений
при артериальной гипертензии…….293

Ларина В.Н., Гаврилова А.А.
Хроническая сердечная недостаточность с супернормальной фракцией выброса — клинико-анамнестические характеристики пациентов……...294

Левашова О.В., Морозова М.А.
Анализ структуры назначения сахароснижающих препаратов у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа в условиях стационара……..295

Левашова О.В., Морозова М.А.
Фармакоэпидемиологические аспекты структуры назначения сахароснижающих препаратов у беременных в условиях стационара…….296

Левшин Н.Ю., Корчагин А.Ю., Аршинов А.В.
Воспаление, инфекция, агрегация тромбоцитов, дислипидемия и показатели субклинического атеросклероза у больных с системной красной волчанкой и инфарктом миокарда……...297

Летаева М.В., Аверкиева Ю.В., Смирнова Ю.В., Королева М.В.
Взаимосвязь приверженности терапии с тревожно-депрессивным состоянием у больных с хронической сердечной недостаточностью……298

Лилеева Е.Г., Самарина Е.И.
Эффективность генно-инженерных биологических препаратов и метотрексата при среднем и тяжелом бляшечном псориазе — ретроспективный анализ…….299

Лискова Ю.В., Старченко А.Д.
Взаимосвязь индекса глобальной функции левого желудочка с параметрами клинического профиля женщин с диабетическим фенотипом хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса…….300

Ломакина Н.А.
Анализ взаимосвязей отделов сердца при лечении физическими тренировками больных хронической сердечной недостаточностью старше 60 лет……301

Лысковцева К.С., Мелехова О.Б., Бабина Н.А., Шамарина А.М., Корягина Н.А.
Динамика распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на территории Пермского края……...302

Любавин А.В.
Хроническая обструктивная болезнь легких и фибрилляции предсердий — особенности коморбидности и влияние на отдаленный прогноз……..303

Магомедова А.Б., Маммаев С.Н., Касаева Э.А.
Особенности питания у больных с хронической сердечной недостаточностью…….304

Мазурчик Н.В., Закаева Э.Р.
Феномен макро-КФК-емии под маской статин-индуцированной миопатии……...305

Мазурчик Н.В., Кислый Н.Д., Попов А.В.
Значение социальных факторов в долгосрочной выживаемости пациентов с декомпенсированным алкогольным циррозом печени……306

Майко О.Ю.
Особенности коморбидной патологии у больных подагрой…….307

Майоров А.А., Курникова И.А., Мелешкевич Т.А., Завалина М.А., Павлов А.Ф., Майоров В.А.
Влияние гипергликемии на этапе госпитализации на развитие острого повреждения почек у пациентов с сахарным диабетом и COVID-19……...308

Майоров А.А., Курникова И.А., Мелешкевич Т.А., Завалина М.А., Павлов А.Ф., Майоров В.А.
Сравнительный анализ влияния сахароснижающей терапии на динамику скорости клубочковой фильтрации у пациентов с сахарным диабетом и COVID-19…….309

Макарова Е.В., Калинникова Л.А., Пластинина С.С., Андреева Д.Д.
Влияние синдрома саркопении на проявление диабетической полинейропатии у пациентов старшей возрастной группы с сахарным диабетом 2-го типа……..310

Макарова Н.А.
Ранжирование факторов скрининговой диагностики желчнокаменной болезни при сахарном диабете…….311

Макова Е.В., Устинова В.М., Устинов М.С.
Особенности плотностных и объемных характеристик легочной ткани у лиц с факторами риска ХОБЛ по данным компьютерной томографии…….312

Максимов В.Н., Немцова Е.Г., Иванова А.А.
Ассоциация доброкачественной неконъюгированной гипербилирубинемии с вариантами нуклеотидной последовательности генов метаболизма этанола……...313

Малахова И.Г., Шкляева Д.А., Бессонов А.Г., Шкляев А.Е.
Инфекционная коморбидность в практике терапевта: клинический случай сочетания геморрагической лихорадки с почечным синдромом и псевдомембранозным колитом……314

Маль Г.С., Хлямов С.В.
Терапия артериальной гипертензии, ассоциированной с ингибиторами VEGF……..315

Мальцева А.Н., Косинова А.А., Шаврина Е.О., Савченко А.А., Гринштейн Ю.И.
Влияние межклеточного взаимодействия и уровня Р-селектина на госпитальные исходы у пациентов после коронарного шунтирования…….316

Мальцева И.В., Котовщикова Е.Ф., Буйлова Е.В.
Генетические предикторы тромботических осложнений у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и ангиодисплазиями……...317

Маммаев С.Н.
Цирротическая кардиомиопатия — новые подходы к диагностике и лечению……..318

Мамонтова М.М., Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Пуксинг К.Н.
Неспецифическая клиническая картина ишемической болезни сердца у пациента с сахарным диабетом 2-го типа — клинический случай……....319

Марковцева М.В., Зауральская Е.Н.
Выживаемость у пациентов с хроническим лимфолейкозом……320

Мартынов А.Ю., Иркабаева М.М.
Особенности клинического течения инфаркта миокарда без обструкции коронарных артерий у молодых пациентов……321

Мартынова П.М., Руденко И.Б.
Тромбоэмболия легочной артерии у молодой женщины: все грани данной проблемы……..322

Матвиенко М.Д., Матвиенко Е.Е.
Оценка эффективности и безопасности комбинированной липидснижающей терапии у амбулаторных пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска……...323

Махинова М.М., Бубнова М.Г.
Влияние программы физической реабилитации на показатели суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру у больных с фибрилляцией предсердий после радиочастотной аблации устьев легочных вен……...324

Мензоров М.В., Олейникова А.В., Керимова С.Ф., Мензоров В.М., Денисова А.Ю.
Клинические варианты острого повреждения почек у пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с коронавирусной инфекцией……325

Мензоров М.В., Олейникова А.В., Керимова С.Ф., Мензоров В.М., Денисова А.Ю.
Частота и тяжесть острого повреждения почек у пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с коронавирусной инфекцией……326

Мещерина Н.С., Степченко М.А., Хардикова Е.М.
Трудности диагностики системной красной волчанки — взгляд на проблему……...327

Микава К.Р., Карпенко Д.Г., Врублевский А.Н.
Клинический случай выявления опухоли мозга у амбулаторного пациента пожилого возраста с неконтролируемой артериальной гипертензией…….328

Минушкина Л.О., Аллазова С.С., Затейщиков Д.А., Боева О.И., Котенко О.Н., Шилов Е.М., Новикова М.С.
Эффективность и безопасность ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа у реципиентов почечного трансплантата — открытое одноцентровое проспективное исследование……....329

Михайлис А.А.
Предикторы пароксизма фибрилляции предсердий……...330

Михайлов А.О.
Динамическая трансформация нейропсихиатрического фенотипа постковидного синдрома — проспективный анализ периодов пандемии…….....331

Михайлов А.О., Симакова А.И., Сокотун С.А., Дмитренко К.А., Белевич И.О.
Бактериальная коинфекция как фактор усугубления окислительного стресса у пациентов с COVID-19 пневмонией……..332

Михайлова З.Д., Новицкая Н.В., Клеменов А.В., Халтурина Ю.А., Митрясова Н.Б., Нуждина Н.В., Омарова Ю.В.
Электролитные нарушения и острая надпочечниковая недостаточность в дебюте рака легкого — клинический случай……...333

Михайлова З.Д., Халтурина Ю.А., Митрясов Д.А., Алушкина Н.М., Иванов Н.М., Омарова Ю.В.
Метаболический рабдомиолиз и вторичный гипопаратиреоз у пациентки с тяжелой гипокалиемией……..334

Мищенко О.И., Павлова В.Ю.
Психосоматическая патология в общеврачебной практике……...335

Мозговая Е.Э., Бедина С.А.
Активность аденозинмонофосфат-дезаминазы в сыворотке крови у пациентов с ревматоидным артритом — корреляция со степенью активности…….....336

Молчанова А.А., Медведева К.А., Антропова О.Н.
Отношение врачей общей практики к депрескрайбингу антигипертензивных препаратов у пожилых пациентов……337

Моисеева А.Ю., Ал Аутаири А., Кобалава Ж.Д.
Характеристики фенотипов состава тела по данным анализа биоэлектрического импеданса в зависимости от выраженности доменов синдрома старческой астении…….....338

Монисов Ф.М., Феофанова Т.Б., Залетова Т.С.
Комплексное исследование нутритивного статуса и состояния мышечной ткани у пациентов с ожирением и перенесших острое нарушение мозгового кровообращения……339-340

Моргунов Л.Ю., Косимов О.У.
Точность и стабильность системы флеш мониторинга глюкозы у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии……...341

Мочалов П.А., Бархатов А.А., Гоголева Т.А., Смирнов В.В.
Андрогенный дефицит — предвестник развития сердечно-сосудистой патологии у мужчин среднего возраста…….....342

Мухин В.Н., Мельникова К.Д., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г., Тополянская С.В.
Гормонально-цитокиновый и психологический профиль у пациентов с боевыми ранениями конечностей……..343

Мязин Р.Г.
Эффекты L-орнитина L-аспартата в лечении различных фенотипов неалкогольной жировой болезни печени в коморбидности с саркопенией и гипераммониемией……..344

Набойченко М.Д., Болотнова Т.В., Оконечникова Н.С.
Показатели суточного мониторирования артериального давления у пожилых больных артериальной гипертонией в ассоциации с сахарным диабетом 2-го типа…….345

Назаров И.С., Сафарова А.Ф., Тимофеева Т.М., Толкачева В.В., Кобалава Ж.Д., Хуцишвили Н.И.
Оценка распространенности сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа с использованием алгоритмов HFA-PEFF и H2FPEF……346

Небиеридзе Д.В., Никонова К.В.
Распределение индекса коронарного кальция среди пациентов высокого риска по шкале SCORE без клинических проявлений атеросклероза……347

Нестеркина И.Н., Бельских Э.С., Глотов С.И., Урясьев О.М., Столяров Э.В., Трунина Т.П., Юневич Е.А., Савельева А.А.
Рутинные клинико-лабораторные предикторы неблагоприятного госпитального исхода при инфекционном эндокардите……..348

Николаев К.Ю., Дадашова Н.Ф.
Ассоциации белков легочных сурфактантов SP-A и SP-D крови с некоторыми факторами риска у мужчин и женщин……349

Николенко Е.С., Чулков В.С., Чулков Вл.С.
Анализ уровня сывороточных биомаркеров и исходов беременностей при артериальной гипертензии белого халата……350

Никулина С.Ю., Чернова А.А., Згуевич И.М.
Гипертоническая болезнь у беременных женщин с ожирением: клиническое течение, состояние гемостаза……...351

Новикова-Назырова А.Р., Тетерина М.А., Фарзалиева Н.А., Мерай И., Кобалава Ж.Д.
Гендерные особенности пациентов с острой тромбоэмболией легочной артерии……..352

Объедкова Н.Ю., Маль Г.С.
Аутофлуоресценция конечных продуктов гликирования — удобный неинвазивный метод оценки остаточного кардиоваскулярного риска……...353

Оганян Р.Б., Устинов М.С.
Эффективность терапии хронической формы мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейн-Барр……354

Осипова И.В., Гетмоненко Я.В.
Особенности фибрилляции предсердий при синдроме старческой астении……355

Осипова О.А., Полякова О.А., Сердюкова А.В.
Влияние каротидной эндартерэктомии на нейропсихологический статус больных с атеросклерозом сонных артерий……....356

Осипова О.А., Полякова О.А., Брижанева А.С.
Маркеры снижения инотропной функции левого желудочка у пациентов ишемической болезнью сердца через 6 месяцев после коронарного шунтирования……..357

Осокина Н.Л., Шулькина С.Г.
Особенности вегетативной дисфункции у больных артериальной гипертонией, сахарным диабетом 1-го типа в сочетании с ортостатической гипотонией……...358

Павленко В.И., Кулик Е.Г.
Долгосрочное влияние перенесенной коронавирунсой инфекции на газовый и электролитный состав крови у больных ХОБЛ……359

Павленко В.И., Бабкина А.А.
Роль сочетания хронической обструктивной болезни легких и повышенной жесткости артериальной стенки в формировании ренальной дисфункции……360

Павлова А.А., Павлова В.А., Жмайлова С.В., Вебер В.Р.
Влияние возраста пациентов с артериальной гипертензией на ремоделирование сосудов при различных уровнях ренина крови……...361

Павлова В.Ю.
Тромбоз: от симптома к диагнозу……362

Павлова С.И., Абржин Д.С., Догов Д.О., Емеева Н.Г., Жучкова С.М.
Анализ частоты синдрома Жильбера на основе определения полиморфизма UGT1A1 среди жителей Чувашской Республики — предварительные результаты……363

Павлунина Т.О., Румянцева В.А., Жулаушинова А.М.
Клинический проявления синдрома Буден-Мортье: акцент на дилатацию аорты и стратегию стабилизации артериального давления……...364

Панкова Е.Д., Чулков В.С.
Кардиометаболический профиль и сосудистая жесткость у лиц молодого возраста……..365

Парцерняк А.С., Бакирова А.Э.
Роль цитокинов в патогенезе развития и течения железодефицитной анемией……..366

Пасынкова О.О., Ацель Е.А., Красильников А.В.
Особенности липидного профиля у пациенток с маммографически выявленными сосудистыми кальцинатами молочных желез в разных возрастных группах……..367

Пашкова А.А., Великая О.В., Великий А.В., Недомолкина С.А.
Коморбидность анемии и инфаркта миокарда……....368

Петриков А.С., Белых В.И.
Влияние длительного лечения сулодексидом на число тромбоцитов у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями……...369

Петриков А.С., Котовщикова Е.Ф., Белых В.И.
Влияние сулодексида на коллаген-агрегацию тромбоцитов у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями и гиперагрегационным синдромом……370

Петров К.И., Галенко А.С.
Токсическая дилатационная кардиомиопатия у молодой женщины с ВИЧ-инфекцией — клинический случай……...371

Пилипенко В.Е.
Соотношение факторов риска и жесткости сосудистой стенки у больных артериальной гипертонией в зависимости от уровня физической активности……372

Победенная Г.П., Бисов А.С.
Особенности формирования системного воспаления у больных с внебольничной пневмонией, коморбидной с ГЭРБ……...373

Поважная Е.С., Томачинская Л.П.
Особенности назначения лечебных физических факторов в комплексной терапии язвенной болезни…….374

Повзун А.С.
Распространенность коморбидных заболеваний мочевыделительной системы при остром суставном синдроме……...375

Подсадникова А.С., Антропова О.Н.
Скрининговая шкала оценки риска развития сердечной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа…….376

Позднякова Н.В., Денисова А.Г.
Клинико-инструментальная оценка электрической нестабильности при некоронарогенных заболеваниях миокарда……..377

Полунина О.С., Севостьянова И.В., Полунина Е.А., Прокофьева Т.В.
Индекс эндогенной интоксикации при инфаркте миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких при одно- и многососудистом поражении……..378

Полунина О.С., Севостьянова И.В., Полунина Е.А., Остроухова Э.В.
Коэффициент интоксикации у больных инфарктом миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких…….379

Полунина О.С., Севостьянова И.В., Полунина Е.А., Перова Н.Ю., Остроухова Э.В.
Комплаентность пациентов после протезирования митрального клапана……...380

Полякова О.А., Царева М.В.
Пероральный прием цианокобаламина у пожилых людей с пернициозной анемией…….381

Пономарев М.Л., Горбунов А.Ю.
Особенности внебольничной пневмонии с тяжелым течением — новые возможности медикаментозной терапии…….382-383

Пономарева О.В.
Предикторы неблагоприятного исхода у пациентов кардиоренометаболического профиля с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса……384

Потапова А.С.
Роль провоспалительных цитокинов в развитии атеросклероза периферических артерий у пациентов с ревматоидным артритом……...385

Привалова Н.И., Смирнова И.Н.
Эффективность электромагнитных волн миллиметрового диапазона
в комплексном лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника…….386

Приходько О.Б., Абулдинова О.А.
Постковидный синдром у пациентов с нетяжелой коронавирусной инфекцией……387

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Приходько К.С.
Особенности клинического проявления бронхиальной астмы во время беременности……388

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.
Адаптивные возможности новорожденных от матерей с бронхиальной астмой……389

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Приходько К.С.
Специфика клинических проявлений бронхиальной астмы в послеродовом периоде……...390

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Приходько К.С.
Необходимость совершенствования системы медико-социальной помощи
семьям группы социального риска……...391

Прохоров Д.Ю.
Риск профессионального выгорания у студентов шестого курса медицинского вуза……392

Пунин А.А., Рачеева Ю.В., Петухов И.В., Елистратов Н.Д.
Зависимость показателей сатурации крови от положения тела у больных
с заболеваниями органов дыхания……393

Радченко А.В., Кокорин В.А., Гимадиев Р.Р., Гольдберг А.С., Стуклов Н.И., Вареха Н.В., Макарчев А.И., Чаусова С.В., Щеголев О.Б., Вареха Л.А.
Расчет уровня холестерина липопротеинов невысокой плотности на основе
лабораторных данных диспансеризации с помощью машинного обучения……394

Ребров Б.А., Блудова Н.Г., Пахомов Н.А., Князева А.К.
Важность факторов риска НПВП-гастропатии у больных ревматоидным артритом…….395

Ребров Б.А., Пахомов Н.А., Князева А.К.
Особенности эндоскопических проявлений НПВП-гастропатии
у больных ревматоидным артритом…….396

Реброва А.Б., Блудова Н.Г., Благинина И.И., Князева А.К., Ребров Б.А.
Способ коррекции субклинической гипотиреоидной дисфункции
у больных ревматоидным артритом…….397

Резник Е.В., Алиева Л.Х., Фефелова В.А.
Пациент с миодистрофией Дюшенна и хронической сердечной недостаточностью…….398

Резник Е.В., Фефелова В.А., Алиева Л.Х.
Анализ проспективного госпитального регистра — психоэмоциональный статус
пациентов с сердечной недостаточностью……..399

Решетникова Л.К., Сулима М.В.
Эффективность использования Осельтамивира у пациентов с внебольничной пневмонией, сочетающейся с вирусным респираторным заболеванием……400

Ржавцева Т.С., Карамнова Н.С., Куценко В.А., Швабская О.Б., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Максимов С.А., Евстифеева С.Е., Муромцева Г.А., Капустина А.В., Котова М.Б., Шальнова С.А., Драпкина О.М.
Позитивная динамика привычек питания лиц с артериальной гипертонией в российской популяции……401

Ризатдинова Ф.Н., Фейсханова Л.И.
Особенности структурно-геометрического ремоделирования миокарда у пациентов с псориатическим артритом……402

Ромащенко О.В.
Валидность методики тестирования цитопротектора in vitro при моделированной ишемии миокарда……..403

Ромащенко О.В.
Цитофлавин in vitro и in vivo — энергокоррегирующий эффект при моделированной ишемии миокарда……..404

Руина О.В., Мельниченко О.В., Жукова О.В., Герман В.В., Лукина Е.А.
Методы борьбы с антибиотикорезистентностью: разработка протоколов лечения……405

Румянцева О.И.
Клиническая эффективность интервальной гипокси-гипероксической терапии в коррекции кардиоваскулярных параметров у пациентов с бронхолегочной патологией…406

Руф Р.Р., Шабалин В.В., Гринштейн Ю.И.
Характеристика сердечно-сосудистого здоровья населения крупного сибирского региона по отдельным элементам шкалы Life’s Essential 8……...407

Савченко М.А., Колезнев С.Ю., Ляшенко А.М., Козик В.А.
Организация помощи пациентам с острым коронарным синдромом в региональном сосудистом центре……408

Садырин Р.В., Мельниченко О.В., Руина О.В., Герман В.В., Лукина Е.А.
Острый инфаркт миокарда у молодого пациента с генетической склонностью к риску тромботических осложнений……409

Садырова Д.А., Синицына Д.А., Наговицин А.К.
Применение биомаркеров для совершенствования дифференциальной диагностики кардиомиопатии такоцубо……410

Сазонова А.Д.
Синдром Нунан и аденома гипофиза — сложности диагностики……411

Сайфутдинов Р.И., Бугрова О.В., Редюков А.В., Пчеляков И.М.
Факторооры сердечно-сосудистого риска в зависимости от локализации тромботического процесса……...412

Саликова С.П., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Буненкова Г.Ф.
Взаимосвязь жесткости печени со структурно-функциональным состоянием миокарда у пациентов с ранними стадиями хронической сердечной недостаточности……..413

Саликова С.П., Гриневич В.Б., Буненкова Г.Ф.
Оценка функционального состояния печени у пациентов с фибрилляцией предсердий…...414

Саликова С.П., Гриневич В.Б., Буненкова Г.Ф.
Стеатоз печени как фактор прогрессирования фибрилляции предсердий……..415

Салимова Л.М., Молоствова А.Ф.
Дифференциально-диагностический поиск при серповидно-клеточной анемии — клинический случай……..416

Салихова С.И., Тавлуева Е.В.
COVID-19 — как фактор неблагоприятного прогноза у больных с инсультом: повышение смертности в сравнении с пациентами без коронавирусной инфекции……...417

Самарина Е.И.
Изучение степени саморегуляции и эмоциональной лабильности в стрессовых условиях студентов медицинского университета……418

Саможенова П.С., Саморукова Е.Н., Горулева Е.И., Фомина Е.И.
Использование теста 6-минутной ходьбы в предоперационной оценке при плановых несердечных операциях……419

Самородная И.В., Какорина Е.П., Драпкина О.М., Шепель Р.Н.
Динамика и структура случаев госпитализации пациентов по поводу ишемической болезни сердца в Российской Федерации……....420

Саркисян Л.Л.
Кардиоваскулярные осложнения комбинированной терапии рака легкого — результаты проспективного когортного исследования……...421-422

Севостьянова И.В., Полунина О.С., Прокофьева Т.В., Полунина Е.А.
Корреляционные взаимсвязи между уровнем белка Клото и клинико-анамнестическими и биохимическими показателями у больных артериальной гипертензией……..423

Седякина Ю.В.
Анализ и диагностика эрозивно- язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с инфарктом миокарда 1-го и 2-го типа……..424

Селиванов Ф.О., Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Дорогова Э.А.
Оценка традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с гиперурикемией……425

Сентякова Т.Н., Блинкова М.А.
Случай быстропрогрессирующей миксомы сердца после инфекции COVID-19……426

Сергеева В.А.
Частота встречаемости респираторной саркопении среди пациентов гериатрического стационара……....427

Сергеева Е.С., Малышенко О.С.
Осведомленность пациентов о рациональном применении антибиотиков…….428

Сергеева Е.С., Малышенко О.С.
Осведомленность студентов лечебного факультета медицинского вуза о рациональном применении антибиотиков……429

Сеськина А.А., Куркина Н.В.
Острая перемежающаяся порфирия — семейные случаи заболевания……430

Сидоров Е.А., Макова Е.В., Устинова В.М., Устинов М.С.
Исследование индекса Агатстона у пациентов с различными исходами новой коронавирусной инфекции……431

Симонова Ж.Г., Носкова Е.В.
Клиническое наблюдение ассоциации жировой болезни печени, связанной с метаболической дисфункцией и острым инфарктом миокарда в молодом возрасте……...432

Синеглазова А.В., Нуриева А.Р.
Ассоциация остеоартрита с различными фенотипами ожирения у лиц молодого и среднего возраста…….433

Синеглазова А.В., Фахрутдинова А.Ш.
Комплексная оценка приверженности у лиц молодого возраста с различной динамикой кардиометаболического риска……..434

Синеглазова А.В., Асатуллина З.Р.
Ожирение и НАЖБП как предикторы повышения пред- и постнагрузки на сердце у лиц молодого возраста……..435

Синеглазова А.В., Нуриева А.Р.
Взаимосвязь остеоартрита с кардиометаболическими факторами риска у лиц молодого и среднего возраста……...436

Скворцов В.В., Сараев С.С.
Постковидный синдром со стороны дыхательной системы у пациентов после COVID-19: клинико-функциональное исследование и анализ патогенетических механизмов……437

Склянная Е.В., Кардашевская Л.И.
Случай тромбоэмболии легочной артерии, осложнившей лечение гепарином илеофеморального тромбоза, спровоцированного заместительной гормонотерапией……..438

Скородумова Е.А., Повзун А.С., Щемелева Е.В.
Острое повреждение почек у пациентов с подагрой при остром коронарном синдроме…...439

Скородумова Е.А., КостенкоВ.А., Скородумова Е.Г., Луцик Е.А.
Факторы риска развития повторного инфаркта миокарда вследствие нарушения проходимости стента — результаты факторного анализа……..440

Смирнова Е.А., Низов А.А., Лапкин М.М., Отмахова О.В., Гиривенко А.И.
Особенности динамики состояния неспецифических адаптационных систем организма у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ…….441

Смирнова И.Н., Марицкая Е.А.
Хивамат-терапия как метод коррекции иммунной дисфункции в комплексной медицинской реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и эндоваскулярную реваскуляризацию……..442

Смирнова М.П., Чижов П.А., Корсакова Д.А.
Взаимосвязь маркера фиброза sST2 с показателями ремоделирования левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью…….443

Смирнова М.С., Корчукова В.В.
Сложность дифференциальной диагностики миксомы и тромба правого предсердия — клинический случай……...444

Смирнова М.С., Эделев А.С.
Уровень достижения контроля больных бронхиальной астмой средней тяжести в клинической практике……445

Смирнова Ю.В., Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Малышенко О.С.
Поражение легких у пациентки с ревматоидным артритом……..446

Спицина С.С.
Клинический случай инфекционного эндокардита у пациента с анкилозирующим спондилоартритом…….....447

Спицина С.С.
Терапия канакинумабом у пациента с рефрактерной болезнью Стилла взрослых — быстрый и стойкий клинический ответ……448

Соколова О.В., Куприянова В.В., Ромащенко О.В.
Педагогический ресурс любви к ученику как фактор, определяющий самооценку и успешность обучения студентов-медиков……449

Соколова Т.А., Юрина Д.П., Харламова У.В.
Оценка состояния почек у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника……..450

Сокольникова Е.С., Азарова Ю.Э., Полоников А.В., Солодилова М.А.
Связь полиморфных вариантов генов ферментов биосинтеза глутатиона (GCLC, GCLM, GSS) с атеросклеротическим поражением коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца……..451

Соловьева М.А., Куркина Н.В., Сеськина А.А.
Многолетнее ведение пациента с болезнью Крона, осложненной стенозирующей формой и внекишечными проявлениями…….452

Соснин Д.Ю., Ермачкова Л.В., Ахмадзянова А.Р., Ховаева Я.Б.
Частота и значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани при остром коронарном синдроме — одноцентровое наблюдательное исследование……...453

Срожидинова Н.З., Саидакбарова Ф.Т.
Антигипертензивная и антиремоделирующая эффективность сакубутрила/валсартана у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и артериальной гипертензией……....454

Старицына Е.В., Дударева В.А., Шарушкина С.В., Цыренова А.А., Мишко М.Ю.
Расчет скорости клубочковой фильтрации у пожилых пациентов
с сахарным диабетом 2-го типа…….455

Стаценко М.Е., Гузенко Д.С.
Состояние почек и ригидность магистральных артерий у больных с артериальной
гипертонией и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей……...456

Стаценко М.Е., Макаров Л.А., Деревянченко М.В.
Роль инсулинорезистентности в структурных изменениях миокарда у пациентов
с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями…….457

Стаценко М.Е., Макаров Л.А., Деревянченко М.В.
Роль инсулинорезистентности в почечных нарушениях при коморбидной патологии:
артериальной гипертензии, ожирении и сахарном диабете 2-го типа……..458

Стаценко М.Е., Тыщенко И.А., Титаренко М.Н., Лопушкова Ю.Е., Косивцова М.А., Туркина С.В.
Частота выявления нарушения функции почек у пациентов с НАЖБП
и нормальной массой тела…….459

Степанова М.В., Дехарь В.В., Танков С.В.
Гендерные особенности распространенности скрытого ожирения
у лиц молодого возраста, подверженных влиянию нерационального питания……....460

Столбова Е.А.
Медицинская профилактика и оздоровление населения — роль Центра здоровья…….461

Стуров Н.В., Попов С.В., Иванов З.А.
Клинические особенности дисбиоза кишечника в зависимости от состава кишечной
микробиоты у пациентов с мочекаменной болезнью…….462

Судакова Е.В., Михайлова О.Д., Судакова А.В.
Клинический случай распространенной пятнисто-папуллезной токсикодермии токсико-
аллергической формы острого течения……463

Суздалева И.А., Никулина С.Ю., Кардашова О.О., Чернова А.А.
Анализ лейкоцитарных индексов у профессиональных спортсменов в прогнозировании
неблагоприятных исходов тренировочного и соревновательного процессов……..464-465

Сулима М.В., Решетникова Л.К.
Микробиота у больных с ХОБЛ и ее коррекция…….466

Тарасова О.И., Мазурчик Н.В., Гимадиев Р.Р., Кокорин В.А., Радченко А.В., Щеголев О.Б., Губина Е.В., Артемьева О.А., Адаменко О.А.
Усовершенствование неинвазивной диагностики фиброза печени
с помощью инструментов машинного обучения…….467

Тарасова Л.В., Цыганова Ю.В.
Особенности метаболического статуса у пациентов с язвенным колитом……..468

Тарашвили Э.Г., Тахирзаде А.М., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А.
Протезы «БАСЭКС» в сердечно-сосудистой хирургии…….469

Тарашвили Э.Г., Тахирзаде А.М., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А.
Феохромоцитомы (параганглиомы) надпочечников у больных с артериальной гипертензией — результаты хирургического лечения……470

Темникова Т.Б., Кухарева И.Н., Горбатовская Е.Е., Трубникова О.А.
Применение многозадачного когнитивного тренинга в виртуальной реальности у пациентов после коронарного шунтирования……..471

Терехов И.В.
Коррекция стресс-активируемых сигнальных путей в лимфоцитах у перенесших пневмонию пациентов……...472

Тимофеев Ю.С., Гострый А.В., Джиоева О.Н., Драпкина О.М., Рахмонова Ш.М.
Анализ сывороточной концентрации каспазы-8 у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от фракции выброса левого желудочка……..473

Толмачева А.А., Тулупова Д.В., Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д.
Ассоциация полиморфизмов генов натрийуретических пептидов у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа……474

Толмачева А.А., Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д.
Ключевые вопросы медицинской реабилитации пациентов с кардиометаболическими заболеваниями……...475

Тополянская С.В., Голимбекова М.В., Бубман Л.И., Пилярова М.Х., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г., Куржос М.Н.
Болевые синдромы у пациентов с боевыми травмами конечностей…….476

Тополянская С.В., Костоева Х.Я., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Буриев И.М., Мелконян Г.Г., Пилярова М.Х.
Почечное повреждение у пациентов с боевыми травмами……477

Топоркова В.Р., Шокина С.В.
Догоспитальный тромболизис пациентам при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST……478

Туркина С.В.
Оценка индекса воспалительной нагрузки у пациентов с ишемической болезнью сердца и неалкогольной жировой болезнью печени……...479

Туркина С.В., Горбачева Е.Е.
Оценка индекса округлости тела у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и нормальной массой тела……...480

Тюрин А.В., Ахиярова К.Э.
Болевой синдром и минеральная плотность костной ткани у лиц с гипермобильным синдромом — точки соприкосновения……481

Тюрин А.В., Галина И.И.
Оценка частоты встречаемости остеоартрита у женщин с низкой минеральной плотностью костной ткани…….482

Тяжельников А.А., Святов И.С., Дорожкова В.С., Носкова К.К., Гимадиев Р.Р., Юмукян А.В., Учаева О.Н., Гольдберг А.С., Чаусова С.В., Радченко А.В., Макарчев А.И.
Прогностическая модель для выявления гиперурикемии по данным диспансеризации на основе машинного обучения……483

Уклистая Е.А., Белякова И.С., Уклистая Т.А.
Генетические предикторы развития легочного сердца при хронической обструктивной болезни легких……484

Урясьев О.М., Соловьева А.В., Глотов С.И., Чуфистова Ю.Ю., Волкова Е.В., Берстнева С.В.
Особенности артериальной гипертензии при коморбидной патологии — сахарном диабете 2-го типа в сочетании с первичным гипотиреозом……..485

Устинова В.М., Макова Е.В., Устинов М.С.
Визуально-функциональная характеристика лиц с факторами риска ХОБЛ преимущественно эмфизематозного и бронхитического фенотипов……....486

Устьянцева Н.П., Соколова Т.А.
Формирование кардиоваскулярной патологии при производственной вибрации……...487

Фадеева С.С., Григорьева О.Г., Хичина Н.С., Комаров В.Т.
Результаты лечения секукинумабом пациентов с анкилозирующим спондилоартритом и медицинская реабилитация в условиях стационара……488

Фаденберг Н.Э., Клещева А.В.
Спирометрия как важный метод диагностики в диспансеризации взрослого населения у лиц различных групп здоровья, перенесших внебольничную пневмонию……...489

Федоренко А.А., Поправко Е.М., Суворов М.А., Курышева М.А.
Патология пищевода у пациентов с ишемической болезнью сердца……490

Федорова Г.С.
Особенности поражения миокарда у пациентов с псориатическим артритом…….……491

Федорова Е.В., Шерегова Е.Н., Безымянный А.С., Кладовикова О.В., Ларина В.Н., Лунев В.И.
Выявление кластера высокого риска неблагоприятного исхода у амбулаторных пациентов кардиологического профиля со сходной приверженностью терапии……...492

Феофанова Т.Б., Залетова Т.С.
Индивидуализированная диетотерапия на основе непрямой калориметрии у пациентов с морбидным ожирением……...493

Филимонов В.И., Белова Б.Г., Смирнова М.А., Ромащенко О.В.
Платная форма обучения в медицинском университете как фактор риска психологического неблагополучия и низкой успеваемости студентов……494

Филюшин О.В., Филатова Т.Е.
Стресогенное воздействие на миокард — краеугольный камень или недооцененный фактор риска сердечно-сосудистой патологии……495

Фомина Н.В., Скрипко В.А.
Вазоспастическая стенокардия — клинический случай……....496

Фомина Н.В.
Качество жизни у пациентов с ХБП С5 в группе с саркопенией……..497

Фомина Н.В., Уткина Е.В.
Когнитивный статус пациентов с ХБП С5 в зависимости от наличия саркопении……498

Фомина Е.И., Саморукова Е.И., Ахмедярова Л.Б., Саможенова П.С.
Расчет периоперационных рисков у коморбидного больного ХОБЛ……...499

Хайрулин Р.И., Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н., Абдулганиева Д.И.
Ультразвуковое исследование — оценка саркопении у пациентов с циррозом печени…….500

Хардикова Е.М., Степченко М.А.
Интуиция и клинические рекомендации — возможна ли взаимосвязь в реальной клинической практике?.....501

Хардикова Е.М., Мотузова В.В., Никулочкина В.А., Степченко М.А.
Место трепанобиопсии в диагностике истинной полицитемии……502

Ховаева Я.Б., Панькова А.И., Ермачкова Л.В.
Отдаленные исходы у больных хронической обструктивной болезнью легких с учетом состояния жирового обмена……..503

Хохлов М.П.
Опыт применения сипингового питания при обострении бронхиальной астмы с преобладанием аллергического компонента……....504

Хромцова О.М., Фоминых М.И., Дорохина К.Р.
Клинический случай сочетания острого инфаркта миокарда и тромбоэмболии легочной артерии…….505

Хусаинова Р.И., Тюрин А.В.
Возможности высокопроизводительного секвенирования в клинической практике……..506

Целикова Л.Р., Руденко И.Б.
Миксома сердца в практике врача: как распознать и что делать?.....507

Чемес Д.В., Тюльтяева Л.А., Сергеева В.А.
Психические нарушения среди гериатрических пациентов при наличии саркопении и саркопенического ожирения……..508

Черепанова В.В., Курышева М.А.
Клинические маски антифосфолипидного синдрома……509

Чернова А.А.
Анализ хирургических вмешательств при опухолях сердца……510

Чулков В.С., Гаврилова Е.С.
Анализ распространенности основных факторов риска кардиометаболических заболеваний среди студентов медицинского университета……..511

Чушинская М.М.
Возможности применения универсального опросника жалоб гастроэнтерологического профиля для автоматизированного сбора данных в клинической практике……512

Чушкин М.И.
Оптимальное количество попыток форсированной спирометрии для качественного результата……...513

Чушкин М.И., Черных Н.А.
Прогностические факторы клапанной бронхоблокации у больных с деструктивным туберкулезом легких: нарушение функции легких и лекарственная устойчивость……514

Шаповалова А.Б.
Особенности кардиометаболического риска у полиморбидной пациентки молодого возраста, перенесшей бариатрическую операцию……515

Шаповалова А.Б.
Оценка кардиометаболического риска при впервые выявленном постменопаузном остеопорозе……..516

Шарафетдинов Х.Х., Пилипенко В.В., Плотникова О.А., Алексеева Р.И.
Индекс триглицериды-глюкоза и уровень витамина D у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и сопутствующим ожирением……517

Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Алексеева Р.И., Пилипенко В.В.
Лодыжечно-плечевой индекс и его зависимость от липидных показателей у пациентов сахарным диабетом 2-го типа……518

Шарипов З.А., Петрова М.В., Файзиева Н.И., Ахмедова Д.Б., Шарипов Ш.А., Абдуллоев А.З.
Клинические эффекты высокопоточной оксигенации у пациентов с дыхательной недостаточностью на фоне острой декомпенсации сердечной недостаточности……519

Шван Л.Ю.
Деструктивная пневмония у пациента с ХОБЛ……...520

Шерстобитова Т.В.
Особенности наблюдения за больными со злокачественными новообразованиями после проведенного лечения……521

Шерстобитова Т.В.
Особенности раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний у лиц, работающих в условиях крайнего севера вахтовым методом……..522

Ширяева Н.Ю., Живчикова Е.В., Умерова А.Р., Голубкина Е.В.
Реакция гуморального иммунитета у больных гастритами, ассоциированными с хеликобактерной инфекцией……..523

Шкляев А.Е., Чупина М.С.
Оценка колоинтестинальной миоэлектрической активности у пациентов с синдромом раздраженного кишечника…….524

Шуматова Н.В.
Трудности в диагностике силикотуберкулеза — клинический случай……525

Шуматова Н.В.
Синдром Каплана — клинический случай редкого осложнения силикоза……..526

Шуматова Н.В.
Течение пневмокониозов в постэкспозиционном периоде……527-528

Щемелева Е.В., Повзун К.А., Ковальчук Е.Ю., Костенко В.А., Повзун А.С.
Распространенность коморбидных заболеваний дыхательной системы при остром суставном синдроме……...529

Щемелева Е.В., Повзун К.А., Ковальчук Е.Ю., Костенко В.А., Повзун А.С.
Распространенность коморбидных заболеваний сердечно-сосудистой системы при остром суставном синдроме……...530

Эрдес Ш.Ф., Агафонова Е.М.
Факторы прогрессирования коксита у пациентов с аксиальным спондилоартритом — результаты двухлетнего динамического наблюдения……531

Эрдес Ш.Ф., Елисеев М.С., Урумова М.М., Агафонова Е.М.
Аксиальный спондилоартрит или подагра?.....532

Эшматов О.Р., Баталов Р.Е.
Эффективность и безопасность антитромботической терапии у пациентов с предсердными тахиаритмиями после интервенционного лечения…….533

Южакова Е.В.
Рецидив мочекаменной болезни у пациентки с метаболическим синдромом — клинический случай……...534

Юрова С.А., Деев Д.А.
Роль гормонально-адипокиновых нарушений в развитии ишемической болезни сердца у мужчин с ожирением……...535

Юсупова А.О., Пахтусов Н.Н., Слепова О.А., Гинзбург М.Л., Беленков Ю.Н., Аль Ахдал М.Х.С.
Матриксные металлопротеиназы (ММЗ-1, ММЗ-9, ММЗ-14) у больных стабильной ИБС с обструктивным и необструктивным поражением коронарных артерий……....536

Юсупова А.О., Слепова О.А., Пахтусов Н.Н., Беленков Ю.Н., Калинина М.И.
Активность процессов воспаления и фиброобразования у больных ишемической болезнью сердца с различными вариантами поражения коронарных артерий……537

Юсупова А.О., Слепова О.А., Пахтусов Н.Н., Беленков Ю.Н., Сипливый В.И., Кинтюхина Н.П., Энхтайван Б.
Взаимосвязь скорости клубочковой фильтрации (CKD-EPI) с показателями микроциркуляции сетчатки и конъюнктивы у пациентов с ИБС……..538

Яковлев М.Ю., Князева Т.А., Гришечкина И.А.
Сравнение результатов санаторно-курортного лечения различной продолжительности при артериальной гипертензии…….539

Якупов А.Ш., Манн Ю.А., Егорова Л.А., Мясоедова Е.И.
Структура причин отстранений от рейса (смены) по результатам проведения предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров с использованием медицинских изделий……..540

Янин А.С., Дубоносова С.В.
Клинический случай впервые выявленного стеноза двустворчатого аортального клапана и аневризмы восходящего отдела аорты у пациента среднего возраста, занимающегося тяжелой атлетикой……..541

Ярцева С.В., Победенная Г.П., Скиба Т.А.
Оксидативный стресс и его лимитирование у больных бронхиальной астмой в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа…….542

Ясновская А.А., Дедов Е.И.
Успешная практика экстрокорпоральной мембранной оксигенацией (ЭКМО) у пациентов в условиях городской клинической больницы…….....543

Яцына И.В., Шеенкова М.В.
Клинические особенности артериальной гипертензии работников вредных производств…544

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО И ПОВТОРНОГО КУРСА ТЕРАПИИ ПРЕДНИЗОЛОНОМ ПАЦИЕНТОВ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА НА ОСНОВЕ ПОСТРОЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ «ДОЗА-ЭФФЕКТ»

Абдулганиева Д.И., Алексеева А.А.
ООО «Клиника семейного врача +», г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Высокая противовоспалительная активность системных кортикостероидов (КС) сохраняет их актуальность в лечении язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК), Эффективность повторного курса КС изучена недостаточно.
Цель исследования. Определить эффективность первого и повторного курса терапии преднизолоном (П) пациентов ЯК и БК с использованием построения зависимости «доза-эффект».
Материалы и методы. Обследовано 86 пациентов средней и тяжелой степени: 61 — ЯК, 25 — БК. Для индукции ремиссии пациентам впервые назначали П в начальной дозе от 30 до 60 мг/сутки с последующим снижением дозы до полной отмены. 28 пациентам из этой же группы при обострении в течение года был назначен П в качестве повторного курса лечения. Эффект терапии оценивали на момент полной отмены препарата. Конечной точкой было достижение клинической ремиссии: количественный индекс активности Мейо (ИМ) 0-1 (9 бальная шкала) и значение индекса активности болезни Крона (ИАБК) ≤ 150 баллов. Построение зависимости «доза-эффект» проводили по оригинальной методике с учетом индивидуально назначенной дозы П и индивидуального отклика на лечение со статистическим преобразованием исходных клинических данных в наглядный график.
Результаты. Построены два графика зависимости «доза-эффект» преднизолона. По результатам построения графиков была установлена оптимальная клинически эффективная доза (ОКЭД), определяемая как начальная точка выхода функции эффективности на плато и отражающая уровень насыщения признака — величину максимально возможной эффективности препарата. ОКЭД преднизолона для первого курса терапии составила 50.70 ± 0.65 (49.41÷51.98) мг (p = 0.05) с максимальным вероятностным эффектом в диапазоне 82.21 ± 8.23 (66.08÷98.33) % (p = 0.05). ОКЭД для повторного курса терапии КС с выходом на плато составила 51.43 ± 1.55 (48.24÷54.61) мг (p = 0.05) с вероятностью эффекта 40.02 ± 12.86 (13.59÷66.45) % (p = 0.05).
Выводы.
По результатам построения и анализа зависимости «доза-эффект» с определением сопоставимых оптимальных клинически эффективных доз показано снижение эффективности повторного курса терапии преднизолоном у больных ЯК и БК на 42,19%.

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Абдулганиева Д.И., Купкенова Л.М., Шамсутдинова Н.Г., Мясоутова Э.Р.
ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», г. Казань, Россия

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) представляют собой актуальную проблему современной гастроэнтерологии, что связано с ростом заболеваемости, пожизненным рецидивирующим течением, распространенностью заболевания преимущественно среди лиц молодого трудоспособного возраста. Среди наиболее распространенных внекишечных проявлений при БК и ЯК относится и поражение костной системы в виде нарушения минерализации костной ткани с возможным развитием остеопении и остеопороза (ОП). Ранняя диагностика этих изменений позволит определить подход к коррекции костных нарушений с учетом активности основного заболевания и проводимой терапии.
Цель исследования. Оценить особенности изменений минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и маркеры остеорезорбции и остеосинтеза, уровень 25-гидроксивитамина D у молодых пациентов с ВЗК.
Материалы и методы. В исследование были включены 123 пациента молодого возраста (до 44 лет) с верифицированными диагнозами ЯК (n=70) и БК (n=53), из них 54 женщины и 68 мужчин, возраст 35±6,34 года со средним возрастом дебюта заболевания 24,06±7,24 года. Длительность заболевания составила 5 [2; 9,25] лет. г. Оценивались маркеры костного метаболизма и его регуляторов: остеокальцин (нг/мл), Beta-Cross Laps (нг/мл), P1NP (нг/мл), оценивался уровень витамина D (нг/мл). Для диагностики ОП всем была выполнена оценка МПКТ с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.
Результаты. Из 123 пациентов ВЗК у 13,8% (17 пациентов) молодого возраста было выявлено снижение костной массы ниже возрастной нормы по данным показателей двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. При оценке параметров костного ремоделирования выявлены изменения у большего количества пациентов — 39 (31%), при этом все три маркера были изменены у 1 пациента, одновременное повышение Beta-Cross Laps и P1NP было выявлено у трех пациентов, изолированное повышение Beta-Cross Laps — у 11 пациентов, изолированное повышение P1NP — у 24 пациентов. Уровень витамина D был снижен у всех пациентов в исследовании.
Выводы.
Полученные результаты демонстрируют, что у молодых пациентов с ВЗК имеются отклонения МПКТ от нормальных значений, что подчеркивает необходимость мониторинга костного метаболизма у данной категории пациентов для ранней диагностики изменений костной ткани.

ЭКСПРЕССИЯ микроРНК-21 И БЕЛКА ЛРП6 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ И НЕОБСТРУКТИВНОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Абидаев М.Ю., Юсупова А.О., Пахтусов Н.Н., Слепова О.А., Беленков Ю.Н.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) сохраняет лидирующую позицию среди основных причин смертности во всем мире, в том числе и в России. У больных стабильной ИБС наряду с обструктивным поражением коронарных артерий (КА) могут быть и гемодинамически незначимые стенозы КА (менее 50%). По данным одних авторов (Surina и др., 2021 г) микроРНК-21 может защищать кардиомиоциты от апоптоза при инфаркте миокарда. Другие авторы пришли к выводу, что данная микроРНК способствует прогрессированию атеросклероза КА. Результаты проведенных исследований позволяют предположить, что связанный с рецептором липопротеинов низкой плотности белок 6 (ЛРП6) может являться терапевтической мишенью для лечения сердечно-сосудистых заболеваний посредством регуляции гомеостаза липидов.
Цель исследования. Оценить экспрессию микроРНК-21 и белка ЛРП6 у больных стабильной ИБС с обструктивным и необструктивным поражением КА.
Материалы и методы. В исследование включены 40 пациентов пациентов со стабильной ИБС, которых по результатам коронароангиографии разделили на 2 группы: I группа — с обструктивным поражением КА (20 пациентов, из них — 14 мужчин (70%), средний возраст 64,89±8,05 лет); II группа — с необструктивным поражением КА (20 пациентов, 5 мужчин (25%), средний возраст 65,17±6,72 г). 20 здоровых добровольцев составили группу сравнения (6 мужчин (30%); средний возраст 31,1±7,29 лет). Экспрессию микроРНК-21 оценивали с помощью полимеразной цепной реакции (набор MiScript SYBR Green PCR Kit, Qiagen, Hilden, Germany). Концентрацию белка ЛРП6 определяли методом ИФА на ИФА-анализаторе Adaltis Personal Lab.
Результаты. Наиболее высокий уровень экспрессии микроРНК-21 наблюдался в группе контроля (0,27 REU [0,17-0,36]), наименьший — во II группе (0,10 REU [0,05-0,17], тогда как в I группе экспрессия микроРНК-21 была несколько выше (0,12 REU [0,03-0,39]) (ρ=0,039). У пациентов из группы контроля и II группы отмечался более высокий уровень ЛРП6 (13,95 нг/мл [12,51-14,60] и 13,02 нг/мл [12,05-13,66] соответственно), в то время как в I группе он был значимо ниже (9,90 нг/мл [5,16-10,55]) ($p<0,001$).
Выводы.
Полученные данные свидетельствуют о важной роли микроРНК-21 и белка ЛРП6 в патогенезе ИБС. Необходимы дальнейшее изучение механизмов их регуляции, экспрессии и синтеза для разработки новых подходов к диагностике и лечению ИБС.

СВЯЗЬ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ИЗМЕНЕНИЯМИ МЫШЕЧНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аверкиева Ю.В., Григорьева И.И.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Научные данные свидетельствуют о тесной связи сердечно-сосудистой системы и скелетной мускулатуры посредством действия миокинов. Субклиническое воспаление является основой развития эндотелиальной дисфункции, а атеросклероз, в свою очередь, усугубляет течение саркопении ввиду снижения сердечного выброса и уменьшения просвета сосудов. Таким образом, изучение связи атеросклероза и саркопении является актуальной проблемой медицины.
Цель исследования. Оценка связи остеопенического синдрома с изменениями мышечного статуса у больных мужского пола с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 50 лет и старше.
Материалы и методы. В исследование включены 79 мужчин в возрасте 50 лет и старше (63 (57; 66) года) с верифицированной ИБС. Минеральную плотность кости (МПК) и Т-критерий (стандартное отклонение — СО) оценивали в общепринятых локализациях методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на костном денситометре «Lunar Prodigy Primo» (США). Для сравнительного анализа больные были разделены на 3 группы (EWGSOP, 2010): 1-ая — 31 больной без саркопении, 2-ая — 21 пациент с пресаркопенией и 3-я — 27 больных с саркопенией.
Результаты. Остеопенический синдром (ОПС) выявлен у 43% пациентов, из них остеопения — у 39%, остеопороз — у 4%. Частота ОПС у больных с саркопенией была значимо выше при сравнении с пациентами с пресаркопенией ($p=0,050$) и сопоставима с таковой у мужчин без саркопении ($p>0,050$). Установлено снижение МПК и Т-критерия в шейке бедра у пациентов с саркопенией при сравнении с показателями больных без саркопении ($p=0,009$ и $p=0,013$ соответственно) и с пресаркопенией ($p=0,027$ и $p=0,024$ соответственно). В проксимальном отделе бедра значимые различия в отношении показателей МПК и Т-критерия получены между группами пациентов с пресаркопенией и саркопенией ($p=0,048$ и $p=0,048$ соответственно). При сопоставлении МПК и Т-критерия в поясничном отделе позвоночника значимых различий не получено ($p>0,050$).
По результатам ROC-анализа установлена диагностическая ценность МПК проксимального отдела бедра для выявления снижения скелетно-мышечного индекса. Пороговое значение МПК составило ≤1,081 г/см^2 (чувствительность 81,4%, специфичность 64,3%, AUC 0,798, 95%-й ДИ: 0,644-0,854, индекс Юдена=0,457, $p<0,001$).
Выводы.
Снижение денситометрических показателей в шейке и проксимальном отделе бедра у больных ИБС мужского пола в возрасте 50 лет и старше ассоциировано с нарушениями мышечного статуса в виде пресаркопении и саркопении.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У МУЖЧИН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ МЫШЕЧНОГО АППАРАТА

Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Королева М.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. По современным представлениям, саркопения — сложное мультифакторное состояние, клиническая картина которого определяется показателями не только мышечной массы, но и мышечной силы и функциональных способностей. Существует мнение, что связь между всеми этими параметрами не является линейной, поскольку снижение мышечной силы задолго предшествует снижению мышечной массы и функции. Справедливо полагать, что каждый из компонентов саркопении может оказывать самостоятельное влияние на состояние минеральной плотности кости различных отделов скелета.
Цель исследования. Оценить показатели минеральной плотности кости (МПК) у мужчин старшей возрастной группы с остеоартритом (ОА) коленного сустава в зависимости от состояния мышечного аппарата.
Материалы и методы. В исследование были включены 64 больных с ОА коленного сустава. Средний возраст пациентов составил 68,7 [66,1; 70,3] лет. Диагноз ОА коленного сустава установлен согласно диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, 1991 г.). Для сравнительного анализа все больные с ОА коленного сустава были разделены на 3 группы в зависимости от состояния мышечного аппарата (EWGSOP, 2010: мышечную массу оценивали методом мультиспиральной компьютерной томографии, мышечную силу измеряли с использованием кистевого динамометра, мышечную функцию исследовали с помощью батареи коротких тестов): 1-ая — 18 больных без саркопении, 2-ая — 22 пациентов с пресаркопенией и 3-я — 24 больных с саркопенией. МПК оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в шейке и проксимальном отделе бедра в целом и в поясничном отделе позвоночника.
Результаты. Остеопенический синдром в исследуемой когорте диагностирован у 46 (71,9%) пациентов: остеопения — у 38 (59,4%) больных, остеопороз — у 8 (12,5%). Нормальные показатели МПК отмечены у 18 (28,1%) пациентов. Остеопенический синдром определялся у больных с саркопенией значимо чаще по сравнению с пациентами без саркопении ($p=0,032$) и с пресаркопенией ($p=0,044$). Показатели МПК у больных с саркопенией в шейке и проксимальном отделе бедра в целом были статистически значимо ниже, чем у пациентов без саркопении и с пресаркопенией ($p=0,021$). Установлена прямая корреляционная связь между общей площадью скелетной мускулатуры на уровне LIII и денситометрическими показателями шейки бедра.
Выводы.
Саркопения ассоциируется с низкими показателями МПК в шейке и проксимальном отделе бедра в целом у больных мужского пола пожилого и старческого возраста с ОА коленного сустава.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ЖЕНЩИН С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Королева М.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Остеопороз (ОП) и остеоартроз (ОА) относят к числу наиболее распространенных заболеваний, имеющих общую тенденцию к прогрессированию с возрастом. Оба заболевания характеризуются хроническим болевым синдромом, что существенно снижает качество жизни и приводит к ранней инвалидизации пациентов. В большинстве исследований показано, что несмотря на повышенные показатели МПК при ОА, риск переломов значительно превышает популяционный, а это безусловно требует проведение мероприятий по профилактике остеопоротических переломов.
Цель исследования. Изучить состояние минеральной плотности кости (МПК) у женщин в постменопаузе с остеоартритом (ОА) коленного сустава.
Материалы и методы. В исследование включены 100 больных женского пола в возрасте от 44 до 75 лет, из них — 50 пациенток с верифицированным ОА коленного сустава (средний возраст 64,6 [58,3; 66,0] года) и 50 сопоставимых по возрасту женщин без ОА (средний возраст 64,3 [60,3; 68,1] года). Диагноз ОА устанавливался согласно критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, 1991г). МПК оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в шейке бедра и в поясничном отделе позвоночника. Рентгенография коленного сустава в переднезадней проекции проводилась в фиксированном положении сгибания с использованием специальной рамки (SynaFlexer TM Plexiglass positioning frame, Synarc Inc., США). Для сравнительного анализа пациентки с ОА были разделены на 2 группы с учетом рентгенологической стадии: 1-ая — 38 женщин с I-II рентгенологической стадией ОА и 2-ая — 12 больных с III-IV рентгенологической стадией ОА. Группу контроля (3-я группа) составили 50 женщин без ОА.
Результаты. Остеопенический синдром зарегистрирован у абсолютного большинства женщин — в 95 (95%) случаях, из них ОПе — у 36 (36%) человек и ОП — у 59 (59%). Нормальная МПК зарегистрирована только у 5 (5%) женщин. По частоте выявления остеопенического синдрома статистически значимых различий между исследуемыми группами получено не было ($p>0,050$). Величина МПК и Т-критерия в шейке бедра у пациенток без ОА была значимо ниже как по сравнению с показателями больных с I-II стадией, так и по сравнению с показателями женщин с III-IV стадией ОА.
Выводы.
Достоверно более высокие показатели МПК шейки бедра зарегистрированы у пациентов с ОА коленного сустава по сравнению с контрольной группой без ОА.
Высокая рентгенологическая стадия ОА коленного сустава коррелирует с повышением минеральной плотностью кости шейки бедра.

СЛОЖНОСТИ КУРАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Летаева М.В., Малышенко О.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия
ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия

Актуальность. В настоящее время ВИЧ-инфекция является одной из ведущих проблем общественного здравоохранения. Клинические признаки ВИЧ-инфекции крайне разнообразны и ассоциируются со многими, в том числе ревматическими, заболеваниями.
Описание случая. Пациент наблюдается в ГБУЗ «Кузбасский центр СПИД» с 15.08.2012 г. с диагнозом: ВИЧ-инфекция 4Б стадии, ремиссия на ВААРТ. Лейкопения. Анемия легкой степени. Получает ламивудин 300 мг/сутки, тенофовир 300 мг/сутки, долутегравир 50 мг/сутки. С февраля 2023 г. повышение температуры тела до фебрильных цифр. Рентгенологически выявлена пневмония справа. На фоне гипертермии явления артрита коленных суставов, купированы после разрешения пневмонии. 01.03.2023 г. Ишемический инсульт в бассейне правой мозговой артерии. В мае 2023 г. обследован у фтизиатра, данных за туберкулез не выявлено. Сохранялась гипертермия, сопровождалась миалгиями, артралгиями, периодически кратковременные явления артрита межфаланговых суставов кистей. 01.08.-08.09.2023 г. госпитализация в терапевтическое отделение по поводу фебрильной температуры. По результатам обследований исключен туберкулез, нейросифилис, оппортунистические инфекции. Проведена антибактериальная терапия резервом с положительной динамикой. Терапевтической причины гипертермии не найдено. По результатам обследования: в ОАК СОЭ — 69 мм/ч, Нв — 101 г/л, лейкоциты — 3х109/л, тромбоциты — 214х109/л. В ОАМ: протеинурия, эритроцитурия. CD4 — 128 кл., 36%. СРБ — 96 мг/л. РФ, АНЦА — отр. АНФ — 2500. МСКТ ОГК: двусторонний малый гидроторакс, незначительный гидроперикард. МСКТ ОБП: гепатоспленомегалия, стеатоз печени. После выписки сохранялись гипертермия до 390С, периодически артралгии и артриты мелких суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых суставов; боли в мышцах конечностей; снижение веса на 20 кг. Осмотрен ревматологом. В план диф. диагностики включены: СКВ (гипертермия, гидроторакс, гидроперикард, ОНМК, артралгии/артриты, протеинурия, гематурия, АНФ); лекарственная волчанка (длительный прием противовирусных препаратов); прогрессирование основного заболевания (ВИЧ 4Б ст.); побочные эффекты длительной терапии ламивудином (артралгии, мышечные нарушения, лихорадка). Проведено дообследование (АТ к двуспиральной ДНК; анти-Sm, анти-Ro/SSA; С3 и С4 комплемент; рентгенография кистей и стоп), ревматологическая патология исключена. Осмотрен инфекционистом центр СПИД, проведена коррекция ВААРТ.
Заключение.
Суставной синдром у ВИЧ-инфицированных пациентов нередко является основанием для ошибочной диагностики ревматоидного артрита, недифференцированного артрита и т.д., а «волчаночноподобные маски» ВИЧ/СПИД предметом диагностических ошибок. В данном случае клиническая картина в целом, а также отсутствие убедительных данных (по результатам лабораторных и инструментальных исследований) в пользу ревматических заболеваний, позволили предположить наличие артрита, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Королева М.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Нарушение сна у больных ревматоидным артритом (РА) существенно снижает качество жизни, усугубляет состояние больного и тяжело субъективно переживается пациентами. Отмечено, что нарушение сна в большей степени связано с высокой воспалительной активностью, выраженностью боли, депрессивными и астеническими расстройствами. Последствиями нарушения сна являются усталость, снижение повседневной активности, повышенное восприятие боли и расстройства настроения.
Цель исследования. Изучить особенности нарушений сна у женщин с ревматоидным артритом (РА).
Материалы и методы. Было обследовано 48 женщин с РА, наблюдавшихся амбулаторно. Средний возраст обследованных составил 45,5 ± 9,2 лет. Диагноз РА устанавливали в соответствии с классификационными критериями EULAR/ACR (2010). Длительность заболевания — 8,9±4,8 лет. Большинство пациентов с РА имели умеренную активность основного заболевания (среднее значение DAS28 4,6). Группа сравнения состояла из 21 практически здоровой женщины. Группы были сопоставимы по гендерным и возрастным характеристикам. Исследование расстройств сна проводилось путем опроса с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) нарушений сна и анкеты оценки субъективных характеристик сна (Я.И. Левин).
Результаты. При опросе женщин, больных РА, выявлен широкий спектр расстройств сна. В структуре нарушений сна преобладают плохое самочувствие после пробуждения — 16 человек (33,3 %), ночные пробуждения — 14 (29,2 %) и нарушения засыпания — 12 женщин (25,0 %). Среднее значение по ВАШ сна у больных составило 47,5 [28,0; 64,2], у здоровых —3,3 [0; 5,2].
Выводы.
У большинства больных РА выявлены нарушения сна той или иной степени выраженности. Около половины женщин с РА отмечают недостаточность ночного сна с преобладанием в структуре инсомнии плохого самочувствия после пробуждения, частых ночных пробуждений и проблем с засыпанием.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВВЕДЕНИЕМ ЭЛЬКАРНИТИНА И ДИСПЕРСИЕЙ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Акимова Н.С., Шварц Ю.Г., Зубрийчук А.С., Рябов А.А.
СГМУ им. В.И. Разумовского, Клинический центр, Университетская клиническая больница №1 им. С.Р. Миротворцева, г. Саратов, Россия

Актуальность. Кроме очевидных сердечно-сосудистых рисков, высокое артериальное давление оказывает значительное влияние на когнитивные функции. Элькарнитин может быть эффективен в профилактике и коррекции легких и умеренных когнитивных расстройств у больных с гипертонической болезнью. Важным в контексте воздействия на сердечно-сосудистую систему, является его влияние на дисперсию интервала QT.
Цель исследования. Изучить зависимость между введением элькарнитина и дисперсией интервала QT у пациентов с гипертонической болезнью и дисциркуляторной энцефалопатией.
Материалы и методы. Проведено двойное открытое рандомизированное исследование, в которое были включены 112 человек с гипертонической болезнью, в возрасте от 50 до 70 лет и умеренными когнитивными нарушениями (соответствующие 1-2 степени дисциркуляторной энцефалопатии). Критериями исключения являлись: острые формы ишемической болезни сердца в течение 90 дней, предшествующих рандомизации; прием нейрометаболических, нейротрофических препаратов в течение 90 дней до включения; клинически значимые нарушения ритма и проводимости сердца; сахарный диабет; острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе; гемодинамически значимые стенозы брахиоцефальных артерий (сужение более 50% просвета артерии).Участники были случайным образом (рандомизация 2:1, посредством таблицы случайных чисел, сгенерированной в программе Excel) распределены в основную группу (70 человек), получавших препарат Элькар в дозе 1000 мг внутривенно 1 раз в день в течение 10 дней и группу контроля (34 человека), которым ежедневно вводился внутривенно капельно раствор, содержащий натрия хлорид 0.9% — 200.0,калия хлорид 4% — 10.0,магнезии сульфат 25% — 10.0. На визите скрининга и заключительном визите всем участникам исследования выполнялись электрокардиография, заполнялась субъективная шкала оценки астении MFI-20, когнитивные функции оценивались субтестами Векслера 5 и 7, корректурной пробой Бурдона. Выполнен многофакторный дисперсионный статистический анализ ANOVA посредством программы STATISTICA-10.0.
Результаты. Не было установлено статистически достоверной взаимосвязи между введением элькарнитина и дисперсией интервала QT(p-0,63).
Выводы.
Отсутствие влияния элькарнитина на дисперсию интервала QT, отражающую степень однородности процессов реполяризации в миокарде, является подтверждением безопасности его применения в отношении «электрической стабильности миокарда».

ВЛИЯНИЕ ЭЛЬКАРНИТИНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Акимова Н.С., Шварц Ю.Г., Зубрийчук А.С., Рябов А.А.
СГМУ им. В.И. Разумовского, Клинический центр, Университетская клиническая больница №1 им. С.Р. Миротворцева, г. Саратов, Россия

Актуальность. Высокая вариабельность артериального давления (ВАД), наряду со степенью его повышения, является важным предиктором неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у пациентов с гипертонической болезнью. Кроме того, высокая ВАД может дополнительно ухудшать самочувствие пациента, снижая качество жизни. Элькарнитин, одним из эффектов которого является способность оказывать воздействие на функции вегетативной нервной системы, может быть эффективен в коррекции повышенной вариабельности артериального давления.
Цель исследования. Изучить влияние элькарнитина на вариабельность артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью и дисциркуляторной энцефалопатией.
Материалы и методы. Проведено двойное открытое рандомизированное исследование, в которое были включены 104 человека с гипертонической болезнью, в возрасте от 50 до 70 лет и умеренными когнитивными нарушениями (соответствующие 1-2 степени дисциркуляторной энцефалопатии). Критериями исключения являлись: острые формы ишемической болезни сердца в течение 90 дней, предшествующих рандомизации; прием нейрометаболических, нейротрофических препаратов в течение 90 дней до включения; клинически значимые нарушения ритма и проводимости сердца; сахарный диабет; острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе; гемодинамически значимые стенозы брахиоцефальных артерий (сужение более 50% просвета артерии).Участники были случайным образом (рандомизация 2:1, посредством таблицы случайных чисел, сгенерированной в программе Excel) распределены в основную группу (70 человек), получавших препарат Элькар в дозе 1000 мг внутривенно 1 раз в день в течение 10 дней и группу контроля (34 человека), которым ежедневно вводился внутривенно капельно раствор, содержащий натрия хлорид 0.9% — 200.0,калия хлорид 4% — 10.0, магнезии сульфат 25% — 10.0. На визите скрининга и заключительном визите 30 пациентам (20 человек из основной и 10 человек из контрольной группы) проводилось суточное мониторирование артериального давления для расчета дневной и ночной ВАД. Выполнен многофакторный дисперсионный статистический анализ ANOVA посредством программы STATISTICA-10.0.
Результаты. Была выявлена статистически достоверная взаимосвязь между введением элькарнитина и снижением уровней дневной (p-0,33 для САД, p-0,83 для ДАД) и ночной (p-0,42 для САД, p-0,77 для ДАД) ВАД.
Выводы.
Внутривенное введение 1000 мг элькарнитина ежедневно в течение 10 дней может снижать вариабельность артериального давления. Данный эффект может быть связан со способностью препарата стабилизировать функционирование вегетативной нервной системы.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Нарожная А.Д., Заложук Е.В., Гуцало К.С., Гриднева А.М.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. В структуре смертности от болезней системы кровообращения наибольший удельный вес имеет ишемическая болезнь сердца (ИБС). К факторам риска ИБС относится дислипидемии, табакокурение, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиподинамия, острый и хронический стресс. Табакокурение повышает риск возникновения ИБС в 2,2 раза, инфаркта миокарда — в 2 раза, а внезапной смерти — в 4,9 раз.
Цель исследования. Оценить частоту встречаемости основных факторов риска у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и нестабильной стенокардией (НС).
Материалы и методы. Исследование 522 пациентов с острым коронарным синдромом: 166 пациентов с ОИМ (96 мужчин, 70 женщин), медиана возраста 65,00 [54,00;74,00]; 356 пациентов с НС (170 мужчин, 186 женщин), медиана возраста 68,00 [60,00;75,00] лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, $p>0,05$. В статистическом анализе использовался метод $\chi 2$, Манна-Уитни, отношения шансов.
Результаты. У пациентов с ОИМ (34,3%) статистически значимо чаще встречалось табакокурение по сравнению с группой НС (16,7%), $p<0,0001$. Отношение шансов показало, что курение увеличивает риск развития ОИМ в 2,6 раза. Также в группе ОИМ выявлено статистически значимое повышение уровня триглицеридов (4,29 ± 2,22 ммоль/л) по сравнению с группой НС (2,34 ± 1,76 ммоль/л), $p<0,0001$. Статистически значимых различий в уровнях ОХС и ЛПНП и других факторов риска между группами не обнаружено.
Выводы.
Табакокурение является важным фактором риска, ассоциированным с развитием ОИМ. Повышенный уровень триглицеридов преимущественно у пациентов с ОИМ.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Заложук Е.В., Гуцало К.С., Нарожная А.Д., Демичев И.А., Гриднева А.М.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Несоблюдение здорового образа жизни, начиная со студенчества, негативно влияет на учебу в вузе, а в дальнейшем неблагоприятно скажется на трудовую деятельность. Для современной молодежи свойственна низкая физическая активность, несоблюдение режима труда и отдыха, недостаточное нахождение на свежем воздухе, увеличение времени, проводимого за компьютером и телефоном, курение, злоупотребление алкоголем и энергетиками. Все перечисленное может привести к нарушению здоровья уже в студенческие годы.
Цель исследования. Проанализировать связь продолжительности обучения в медицинском вузе с факторами, влияющими на состояние здоровья студентов.
Материалы и методы. Проанкетировано 1021 студент: 1 группа — 339 студентов 1 и 2 курсов, 2 группа — 365 студентов 3 и 4 курсов, 3 группу — 417 студентов 5 и 6 курсов. По гендерному показателю выделенные группы не отличались. Студенты 1 группы были статистически значимо моложе (19,63 + 2,87 лет), чем студенты 2 группы (21,41 + 1,54 год) и 3 группы (23,65 + 2,76 года), p
Результаты. 86,2% всех студентов имеют физическую нагрузку. За компьютером в интернете не связанно с учебным процессом более 4-х часов в сутки статистически значимо чаще проводили студенты 1-2 курсов (49,3%). С каждым курсом таковых становилось меньше — 43,8% на 3-4 курсах, 36,2% на 5-6 курсах, p=0,0001. Большинство студентов (78,6%) совмещают домашнее питание с питанием в столовой и в фастфудах. Прослеживается статистически значимое преобладание студентов 5-6 курсов, ежедневно употребляющих мясные продукты, в сравнении со студентами 1-2 курсов (70,5% относительно 58,4%, p=0,005). Подобная картина наблюдается в еженедельном употреблении морепродуктов (35,0% и 27,1% соответственно, p=0,039). Начиная с третьего курса, прослеживается статистически значимое увеличение количества студентов, употребляющих алкоголь (в 1 группе — 54,5%, во 2 — 73,7%, в 3 — 71,2%, p1-2, 1-3=0,0001). Курящих студентов среди анкетированных оказалось 24,2%. С большей частотой статистически значимо курили студенты 3-4 курсов (в 1 группе — 22,1%, во 2 — 27,4%, в 3 — 23,0%, p1-2, 2-3=0,041). Начиная с 3 курса, предпочтение отдается электронным сигаретам. Продолжительность сна более 7 часов имеют 10,9%, от 6 до 7 часов — 54,5%, менее 6 часов — 34,6% студентов.
Выводы.
За время обучения в вузе улучшается рацион питания студентов, большинство ведет активный образ жизни. В то же время увеличение количество лиц, употребляющих алкоголь.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Нарожная А.Д., Заложук Е.В., Демичев И.А.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 20,5 миллионов человек. Профилактика заболеваний кардиоваскулярной системы имеет огромное практическое значение. «Школы здоровья» для пациентов напрямую взаимодействуют с населением, которое страдает от того или иного кардиологического заболевания, тем самым повышая эффективность их лечения.
Цель исследования. Провести анализ деятельности «Школ здоровья» для пациентов с сердечно-сосудистой патологией, проводимых на базах КГБУЗ КМКБ №20 им. И.С. Берзона и КГБУЗ КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярск.
Материалы и методы. Студентами-медиками проведено 83 «Школы здоровья», которые посетило 660 пациентов с различной сердечно-сосудистой патологией. Из них проанкетировано 149 человек: в КМКБ №20 — 69 пациентов (25 мужчин и 44 женщины), в КМК БСМП — 80 пациентов (37 мужчин и 43 женщины). Медиана возраста пациентов в КМКБ №20 (69,00 [61,00;77,00] лет) статистически значимо не отличалась от медианы возраста пациентов в КМК БСМП (69,00 [57,00;75,00] лет), $p>0,05$. В статистическом анализе использовался метод $\chi 2$, Манна-Уитни, корреляционный анализ.
Результаты. 94,6% слушателей ответили, что проводимые нами «Школы здоровья» для них являются полезными. В КМКБ №20 статистически значимо больше слушателей, считающих, что лекции нужно увеличить по времени (17,4% относительно 7,5%, $p=0,016$), в то же время в КМКБ №20 оказалось также больше пациентов высказавшихся, что лекции нужно сократить (14,5% относительно 5,0%, $p=0,016$). Оценивалась эффективность усвоенного материала ответами на три несложных вопроса по содержанию занятия. Ответивших только на 1 вопрос в КМКБ №20 оказалось статистически значимо больше, чем в КМК БСМП (18,8% относительно 3,8%, $p =0,01$). Пациентов с декомпенсированной ХСН статистически значимо было больше в КМКБ №20 (59,4% относительно 23,8%, $p<0,001$).
Выводы.
Пациенты с ХСН отличались худшим усвоением прослушанной информации и неудовлетворенностью продолжительностью занятий, что требует от нас более персонифицированного подхода; «Школы здоровья» нашли хороший отклик среди пациентов.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИК К УЧАСТИЮ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Александров М.В., Ушакова С.Е., Пайкова А.С.
ФГБОУ ВО ИвГМУ Минздрава России, г. Иваново, Россия

Актуальность. Актуальной проблемой повышения качества диспансеризации является привлечение лиц всех возрастов к участию в профилактических мероприятиях. Перед первичным звеном здравоохранения поставлена задача полного охвата диспансерным наблюдением лиц старших возрастных групп.
Цель исследования. Оценить мотивацию пациентов старше 65 лет к участию в диспансеризации.
Материалы и методы. Проведено анкетирование 100 пациентов поликлиники в возрасте от 65 до 82 лет о том, почему они проходят или не проходят диспансеризацию.
Результаты. 84% респондентов участвуют в диспансеризации, потому что считают, что надо иметь актуальную информацию о своем здоровье. 60% респондентов пригласили на профилактический медицинский осмотр (ПМО) из страховой компании, 63% — лечащий врач. Повышают мотивацию населения к участию в диспансеризации средства массовой информации — 79% опрошенных доверяют информации на ТВ и в интернете о пользе проверки здоровья. 69% респондентов отмечают, что все знакомые и соседи пользуются этой бесплатной услугой. Иногда причиной посещения ПМО является негативный опыт окружения, так 14% обратились на профилактический осмотр после того, как у их знакомых выявили онкопатологию. Однако в ходе анкетирования выявлены причины, по которым ряд пациентов не считают нужным посещать профилактический осмотр и диспансеризацию. 70% лиц старших возрастных групп информированы о наличии у себя хронических заболеваний (ХНИЗ), регулярно обращаются за медицинской помощью для обследования и лечения существующей патологии. Еще одно широко распространенное мнение пациентов старше 65 лет, что в ходе диспансеризации проводят только «рутинные» исследования, которые проводить не имеет смысла при постоянном лечении уже выявленных ХНИЗ. Эти причины подкреплены тем фактом, что 65% опрошенных отмечают страх получить новую негативную информацию о проблемах со здоровьем в процессе ПМО. Следовательно, значительная доля лиц пожилого и старческого возраста не отдают себе отчета, что профилактические осмотры организованы для раннего выявления большинства хронических неинфекционных заболеваний, которые могут дебютировать в любом возрасте.
Выводы.
Одной из причин низкой мотивации к участию в диспансеризации является недостаточная информированность пациентов о важности комплексного скрининга состояния здоровья в ходе профилактических мероприятий. Поэтому актуальной проблемой становится разработка информационных мероприятий для повышения мотивации участия лиц старших возрастных групп в профилактических программах обследованиях населения.

ПРОБЛЕМА УХОДА ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ В СЕМЬЕ НА ПРИМЕРЕ СОЧЕТАНИЯ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И СИНДРОМА ДЕПРЕССИИ

Александров М.В., Пайкова А.С., Ушакова С.Е.
ФГБОУ ВО ИвГМУ Минздрава России, г. Иваново, Россия

Актуальность. На данный момент в России проживает около 39,4 млн. людей пожилого и старческого возраста, что составляет 24,5% населения, и прогнозируется дальнейшее увеличение численной доли пожилых. Остро стоит проблема повышения качества жизни таких пациентов. Одними из частых проблем пожилого человека являются нарушения психоэмоционального статуса и наличие синдрома старческой астении (ССА). В связи с этим необходимо своевременное выявление и коррекция данных состояний.
Цель исследования. Оценить социально-экономический (СЭС) и психоэмоциональный статусы пожилых лиц с ССА.
Материалы и методы. На базе областного гериатрического центра г. Иваново было обследовано 148 пациентов, среди которых было 115 женщин (77,7%), средний возраст составлял 78,9 ± 7,4 года. Было выделено 3 возрастные группы: 1 — лица в возрасте от 65 до 74 лет, 2 — от 75 до 84 лет; 3 — от 85 лет и старше. В 1 группу вошли 49 пациентов (9 мужчин, 40 женщин), во 2 — 51 пациент (17 мужчин, 34 женщины), в 3 — 48 пациентов (7 мужчин, 41 женщина). Для выявления и оценки степени тяжести ССА использовали Клиническую шкалу СА. Для оценки эмоционального состояния использовалась «Гериатрическая шкала депрессии». СЭС оценивался на основании результатов опросника «Социально-экономический статус».
Результаты. ССА встречался у 73,7% обследованных, остальные пациенты имели преастению. При этом доля лиц ССА легкой и средней степени тяжести в 1 группе составляла 63,3%, во 2 группе этот показатель составлял 78,4% и имелся единичный случай тяжелой ССА. В 3 группе тяжелая и очень тяжелая ССА встречалась уже у 10,4% обследованных, остальные имели легкую или умеренную ССА. Низкий СЭС имели 10,3% пациентов с преастенией и 31,2% пациентов с легкой и средней СА. Доля лиц с низким СЭС при тяжелой и крайне тяжелой степени ССА составляла более 80%. Также вероятная депрессия диагностировалась у 62,2% пациентов, из них у 25% имели низкий СЭС.
Выводы.
Более 70 % людей пожилого и старческого возраста имеют ССА различной степени выраженности, а его частота и степени тяжести увеличивается с возрастом (статистически значимые отличия отмечались между 2-й и 1-ой группами). СЭС у лиц с ССА оказался ниже, чем у лиц с преастенией. Большинство обследованных, имевших тяжелую и крайне тяжелую ССА, имели низкий СЭС. Вероятная депрессия была выявлена у 62,2% обследованных.

ЧАСТОТА ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ ЛЕВЫХ КАМЕР СЕРДЦА

Алексеев В.В.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Заболевания сердца и сосудов по-прежнему остаются ведущей причиной смертности во всем мире. В настоящее время в мире имплантируется около 280 000 протезов в год. Имплантация механических протезов клапанов сердца сопряжена с определенными рисками в послеоперационном периоде. Особую тревогу вызывает фибрилляция предсердий, диагностируемая у 40% пациентов после замены аортального и у 60% — митрального клапана, что значительно повышает риск тромбоэмболических осложнений. Наличие фибрилляции предсердий (ФП) достоверно ассоциируется с повышенным риском тромбоэмболических осложнений (ТЭО), повторных госпитализаций и летальных исходов.
Цель исследования. Оценить частоту тромбогеморрагических событий у пациентов с протезированными аортальным и митральным клапанами сердца и сопутствующей фибрилляцией предсердий посредством анализа мировых научных исследований за последнее десятилетие.
Материалы и методы. Проведен поиск исследований в базе данных GoogleScholar, Cochrane, PubMed в период с 2012 по 2025 гг. с использованием ключевых слов: «клапанные болезни», «механический протез», «антикоагулянты». Соответствующие тематике публикации были извлечены и проанализированы четырьмя независимыми исследователями.
Результаты. Из 17637 статьей в настоящий метаанализ были включены 8 оригинальных клинических исследований (n=12 066 человек). Наличие тромбоэмболических и геморрагических осложнений в анамнезе ассоциировалось с повышенным риском развития повторных тромбогеморрагических событий у пациентов после операции протезирования клапанов сердца. У пациентов с механическими клапаном в аортальной позиции имела место тенденция к более низкой частоте тромботических и геморрагических осложнений, а также летальных исходов по сравнению с пациентами с механическим клапаном в митральной позиции. Распространенность ФП у данной категории больных варьировалась от 28,1% до 67,4%. Наличие ФП ассоциировалось с практически четырехкратным увеличением риска неблагоприятных исходов в послеоперационном периоде.
Выводы.
Таким образом согласно мета-анализу продемонстрировано, что ФП является дополнительным фактором риска тромбогеморрагических осложнений в послеоперационном периоде у пациентов с механическими протезами клапанов левых камер сердца.

ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Алиахунова М.Ю.
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В процессе ревматоидного воспаления участвуют все звенья гемостаза, внося свой вклад в формирование как острого, так и хронического процесса.
Цель исследования. Изучить основные параметры системы гемостаза у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией на этапе реабилитации.
Материалы и методы. В исследование включены больные с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR) 1987 г. и АГ по классификации ВОЗ/МОАГ,1999/2001 гг. В соответствии с поставленной задачей были сформированы 3 группы наблюдения: первую группу составили пациенты с РА без артериальной гипертонии (АГ) (40 пациентов); вторую 40 больных РА,у которых АГ развилась на фоне РА; третью 30 пациентов, у которых АГ существовала до дебюта РА. Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых лиц, идентичные по полу и возрасту. Оценивались — СОЭ, СРБ, уровень тромбоцитов, титр РФ; протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ, фибриноген. Рассчитывали величин МНО. Больные получали базисную терапию, при наличии АГ антигипертензивные средства.
Результаты. Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза выявило однонаправленный характер изменений. Обнаружено достоверное увеличение тромбогенного потенциала первичного гемостаза во всех изучаемых группах. Различия со здоровыми лицами определялись как по спонтанной агрегации тромбоцитов, так и по индуцированной (АДФ). Показатель спонтанной агрегации тромбоцитов в группе больных АГ был достоверно выше, чем в группе практически здоровых (23,33±9,7%, p=0,042). Отмечено повышение спонтанной агрегации тромбоцитов до 24,27±10,1% (p=0,038 со здоровыми) в группе с изолированным РА. В группе с сочетанием РА и АГ спонтанная агрегация тромбоцитов составила 25,85±11,19% (p=0,04 со здоровыми). Межгрупповые различия недостоверны. У больных РА, АГ и при сочетании этих заболеваний определяется повышенная агрегационная активность тромбоцитов. Состояние коагуляционного звена гемостаза выявляет значимое различие активности факторов преимущественно рактически здоровых. В группах с изолированной АГ и изолированным РА также определяются сдвиги,свидетельствующие о повышении свертывающей активности крови преимущественно по внутреннему механизму. достоверная разница с группой практически определяется по АПТВ у больных АГ (32,73±4,91с.p=0,03). Сочетание РА с АГ приводит к более выраженным изменениям в коагуляционном звене гемостаза.
Выводы.
У больных артериальной гипертензией, ревматоидным артритом и у больных с сочетанной патологией изменения в системе гемостаза имеют тромбофилическую направленность, что представлено повышением агрегационных качеств тромбоцитов, активацией внутреннего пути свертывания, повышением уровня фибриногена, их нарушения взаимосвязаны с активностью воспаления, наличием внесуставных проявлений и рентгенологической стадией заболевания.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Алиахунова М.Ю.
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Трудности диагностики при спондилитах обусловлены в основном медленным, обычно в течение нескольких лет, развитием характерных рентгенологических изменений (сакроилиит, синдесмофиты и др.). Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет выявить воспалительные изменения различных тканей, отек костной ткани, который предшествует развитию структурных изменений.
Цель исследования. Оценить частоту и характер изменений крестцово-подвздошных суставов (КПС) и позвоночника на дорентгенологических стадиях анкилозирующего спондилита (АС).
Материалы и методы. Всем 84 пациентам была проведена рентгенография костей таза, МРТ КПС и различных отделов позвоночника. Оценка стадий сакроилиита (0-IV) проведена в соответствии с классификацией Kellgren-Lowrence. МРТ проведена на аппарате Philips Multiva с величиной индукции 1,5 Telsa
Результаты. МРТ КПС выполнена 80 (95,2,0%) пациентам, МРТ позвоночника проведена 68 (81,0%) пациентам. Для установления МРТ-диагноза сакроилиита в соответствии с рекомендациями Международной ассоциации по изучению АС (ASAS) считалось необходимым выявление отека (воспаления) костного мозга КПС, выявлявшегося с помощью одного из 2 режимов: (FatSat) или остеита (Т1 после применения гадолиния). Эти изменения должны были располагаться в типичных анатомических областях — в субхондральном или перирти-кулярном костном мозге. Контрольную группу составили 10 пациентов с другими заболеваниями суставов и позвоночника. Двусторонний сакроилиит был выявлен у 62 (74,1%) пациентов (II стадия — у 12 и III стадия — у 10), а односторонний сакроилиит III стадии — у 6 (7,1%) пациентов. Структурные МРТ-изменения (эрозии, субхондральный склероз суставных поверхностей крестца и подвздошной кости, анкилоз КПС, а также периартикулярные отложения жира) учитывались в каждом КПС. Эрозии, субхондральный склероз, анкилоз и периартикулярные отложения жира обнаруживались в основной группеу65%. пациентов. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте воспалительных изменений в области КПС, выявляемых с помощью МРТ у больных с достоверным, АС и зависит от длительности патологического процесса. Для МРТ-изменений была характерна высокая специфичность: они выявлялись только в тех илиосакральных сочленениях, которые были изменены рентгенологически.
К числу структурных изменений КПС, как эрозии, анкилоз, субхондральный склероз, а также крупные периартикулярные скопления жировой ткани отличимые от наблюдающихся в норме отдельных рассеянных мелких очагов жировой ткани и расценивающиеся как поствоспалительные изменения костного мозга.
Выводы.
МРТ позволяет выявить воспалительные изменения различных тканей, в первую очередь отек костной ткани, который предшествует развитию структурных изменений. Данный метод позволяет выявить как острые, так и хронические изменения в крестцово-подвздошных суставах. Чувствительность и специфичность этого метода достаточно высокая.
МРТ является одним из приоритетных признаков классификационных критериев ASAS.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Алиханова Н.А., Сарычева А.А.
ФГБУ «Клиническая больница №1» УДПРФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) — тяжелая форма легочной гипертензии (ЛГ) тромботической обструкции легочных артерий (ЛА), позднее осложнение тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА). Эндоваскулярное лечение ХТЭЛГ-транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБА) ЛА, один из альтернативных методов лечения. Клинический случай демонстрирует возможности ТЛБА ЛА у пациента со сложным генезом ЛГ.
Описание случая. Пациент Е., 66 лет (согласие от пациента получено) наблюдается в ФГБУ «Клиническая больница №1» УДПРФ (КБ №1) с 2011 г. Стаж курения 50 лет. Хроническая обструктивная болезнь (ХОБЛ) с 2010 года. В 2016 году — рак верхней доли правого легкого T1N0M0, 2016г лобэктомия верхней доли справа. 2011 г. ТЭЛА мелких ветвей ЛА. С 2011 г. дыхательная недостаточность (ДН) и вторичная ЛГ.
По Эхокардиографии (ЭхоКГ) систолическое давление в ЛА (СДЛА) на уровне 65-75 мм рт. ст. С 2011 года амбулаторное наблюдение и госпитализации в терапевтическое отделение с обострениями ХОБЛ. Получает оптимальную базовую терапию, анитикогулянты.
С 2024 г. усиление одышки, снижение переносимости физических нагрузок (ФН), шестиминутный тест ходьбы (6МХ) IV ФК. С 2025 г. по ЭхоКГ увеличение СДЛА до 105 мм рт. ст. Инициирована специфическая ЛГ терапия — силденафилом, с положительной динамикой. В мае 2025 г. госпитализация КБ №1 с прогрессированием ДН, одышка при минимальной ФН, при ходьбе от 5 метров снижение сатурации до 83%, зависимости от малопоточного кислорода. Проведение 6 МХ невозможно. В мае 2025года установлен диагноз ХТЭЛГ. По ЭхоКГ: СДЛА-96 мм рт.ст. По КТ ангиографии — картина ТЭЛА сегментарных ветвей ЛА (А9, А10) слева и сегментарных ветвей ЛА (А9) справа. Начата терапия риоцигуатом. С учетом высокой ЛГ, отсутствия клинического улучшения, тяжелой ДН, принято решение
о необходимости ТЛБА ЛА. 05.2025 — проведена ТЛБА ЛА А8-9 сегментов слева.
При пульмонографии признаки ТЭЛА А8-9 ветвей ЛА нижней доли слева, проведена реканализация и ангиопластика, указанных сегментов. Получен хороший ангиографический результат — инвазивное измерение давления в ЛА до ТЛБА — 55 мм рт. ст., после ТЛБА давление в ЛА — 18 мм рт ст. По ЭхоКГ — СДЛА 70 мм рт.ст. Клиническое улучшение — пациент ходит до 100 метров без падения сатурации и зависимости от кислорода.
Заключение.
Отмечается высокая эффективность и безопасность ТЛБА ЛА у пациента с тяжелой ДН и сложным патогенезом развития ЛГ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С ИЗОЛИРОВАННОЙ ДЕКСТРОКАРДИЕЙ

Алмазова И.И., Ревкова Д.С.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Декстрокардия — редкая врожденная аномалия, характеризующаяся расположением большей части сердца в грудной клетке вправо от срединной линии. Инверсия сердца может быть изолированной, либо может сопровождаться частичной или тотальной инверсией внутренних органов. Диагностика острого коронарного синдрома (ОКС) при декстрокардии осложняется специфическим расположением сердца, что требует коррекции стандартных протоколов основных инструментальных методов исследования
Описание случая. Мужчина 43 лет, доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) стационара бригадой скорой медицинской помощи (БСМП) с клиникой ОКС. Жалобы на жгучую боль за грудиной с иррадиацией в правую руку. Страдает гипертонической болезнью несколько лет. Максимальные цифры систолического артериального давления 160 и диастолического артериального давления 90 мм. рт ст. Принимает метопролола сукцинат 75 мг в сутки, достигнуты целевые значения АД.
В день поступления в стационар появились давящие боли за грудиной с иррадиацией в правую руку, длительностью около 30 минут; общая слабость; холодный липкий пот. Вызвал БСМП. На ЭКГ зарегистрированы признаки ОКС. Проведено лечение: клопидогрел 300 мг, ацетилсалициловая кислота 250 мг перорально, гепарин 4000 Ед, р-р морфина 1% 1мл внутривенно, изосорбида динитрат сублингвально 1,25 мг. Доставлен в ОРИТ регионального сосудистого центра в течение 120 минут от времени появления ангинозного синдрома. Уровень тропонина при поступлении в пределах нормы. При рентгенографии органов грудной клетки выявлена декстрокардия, верхушка сердца обращена вправо. Декстрапозиции других органов и систем не обнаружено. Диагностирована изолированная декстрокардия (правосформированное праворасположенное сердце). ЭКГ (для корректной и достоверной диагностики с учетом выявленной декстрокардии использовалось зеркальное расположение грудных электродов и электродов от конечностей): элевация сегмента ST в I, aVL, V5, V6 отведениях, реципрокные изменения в II, III, aVF, V1-V4 отведениях.
По результатам коронарографии: декстрокардия, правый тип кровоснабжения, контуры коронарных артерия неровные; огибающая артерия (ОА) в проксимальной трети окклюзирована, острый тромбоз; правая коронарная артерия (ПКА) в среднем сегменте стенозирована на 40%. Проведена ангиопластика и стентирование проксимальной трети ОА. На ЭКГ в динамике после успешной реваскуляризации отмечен регресс признаков ишемии миокарда. В последующем боли в области сердца не рецидивировали. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.
Заключение.
Диагностика и лечение острого коронарного синдрома при декстрокардии требуют адаптации инструментальных диагностических методик с учетом аномального расположения внутренних органов. Особенностью является модифицированная ЭКГ, при которой грудные электроды размещаются зеркально на правой стороне грудной клетки, что позволяет получить достоверные данные об электрической активности сердца, выявить признаки ишемии миокарда и своевременно применить современные методики реваскуляризации.

ЦИТОПРОТЕКТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРИМЕТАЗИДИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Алферов П.К., Грищенко Н.Д., Колединский А.Г., Надеждин С.В., Овчинников С.О., Грищенко К.А., Ромащенко О.В.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена неоднозначной эффективностью метаболических корректоров в реальной клинической практике, что свидетельствует о необходимости разработки подходов к оценке цитопротекторной активности данной группы лекарственных средств перед их назначением пациентам для повышения эффективности и безопасности их применения.
Цель исследования. Оценить цитопротекторную активность триметазидина у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) в реальной клинической практике.
Материалы и методы. Проводили обследование 60 пациентов с ИБС, находившихся на стационарном лечении в БОКБ Святителя Иоасафа г. Белгорода (30 человек) и в ООО «СМ-Клиника» г. Москва (30 человек). Пациентам выполняли комплексное обследование согласно современным клиническим рекомендациям (в том числе коронароангиографию, эходопплеркардиографию, суточное мониторирование ЭКГ, анализы крови). Исключали острую патологию. Цитопротекторную активность триметазидина оценивали с помощью разработанной нами программы для ЭВМ (Свидетельство №2025668427 «Система поддержки принятия врачебных решений «Мастер прогнозирования цитопротекторных эффектов метаболических корректоров у пациентов с ИБС» (Прогностика)») путем суммирования прогностических коэффициентов персональных клинических данных каждого пациента, разработанных на основании определения индивидуальной чувствительности клеток крови (лейкоцитов) на введение триметазидина in vitro методом флуоресцентной микроскопии с окраской живых и мертвых клеток флуоресцентными красителями Calcein AM и Ethidium bromide и расчетом индекса жизнеспособности клеток.
Результаты. По результатам обследования 60 пациентов с хронической ИБС прогностически высокую цитопротекторную активность триметазидин имел у 26% больных, среднюю — у 11% больных, низкую — у 13% пациентов и у 50% пациентов с ИБС триметазидин был прогностически неэффективен в качестве цитопротектора. Обнаружили прямую положительную корреляционную взаимосвязь между суммой прогностических коэффициентов персональных клинических данных и показателем изменения индекса жизнеспособности клеток крови под влиянием метаболических корректоров in vitro (коэффициент корреляции $r=0,58$, $p<0,05$), что свидетельствует о валидности предложенной и зарегистрированной в качестве изобретения методики прогнозирования цитопротекторных эффектов метаболических корректоров у пациентов с ИБС.
Выводы.
В реальной клинической практике по данным прогностического анализа триметазидин проявляет высокую цитопротекторную активность у 26% больных, среднюю — у 11% больных, низкую — у 13% пациентов и у 50% пациентов с ИБС триметазидин оказывается прогностически неэффективен в качестве цитопротектора. Цитопротекторную активность данного препарата можно определить до его назначения пациенту на основании персональных клинических данных с помощью мобильного приложения «Система поддержки принятия врачебных решений «Мастер прогнозирования цитопротекторных эффектов метаболических корректоров у пациентов с ИБС» (Прогностика)».

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Амирова Н.У., Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

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

Цель исследования. Изучить уровень МК у пациентов с рецидивом неклапанной ФП после процедуры радиочастотной катетерной абляции.

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

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

Выводы.

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

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Анешина И.И., Затеева Т.Н., Павлова В.Ю.
ГАУЗ КОКБ Минздрава России, г. Кемерово, Россия,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. В настоящее время анемический синдром занимает лидирующие позиции по встречаемости в общеврачебной практике. С данной патологией ежедневно встречаются специалисты любого профиля. По данным различных источников литературы наибольший процент занимают состояния, связанные с дефицитом железа, второе место — анемия хронических заболеваний. Благодаря современным техническим возможностям лабораторной диагностики, в частности, наличие гематологических анализаторов, которые дают большой спектр информации, уже при первой встрече с пациентом возможно выстраивать более правильный диагностический поиск анемического синдрома.
При выявлении анемического синдрома в первую очередь проводится анализ эритроцитарных индексов: среднего объема эритроцитов (mean corpuscular volume (MCV)), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (mean corpuscular hemoglobin (MCH)).
В большинстве случаев при выявлении снижении данных показателей у пациентов диагностируется железодефицитная анемия, без определения показателей обмена железа, что может привести к неправильной верификации диагноза.
Описание случая. На прием обратилась пациентка Н., 47 лет. Никаких жалоб не отмечает. Цель консультации — в течение многих лет по лабораторным данным регистрируется анемия легкой степени тяжести. Принимала различные препараты железа длительными курсами от 4-10 месяцев, без какого-либо эффекта. По данным представленных лабораторных отчетов в течение 16 лет уровень гемоглобина 105-117 г/л, уровень эритроцитов в пределах нормы (3,7-4,4*1012/л), во всех лабораторных отчетах имело место снижение уровня MCV и MCH. Все остальные показатели клинического анализа крови в пределах нормы (уровень лейкоцитов, уровень тромбоцитов, СОЭ). Вне приема препаратов железа неоднократно проводилось исследование уровня сывороточного железа и уровня ферритина. Данные показатели так же были в пределах нормы. Но так как у пациентки имело место снижение уровня MCV и MCH ей продолжали назначать препараты железа, так как у многих специалистов снижение данных показателей ассоциировалось только с развитием ЖДА. Пациентка, ее родители, бабушки и дедушки все родились в Сибири. Учитывая, что в течение многих лет уровень гемоглобина сохранятся примерно на одном и том же уровне, даже на фоне терапии препаратами железа, включая парентеральные формы, было заподозрено наличие гемоглобинопатии, в частности малая форма b-талассемии.
При проведении дополнительных исследований: электрофорез гемоглобина крови и генетическое исследование мутации в гене HBB, было подтверждено наличие данной патологии. При наличии легкой формы малой формы b-талассемии терапии не требуется.
Заключение.
Наличие анемического синдрома всегда требует достаточного широкого уровня подготовки специалистов по объемам проводимого диагностического поиска. В данном случае, во-первых, были значительные затраты и системы здравоохранения, и самой пациентки для поиска источника кровопотери (как наиболее частой причины развития дефицита железа), во-вторых, длительное и неоправданное лечение препаратами железа, в-третьих, неправильное построение диагностического поиска, что требует повышения уровня подготовки специалистов.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

Апушкина Т.А., Летаева М.В., Королева М.В., Малышенко О.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия
ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Распространенность анемии у больных старшей возрастной группы варьирует от 2,9 до 61% у мужчин и от 3,3 до 41% у женщин. Развитие анемии даже легкой степени тяжести у пожилых сопровождается значительным ухудшением качества жизни, отягощает течение имеющейся патологии и создает угрозу преждевременной смерти. Важно установить причину анемии с целью проведения адекватной терапии.
Описание случая. Пациентка 68 лет доставлена БСМП в приемное отделение с жалобами на общую слабость, смешанную одышку, отеки голеней. Из анамнеза: симптоматика около месяца, ранее за медицинской помощью не обращалась, медицинских документов на руках нет. Объективно: по внутренним органам без значимых изменений. Лабораторно: ОАК: Нв — 97 г/л, Эр — 3.91х109/л, Тг — 280х109/л; ОАМ — без патологии; глюкоза — 7 ммоль/л; СКФ — 44,1 мл/мин/1.73м^2. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78 в мин. R ОГК: гидроторакс с обеих сторон. УЗИ ОБП: гепато-спленомегалия, диффузные изменения печени, свободная жидкость в брюшной полости, объемное образование селезенки. Выставлен диагноз: ИБС: Стенокардия ФК II. ХСН 2Б ФК III. 2х сторонний гидроторакс. Асцит. ГБ III ст., контролируемая АГ, риск 4. Анемия средней степени, генез? В лечении: лозартан 50 мг; бисопролол 5 мг; кардиомагнил 75 мг; фуросемид 4 мл; верошпирон 100 мг.
На фоне лечения проявления ХСН уменьшились. Лабораторно в динамике в ОАК снижение Нв до 49 г/л, Эр — 2,68х109/л, тромбоцитоз — 560х109/л; СКФ — 32,6 мл/мин/1.73м^2. Проведена гемотрансфузия, продолжен диагностический поиск генеза анемического синдрома. Выполнена ФГДС: атрофический гастрит. По УЗИ ОБП: объемное образование селезенки (подкапсульная гематома? инфаркт?). С целью уточнения данных УЗИ проведена МСКТ ОБП: отграниченные скопления жидкости пери- и парапанкреатически, в брюшной полости, вокруг селезенки (подкапсульно?). Дисковидный участок инфаркта селезенки? Проведено оперативное вмешательство: в левом подреберье инфильтрат, в его полости старая кровь сгустками до 300 мл; селезенка с признаками двухмоментного разрыва: капсула селезенки утолщена, плотная до 3мм; паренхима рыхлая легко травмируемая; признаков продолжающегося кровотечения нет. Выполнена спленэктомия.
Заключение.
Данный клинический случай демонстрирует сложности курации больных с коморбидной патологией. Оценка и интерпретация объективных симптомов, определение внутренних связей между симптомами, выделение ведущего анемического синдрома, проведение дифференциального диагноза и диагностических мероприятий позволило своевременно поставить правильный диагноз и провести необходимое лечение.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Аришева О.С., Гармаш И.В., Храмкова А.И., Кобалава Ж.Д., Мисан И.А.
Кафедра внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Института клинической медицины Медицинский институт РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Увеличение распространенности коморбидных состояний определяет необходимость поиска новых диагностических биомаркеров для совершенствования подходов к оценке тяжести поражения печени и улучшения стратификации риска у пациентов с коморбидной патологией.
Цель исследования. Изучить показатели индексов системного воспаления у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от наличия и степени тяжести неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).
Материалы и методы. В исследование включено 418 пациентов с ХСН (55,3% мужчин, средний возраст 71,5 ± 11,9 лет, медиана длительности ХСН 2,0 [1,0-5,0] года, ФВ ЛЖ 45 [35-54]%). Для выявления стеатоза проводилось ультразвуковое исследование брюшной полости. С целью оценки степени стеатоза и стадии фиброза печени выполняли транзиентную эластометрию (FibroScan® 502 touch). Рассчитывали индексы системного воспаления: нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ), тромбоцитарно-лимфоцитарный индекс (ТЛИ), системный иммуновоспалительный индекс (СИВИ).
Результаты. Пациенты с ХСН были разделены на 2 группы: 1-я — 118 пациентов (28,2%) с ХСН и НАЖБП, 2-я — 300 (71,8%) с ХСН без НАЖБП. В группе с НАЖБП наблюдались достоверно более высокие значения индексов системного воспаления: НЛИ (3,4 [2,4-5,3] против 2,1 [1,6-3,5]), ТЛИ (166 [127-243] против 125 [88-185]), СИВИ (779 [444-1099] против 510 [344-759]) ($p<0,05$) по сравнению с группой без НАЖБП. При выраженном стеатозе (S3) регистрировались достоверно более высокие значения НЛИ, чем при умеренном стеатозе (S1-S2) и его отсутствии (S0) ($\chi^2 = 4,46$; $df = 2$; $p = 0,029$). Выявлены статистически значимо более высокие уровни СИВИ при выраженном стеатозе (S3), чем при умеренном стеатозе (S1-S2) и его отсутствии (S0) ($\chi^2 = 10,36$; $df = 2$; $p = 0,005$). При выраженном фиброзе печени (F3) отмечались статистически значимо более высокие уровни НЛИ по сравнению с пациентами с умеренным (F2), начальным фиброзом (F1) или его отсутствием (F0) ($\chi^2 = 10,62$; $df = 3$; $p = 0,005$).
Выводы.
Таким образом, у пациентов с ХСН наличие НАЖБП ассоциировалось с повышением индексов системного воспаления. Установлена достоверная корреляция уровней СИВИ и НЛИ с тяжестью поражения печени, что позволяет рассматривать эти показатели в качестве перспективных биомаркеров для оценки тяжести поражения печени среди пациентов с ХСН.

СВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА С РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЕСТА С 6-ти МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ И ПРОГНОЗОМ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Аришева О.С., Мисан И.А., Гармаш И.В., Сафарова А.Ф., Карнаушкина М.А., Кобалава Ж.Д., Храмкова А.И.
РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Учитывая критерии цирротической кардиомиопатии, учитывая консорциум по цирротической кардиомиопатии, активно изучается левожелудочковая недостаточность. Связь с ремоделированием правого желудочка изучена недостаточно.
Цель исследования. Оценить связь ремяоделирования правых отделов с тестом 6-ти минутной ходьбы (Т6МХ), оксигенацией и краткосрочной летальностью.
Материалы и методы. Проспективное исследование, включено 130 пациентов старше 18 лет с ЦП. Пациенты проходили стандартное обследование, включающее эхокардиографию с оценкой правожелудочковой функции (TAPSE, ПЖ S′, ПЖАС) Тест с шестиминутной ходьбой (Т6МХ): оценка переносимости физической нагрузки, дистанции, сатурации кислорода до и после теста; Прогноз оценивался по частоте внутригоспитальной смертности и выживаемости через 3, 6, 12 месяцев.
Результаты. При оценке правожелудочковой функции выявлено, что пациенты с TAPSE <17 мм, S′ <9,5 см/с продемонстрировали снижение переносимости физической нагрузки. Средняя дистанцияв Т6МХ у пациентов TAPSE <17 мм составила 250,00 м [90,00; 340,00], посравнению с 335,00 [250,00; 400,00] у пациентов TAPSE ≥17 мм (p=0,016). Средняя дистанция в Т6МХ в группе S′ <9,5 см/с составила 150,00 м [115,00; 295,00], что было значительно ниже, чем у пациентовс нормальными значениями S′ 340,00 [250,00; 400,00] p=0,034). Сатурация кислорода после Т6МХ у пациентов с S′ <9,5 см/с составила 88,00 [86,00; 93,00] против 97,00 [92,25; 97,75] у пациентов с нормальными значениями S′(p=0,002). Снижение TAPSE (<17 мм) независимо ассоциировалось с более неблагоприятным прогнозом в отношении внутригоспитальной смертности по данным многофакторного анализа Кокса (скорректированное отношение рисков (скОР) 13,04; 95% доверительные интервалы (ДИ) 2,93-57,88, p=0,013). По данным многофакторного анализа снижение S <9,5 см/с), TAPSE.
Выводы.
Дисфункция правого желудочка (TAPSE, S′, RVAC) ассоциирована с худшей переносимостью нагрузки, десатурацией и неблагоприятным прогнозом. Рутинная оценка правых отделов в сочетании с Т6МХ и SpO_2 целесообразна для стратификации риска у пациентов с циррозом.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВЫСОКИХ КОНЦЕНТРАЦИЙ ИНГАЛЯЦИОННОГО ОКСИДА АЗОТА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Арсеньева Ю.А., Тимошенко Р.С., Каменщиков Н.О., Реброва Н.В., Бощенко А.А., Зиновьева А.С.
НИИ Кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность. Ингаляционный оксид азота (iNO, 200 p.p.m. 30 минут) эффективен для профилактики нозокомиальных пневмоний у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) после реваскуляризации миокарда за счет прямого антибактериального воздействия на панрезистентные штаммы. Однако его влияние на параметры гемодинамики в данной когорте не изучено, несмотря на доказанную безопасность iNO в концентрации до 1000 p.p.m. у здоровых лиц.
Цель исследования. Оценить влияние ингаляций NO в концентрации 200 p.p.m. в течение 30 минут на параметры сердечной и легочной гемодинамики у пациентов с ИБС, перенесших открытую реваскуляризацию миокарда.
Материалы и методы. Эхокардиография (ЭхоКГ) в B-, допплеровском и тканевом режимах на ультразвуковой диагностической системе Vivid 95 (GE HealthCare), оценка уровня артериального давления (АД) и сатурации кислорода выполнены у 11 пациентов с ИБС (81,8% мужчин, 18,2% женщин) с самостоятельным дыханием на 3 сутки после операции коронарного шунтирования до, на 10 и 30 минутах после начала первого сеанса iNO. Оксид азота подавали в концентрации 200 p.p.m. в течение 30 минут через лицевую маску. Статистический анализ проведен с помощью пакета статистических программ SPSS, v. 23.0 и Statisica, v. 16.0. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.
Результаты. Не выявлено влияния iNO на уровни АД, ЧСС, сатурацию кислорода, параметры глобальной и региональной сократительной, насосной и диастолической функции левого желудочка. Максимальный эффект iNO на функцию правого желудочка (ПЖ) и давление в системе легочной артерии (ЛА) зафиксирован к 10 минуте ингаляций, сохранялся до 30 минуты ингаляций и проявлялся в виде снижения скорости потока трикуспдальной регургитации ($p=0,045$), систолического давления в ПЖ ($p=0,002$), увеличения времени ускорения кровотока (АТ) в ЛА ($p=0,045$), отношения АТ к времени изгнания в ЛА ($p=0,046$), увеличения степени коллабирования нижней полой вены на вдохе ($p=0,009$), а также прироста TAPSE к 30-й минуте ингаляции ($p<0,001$). Значимых изменений иных параметров сократительной и насосной функции ПЖ, включая фракцию изменения площади, не выявлено.
Выводы.
Применение iNO в концентрации 200 p.p.m. в течение 30 минут не оказывает системного гемодинамического эффекта, являясь безопасным у пациентов с ИБС после хирургической реваскуляризации миокарда, приводит к благоприятным селективным эффектам в системе легочной артерии в виде снижения систолического и среднего давления в ней и снижению постнагрузки на ПЖ с улучшением его систолической функции.

ОЦЕНКА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛГОРИТМА МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Артемьева О.А., Губина Е.В., Стуклов Н.И., Кокорин В.А., Радченко А.В., Гимадиев Р.Р., Гольдберг А.С., Вареха Л.А., Щеголев О.Б., Макарчев А.И.
ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» ДЗМ, ФГАОУ ВО РУДН имени Патриса Лумумбы
ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, Россия
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Цистатин С представляет собой альтернативный ренальный биомаркер для оценки скорости клубочковой фильтрации (СКФ), обладающий преимуществом в клинических ситуациях с ограниченной диагностической информативностью креатинина (ожирение, кахексия, гериатрическая популяция). Методы машинного обучения (МО) позволяют идентифицировать комплексные паттерны взаимосвязей между концентрацией цистатина С и рутинными клинико-лабораторными параметрами.
Цель исследования. Создание алгоритма бинарной классификации, направленного на прогнозирование снижения СКФ, рассчитанной по цистатину С, на основе данных диспансеризации.
Материалы и методы. Проведено ретроспективное поперечное исследование с включением данных 394 взрослых пациентов (229 мужчин, 165 женщин), полученных из информационной системы сетевой медицинской лаборатории. Расчет СКФ выполнен с использованием уравнения CKD-EPI по цистатину С. Предикторами являлись клинический анализ крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), холестерин общий (ОХС), глюкоза плазмы натощак (ГПН), пол и возраст. В качестве целевого признака использовалось снижение расчетного СКФ <60 мл/мин/1,73 м². Набор данных был случайным образом поделен на обучающую и тестовую выборки в соотношении 80:20%. Для построения алгоритма МО применен ансамблевый метод линейной регрессии и градиентного бустинга на решающих деревьях на платформе LightAutoML. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета SPSS 27.0.
Результаты. Средний возраст составил 49,4±14,3 лет для мужчин и 56,6±16,4 лет для женщин. Распределение по целевым классам: среди мужчин — 45 (СКФ<60) и 184 (СКФ≥60), среди женщин — 59 (СКФ<60) и 106 (СКФ≥60). Продемонстрирована высокая предсказательная эффективность алгоритма на тестовой выборке (площадь под ROC-кривой, AUC ROC=0,88). Ранжирование предикторов по значимости: возраст, количество лейкоцитов, ГПН, ширина распределения эритроцитов по объему (RDW), концентрация гемоглобина, количество тромбоцитов, СОЭ.
Выводы.
Разработанный алгоритм МО позволяет эффективно прогнозировать снижение функции почек без использования цистатина С (AUC ROC 0,88), что может быть полезно для скрининга и ранней диагностики хронической болезни почек в условиях ограниченной доступности этого лабораторного маркера.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Артемьева О.А., Радченко А.В., Кокорин В.А., Щербо С.Н., Щеголев О.Б., Вареха Л.А., Вареха Н.В., Губина Е.В., Стуклов Н.И., Гимадиев Р.Р.
ФГАОУ ВО РУДН имени Патриса Лумумбы
ООО «ЛАБХАБ»
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г.Москва, Россия

Актуальность. Раннее выявление дисфункции щитовидной железы остается актуальной задачей системы здравоохранения. Скрининг нарушений на этапе профилактических медицинских осмотров (ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН) с использованием предиктивных моделей позволит оптимизировать назначение исследований тиреоидного профиля: тиреотропного гормона (ТТГ) и тироксина свободного (Т4 св.).
Цель исследования. Разработать и валидировать бинарную модель классификации прогнозирования гипо- и гипертиреоза на основе данных ПМО и ДОГВН: клинического анализа крови (КАК), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), концентраций общего холестерина (ОХС), глюкозы плазмы натощак (ГПН), пола и возраста.
Материалы и методы. В ретроспективный поперечный анализ включены обезличенные данные 105 625 совершеннолетних пациентов сетевых медицинских лабораторий (средний возраст 44,4 ± 15,1 года): пол, возраст, показатели КАК, СОЭ, ОХС, ГПН, ТТГ и Т4 св.
В качестве целевых переменных определены гипотиреоз (ТТГ >4,94 мЕд/л и Т4 св. <9 пмоль/л; n=537) и гипертиреоз (ТТГ <0,35 мЕд/л и Т4 св. >19,05 пмоль/л; n=154).
Для построения моделей бинарной классификации и оценки их прогностической способности (площадь под ROC-кривой AUC-ROC) использовались методы линейной регрессии и градиентного бустинга на решающих деревьях на платформе LightAutoML.
Результаты. Модель продемонстрировала удовлетворительную и клинически значимую прогностическую способность для выявления обеих патологий. AUC-ROC в прогнозе гипотиреоза составила 0,71. Прогностическая ценность модели для выявления гипертиреоза была несколько выше — AUC-ROC 0,74. Наиболее значимые предикторы модели: возраст, ширина распределения эритроцитов по объему, ОХС, лейкоциты, средний объем эритроцитов, ГПН, тромбоциты, эритроциты, СОЭ.
Выводы.
Полученные результаты свидетельствуют о возможности эффективной стратификации риска нарушений функции щитовидной железы с использованием стандартных данных диспансеризации. Внедрение подобных моделей в алгоритмы ПМО и ДОГВН может способствовать оптимизации назначения тестов тиреоидного профиля для ранней диагностики гипо- и гипертиреоза.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ IGE-ОПОСРЕДОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Артемьева О.А., Сенцова Т.Б., Гимадиев Р.Р., Чаусова С.В., Губина Е.В., Щеголев О.Б., Радченко А.В., Щербо С.Н., Макарчев А.И.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» ДЗМ
ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, Россия

Актуальность. Рост распространенности заболеваний, связанных с участием общего иммуноглобулина Е (IgE), включая аллергические, воспалительные, онкологические заболевания, иммунодефициты и паразитарные инвазии, диктует необходимость разработки эффективных скрининговых инструментов. Несмотря на перспективность методов машинного обучения (МО) в диагностике IgE-опосредованных заболеваний, проблема идентификации надежных диагностических предикторов среди рутинных клинико-лабораторных параметров до сих пор не решена.
Цель исследования. Оценить возможность прогнозирования повышенного уровня IgE (>100 МЕ/мл) как маркера IgE-опосредованных заболеваний на основе стандартных показателей диспансеризации у взрослых.
Материалы и методы. Проведено одномоментное ретроспективное исследование данных 12 307 взрослых пациентов (средний возраст 41,8 ± 14,6 лет), полученных из сетевых медицинских лабораторий. В качестве предикторов использовались показатели клинического анализа крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), уровень общего холестерина, глюкоза плазмы натощак, пол и возраст. Для создания прогностической модели применялся ансамблевый метод (линейная регрессия и градиентный бустинг на решающих деревьях) с использованием платформы LightAutoML. Точность модели оценивалась по показателю площади под кривой ROC-анализа (AUC ROC) на тестовой выборке.
Результаты. В группе с повышенным уровнем IgE (n=3772) медиана [Q1; Q3] концентрации составила 228 МЕ/мл [144; 425], в группе с нормальным уровнем (n=8265) в — 26 МЕ/мл [12; 50]. Модель продемонстрировала ограниченную прогностическую способность: AUC ROC составила 0,66. Наиболее значимые предикторы (анализ feature importance): абсолютное значение эозинофилов, возраст, концентрация глюкозы, показатели среднего объема эритроцитов и СОЭ.
Выводы.
Стандартные параметры диспансеризации демонстрируют низкую прогностическую ценность в отношении повышенного уровня IgE у взрослых, что указывает на необходимость поиска дополнительных предикторов или смещение фокуса на детскую популяцию различного возраста, где формирование IgE-сенсибилизации может иметь более выраженные корреляции с базовыми клинико-лабораторными показателями.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИОКАРДИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Арчаков Е.А.
НИИ Кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность. Воспаление играет важную роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. Итогом локального воспаления миокарда является фиброз, служащий субстратом для различных нарушений сердечного ритма. При этом вклад системного воспаления при миокардите изучен недостаточно.
Цель исследования. Оценить показатели системного воспалительного ответа при миокардите у пациентов с фибрилляцией предсердий.
Материалы и методы. В исследуемую выборку включено 63 пациента, которые проходили интервенционное лечение фибрилляции предсердий в стационаре. Из них 49 (77,8%) мужчин. Медиана возраста составила 46 (39; 54) лет. Во время катетерной процедуры всем больным проведена эндомиокардиальная биопсия (ЭМБ) с последующей гистологической диагностикой.
Результаты. Хронический миокардит выявлен у 29 больных (46,1%). Показатели «индекс системного воспалительного ответа» и «совокупный системный индекс воспаления» оказались значимо ниже в группе пациентов с миокардитом (p=0,03 и p=0,01 соответственно). Проанализированы ROC кривые данных показателей — «индекс системного воспалительного ответа» (AUC 0,649, чувствительность 53,33, специфичность 81,82, ассоциированный критерий ≤0,60, p=0,04), «совокупный системный индекс воспаления» (AUC 0,662, чувствительность 43,33, специфичность 93,94, ассоциированный критерий ≤103,34, p=0,02). Множественный регрессионный анализ не показал прогностического влияние факторов на наличие миокардита.
Выводы.
Показатели «индекс системного воспалительного ответа» и «совокупный системный индекс воспаления» ниже в группе пациентов с миокардитом. Уровень показателей системного воспаления не оказывал влияние на наличие или отсутствие признаков локального воспалительного процесса в миокарде у пациентов с фибрилляцией предсердий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИКОРАНДИЛА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Атаева З.Н., Гусейнова Р.К., Кудаев М.Т., Магомедов А.З., Ахмедова Д.А., Эзиляева М.Р., Османова А.В.
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность. В качестве препаратов 1-й линии антиангинальной терапии обычно применяются β-адреноблокаторы, при их непереносимости — недигидропиридиновые ритмурежающие антагонисты кальция, так же и дигидропиридины, которые назначаются в комбинации с β-адреноблокаторами. Однако, до 30% больных имеют резистентную к такой терапии стенокардию, и им требуется назначение дополнительных средств. Экспериментальные данные и результаты клинических исследований свидетельствуют о высокой антиангинальной эффективности модуляторов калиевых каналов в качестве 2-й линии терапии. Основным представителем этой группы является никорандил.
Цель исследования. Оценить эффективность препарата Кординик (никорандил) Пик-Фарма, Россия, в лечении пациентов с ИБС.
Материалы и методы. В исследование вошли 29 пациентов в возрасте от 65 до 73 лет, со стабильной стенокардией и высоким риском неблагоприятных исходов. Пациенты были случайным образом распределены на 2 группы. Основную группу составили пациенты, которым к лечению был добавлен никорандил по 10 мг 2 раза в день с постепенным повышением дозы через 2 недели до 20 мг 2 раза в день. Пациенты исследуемых групп были сопоставимы по основным параметрам. Перед исследованием и через 2 месяца проводились общеклинические методы исследования, контроль АД, регистрация ЭКГ, ВЭМ на многофункциональной диагностической станции CS 200 (фирмы SHILLER), допплерография сосудов нижних конечностей, показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики на системе ультразвукового сканирования Simens (Sonoline G50); уровень тревоги оценивался по шкале Гамильтона, показатель качества жизни по визуально-аналоговой шкале, толерантность к физической нагрузке определялась методом 6-ти минутной ходьбы.
Результаты. В основной группе частота приступов стенокардии уменьшилась на 60%, в контрольной на 38%, ($p<0,05$). На фоне приема никорандила так же отмечается снижение длительности приступов стенокардии более выраженное, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Следует отметить, что через месяц терапии статистически возросла толерантность к физической нагрузке на 49% ($p<0,05$) и до конца исследования динамика продолжилась, что говорит об отсутствии развития привыкания к этому препарату.
Переносимость никорандила практически у всех пациентов была хорошей. Повышение качества жизни и снижение тревожности наблюдалось практически у всех пациентов основной группы ($p<0,05$). Головные боли появились только у 7 пациентов, были незначительные и самопроизвольно купировались на 4-5 день регулярного приема препарата.
Выводы.
Никорандил (Кординик) в дозе 20 мг — 3 раза в сутки приводит к существенному уменьшению количества приступов стенокардии, выраженности ангинозных болей, повышению толерантности к физической нагрузке, улучшению качества жизни и может применяться с целью профилактики и купирования приступов в качестве комбинированной терапии.

ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Бабина Н.А., Корягин В.С., Корягина Н.А.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Для оценки вклада организации медицинской помощи населению представляет интерес не только структура смертей в половозрастном разрезе и в разрезе нозологий, но и анализ структуры летальных исходов в аспекте места наступления смерти, что может быть косвенным индикатором эффективности оказанной медицинской помощи и послужить.
Цель исследования. Анализ региональных особенностей структуры смертности в зависимости от места наступления смерти с 2019 по 2024 г.
Материалы и методы. В качестве источника данных о месте наступления смерти использовался пункт 12 МСС — «место смерти». К категории умерших вне стационара были отнесены МСС с указанием в п. 12 «место смерти» следующие варианты: «дома», «на месте происшествия», «в другом месте», «в образовательной организации». Учитывались МСС, выданные как по результатам вскрытия, так и по результатам осмотра врачом с учетом медицинской документации с 2019 по 2024 г.
Результаты. Доля лиц, умерших в машине сокрой помощи, от погибших лиц в своей возрастной группе относительно стабильна в старших возрастных группах и незначительно варьируется от года к году в группе лиц младше 18 лет и в группе 18-29 лет, что обусловлено особенностями структуры причин смерти в этих группах — лидирующей позицией причин из класса травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, таким образом место смерти от указанных причин может варьироваться от места происшествия и машины скорой помощи до стационара в 2019 г. 1,2%, 2,2% — 2022 года, 1,2% в 2024 году. Что касается возрастной структуры летальных исходов в стационаре, отмечается отчетливая тенденция к увеличению доли летальных исходов в стационаре в 2024 г. в сравнении с 2019 годом в группах младше 18 лет (33% и 50%, соответственно), 50-59 лет (37% и 42%), 60-69 лет (40% и 45%), 70-79 лет (41% и 49%), 80 лет и старше (30% и 37%). Вместе с тем отмечается снижение доли стационарных смертей в группе 18-29 лет (37% и 29%), 30-39 лет (47% и 41%). В 2020 и 2021 гг. практически во всех возрастных группах увеличение доли умерших в стационаре, обусловленное пандемией новой коронавирусной инфекции, с дальнейшей стабилизацией показателя в 2022-2024 гг. В течение 6 лет увеличение на 23% доли умерших в стационаре от болезней эндокринной системы, что с одной стороны может быть проявлением смены подходов к кодированию причин смерти в отношении класса эндокринных заболеваний, с другой стороны может свидетельствовать о качестве оказания медицинской помощи при данных заболеваниях. Отчетливо выявляются гендерные различия в структуре летальных исходов по месту смерти. На протяжении всего анализируемого периода доля мужчин, погибших в условиях стационара, превышает аналогичный показатель у женщин, что может косвенно свидетельствовать о низкой приверженности мужчин к профилактическим мероприятиям и поддерживающей терапии, и как следствие более частая встречаемость летальных исходов от острых состояний. Вместе с тем у мужчин несколько более выраженная тенденция к увеличению доли летальных исходов в стационаре, чем у женщин ($p=0,05$).
Выводы.
Анализ структуры смертности по месту наступления летальных исходов с учетом половозрастного состава летальных исходов и причин смерти представляется перспективным способом в дополнительной оценке эффективности мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ПЕРЕНЕСШИХ ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ

Багаутдинова Л.И., Дударев М.В., Саркисян Д.С.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) характеризуется генетической разнородностью возбудителей. Часто кардиальные нарушения при ИКБ протекают бессимптомно, что позволяет выявлять их только с использованием специальных диагностических методов.
Цель исследования. Оценить частоту встречаемости нарушений ритма сердца и проводимости при ИКБ.
Материалы и методы. В исследование включено 73 пациента в возрасте 18-65 лет (37 лиц с ИКБ, вызванный B.miyamotoi, 36 лиц с ИКБ, вызванный B.burgdorferi sl). Электрокардиографическое исследование выполнялось на 1-3 день госпитализации, через 2 и 12 месяцев.
Результаты. На 1-3 день наблюдения у перенесших ИКБ, вызванный B.miyamotoi, наиболее часто встречалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса (21,6%), а также нарушение внутрижелудочковой проводимости (5,4%). В группе сравнения данные нарушения проводимости сердца встречались гораздо реже — в 2,8% и 2,8% соответственно. Через 2 месяца у реконвалесцентов ИКБ, вызванного B.miyamotoi, гораздо реже регистрировалась нарушенная внутрижелудочковая проводимость (3,6%), а также нарушенная проводимость по правой ножке пучка Гиса (3,6%). У 8,1% больных ИКБ, вызванным B. miyamotoi, в острый период заболевания регистрировались признаки нарушения процессов быстрой конечной реполяризации миокарда желудочков, проявляющиеся уплощением или инверсией зубца Т. По прошествии 2 месяцев указанные нарушения отмечались реже. В группе сравнения указанных нарушений выявлено не было. Отметим, что частым ранним симптомом у перенесших ИКБ вызванного B.miyamotoi, была синусовая аритмия (19,4%), синусовая брадикардия (13,5%), а также синусовая тахикардия (10,8%), сохраняющиеся на протяжении 2 месяцев. Наиболее часто синусовая тахикардия встречалась в группе перенесших ИКБ, вызванного B.miyamotoi.
Выводы.
Наибольшая выраженность нарушений проводимости сердца, изменения конечной части желудочкового комплекса, синусовая тахикардия, а также синусовая аритмия отмечалась в группе больных ИКБ, вызванного B.miyamotoi, в первые два месяца наблюдения; далее по всем рассматриваемым параметрам отмечалась положительная динамика. Нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков, а также нарушения проводимости наряду с клиническими проявлениями (кардиалгия, одышка, сердцебиение) являются неспецифическим, но достаточно ранним признаком поражения миокарда. Указанные обстоятельства свидетельствуют о необходимости более углубленного динамического исследования состояния системы кровообращения у перенесших ИКБ.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОТЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА С ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бакиров Б.А., Мхитарян Л.А.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Современные исследования указывают на весомую роль хронического воспаления в патогенезе миелопролиферативных новообразований. Одним из факторов, способствующих прогрессированию системного воспаления, является изменение состава микробиоты кишечника.
Цель исследования. Изучение взаимосвязи состава микробиоты толстого кишечника с заболеваниями, входящим в группу миелопролиферативных новообразований (МПН) (истинная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, идиопатический миелофиброз).
Материалы и методы. В исследование были включены 110 пациентов с Ph — МПН (истинная полицитемия — 53 (48,18 %), эссенциальная тромбоцитемия — 33 (30%), миелофиброз — 24 (21,81%)) в возрасте от 20 до 85 лет. Основными критериями включения были верифицированный диагноз по критериям ВОЗ 2016 и наличие постоянной терапии. Средняя продолжительность заболевания пациентов — 7,02 года. Пациенты получали терапию основного заболевания препаратами: гидроксимочевиной — 45 пациентов (40,9%), интерфероном альфа — 26 пациентов (23,63%), руксолитинибом — 22 пациентов (20%), пациенты без медикоментозноий терапии — 17 пациентов (15,45%). Каждому пациенту был проведен анализ кала на колонофлор-16 (количественная и качественная оценка состояния микробиоценоза толстой кишки) для выявления дисбиотических нарушений методом ПЦР в реальном времени с использованием тест-системы «КОЛОНОФЛООР-16 (биоценоз)» (ООО Альфалаб, Россия).
Результаты. В ходе исследования в фекалиях 110 пациентов с МПН выявлены анаэробный дисбаланс (у 18,19%) а также условно-патогенные микроорганизмы в клинически значимых количествах, которые являются этиологическим фактором развития воспалительных заболеваний кишечника, а также индикатором иммунодефицитных состояний. У пациентов МПН на фоне сниженного содержания комменсальных бактерий определяется избыточный рост условно-патогенной флоры и присутствие патогенных микроорганизмов.
Чаще чем в других группах отклонения выявлялись в группе пациентов. Получающих терапию Гидроксимочевиной, а именно Klebsiella pneumoniae 5 (100%), Clostridium perfringens 5 (62,5%), Parvimonas micra 4 (66,66%), Clostridium difficile 3 (100%), Candida 2 (100%).
Выводы.
У пациентов с МПН на фоне проводимой терапии диагностированы дисбиотические нарушения толстого кишечника. Особо выраженные нарушения выявлены у пациентов, получающих терапию гидроксимочевиной.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бакиров Б.А., Ласынова Г.Х., Гарифуллина А.Г.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Саркопения — значимый предиктор неблагоприятных исходов у онкогематологических больных. При хронических миелопролиферативных заболеваниях (ХМПЗ) ее развитие может усугубляться хроническим воспалением и цитокиновым дисбалансом

Цель исследования. Комплексная оценка частоты встречаемости саркопении и анализ ее зависимости с клиническими, лабораторными параметрами и структурой коморбидности у пациентов с ХМПЗ.

Материалы и методы. В исследование было включено 39 пациентов с ХМПЗ: истинная полицитемия (n=18), эссенциальная тромбоцитемия (n=13) и первичный миелофиброз (n=8). Средний возраст составил 61.2 ± 12.1 года, соотношение мужчин и женщин — 17:22. Критерии включения: 1) информированное согласие; 2) возраст 18-80 лет; 3) верифицированный диагноз ХМПЗ; 4) статус по шкале ECOG <2. Критерии исключения: тяжелые неврологические заболевания (болезнь Паркинсона, последствия инсульта), активные формы рака, длительный прием глюкокортикоидов (>3 мес.), алкоголизм, наркомания. Диагностика саркопении проводилась по критериям EWGSOP2 (SARC-F ≥4 баллов, динамометрия, SPPB-тест). Проанализированы коморбидность и лабораторные показатели. Для статистического анализа использовались U-критерий Манна-Уитни и точный критерий Фишера.

Результаты. Саркопения была диагностирована у 8 пациентов (20,5%). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Анализ коморбидности: в группе с саркопенией наблюдалась тенденция к большей распространенности и тяжести сердечно-сосудистой (ХСН ФК III, постинфарктный кардиосклероз) и неврологической патологии (дисциркуляторная энцефалопатия с вестибуло-атактическим синдромом). Лабораторные показатели: Саркопения ассоциирована с выраженной анемией: уровень гемоглобина (116.6 г/л vs 144.8 г/л, p <0.05) и количество эритроцитов (4.52 млн/мкл vs 5.16 млн/мкл, p <0.05) были достоверно ниже. Маркер системного воспаления СОЭ был выше в группе с саркопенией (19.0 мм/ч vs 9.7 мм/ч, p <0.05). Также исследование выявило тенденцию к гипопротеинемии у пациентов с саркопенией.

Выводы.

1. На расширенной выборке подтверждена высокая распространенность саркопении у пациентов с ХМПЗ, составляющая 20,5%.
2. Развитие саркопении носит многофакторный характер и является результатом взаимодействия, собственно, миелопролиферативного заболевания (анемия, воспаление), возрастного снижения мышечной массы и высокой коморбидной нагрузки.
3. Выявленная связь с анемией и маркерами воспаления подчеркивают важность комплексного лабораторного обследования.
4. Полученные данные смещают фокус с пассивного наблюдения на необходимость комплексного ведения таких пациентов, включая активное выявление саркопении, нутритивную поддержку и индивидуальные программы физической реабилитации.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Балабаева Н.В., Холина Е.А., Пилиева Е.В., Сидоренко Ю.В.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Поиск путей повышения эффективности лечения коморбидной патологии на основе изучения патогенетических механизмов является актуальными для снижения частоты обострений и замедления прогрессирования заболеваний.
Цель исследования. Изучить динамику показателей системы фагоцитоза у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2-го типа на фоне туберкулеза легких (ТЛ) при использовании комплексного лечения.
Материалы и методы. Под наблюдением находилось 128 пациентов, в т.ч. 80 больных — с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на фоне ТЛ (первая группа), 48 больных с ХОБЛ на фоне ТЛ (вторая группа). Больные первой группы до начала лечения методом слепой рандомизации были распределены на две группы: основную — 43 чел., и сопоставления — 37 чел. Больным основной группы дополнительно к базисному лечению (согласно существующим клиническим рекомендациям) назначали препараты карбоцистеина — 750 мг 3 раза в день 8 дней, и таурина — таблетки по 500 мг 2 раза в день в течение 3 недель. Фагоцитарную активность моноцитов (ФАМ) исследовали оригинальным чашечковым методом и анализировали следующие показатели: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ) и индекс переваривания (ИП).
Результаты. Проведенное иммунологическое исследование позволило установить, что у пациентов происходило существенное угнетение функциональных возможностей макрофагально-моноцитарной фагоцитирующей системы. Сравнительный анализ ФИ свидетельствовал, что более выраженные изменения имели место у пациентов первой группы, у которых показатель был ниже в среднем в 1,6 раза ($p < 0,01$) по сравнению с респондентами второй группы. Значение ФЧ у больных первой группы было ниже референтной нормы в среднем в 2,1 раза ($p < 0,01$), во второй группе — в 1,5 раза ($p < 0,05$), при этом межгрупповая разность также была достоверна ($p < 0,01$). Аналогичная тенденция выявлена и при исследование ИП: этот показатель у больных первой группы был ниже значения нормы в среднем в 1,36 раза ($p < 0,01$) и в среднем в 1,12 раза ($p < 0,05$) ниже, чем у обследованных второй группы. Проводимое лечение у пациентов основной группы способствовало выраженной положительной динамике показателей ФАМ.
Выводы.
У пациентов с коморбидной хронической патологией легких, сочетанной с СД 2-го типа выявлено угнетение функциональной активности моноцитов (снижение показателей ФЧ, ФИ, ИА). Включение комбинации препаратов карбоцистеина и таурина в комплекс лечения таких больных способствовало положительной динамике иммунологических показателей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Бегдамирова А.А., Ализаде И.Б., Мамедова А.П., Газвинова Э.А.
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) остается одной из ведущих причин госпитализации и летальности среди лиц старшего возраста.
Цель исследования. Оценить клинические особенности течения ВП у пожилых пациентов и рассмотреть современные подходы к терапии.
Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 пациентов ≥65 лет с подтвержденной ВП. Контрольную группу составили 25 человек. Проводилась оценка клинической картины, определение сатурации кислорода O2, уровень лейкоцитов крови, С-реактивный белок (СРБ). Проводимое лечение — цефуроксим в сочетании с азитромицином 15 дней, с переходом per os 15 дней только на прием амоксициллина/клавуната. Была назначена мильгамма, дыхательная гимнастика, оксигенотерапия.
Результаты. При проведении клинического обследования пожилых пациентов (n=60) одышка (в покое и при физической нагрузке) выявилось у 50 (83,3%) больных, малопродуктивный кашель у 42 (70,0%), тахикардия у 55 (91,0%) и тахипноэ у 48 (80,0%) больных.
У пожилых пациентов с ВП наблюдалась также декомпенсация фоновых заболеваний. Так, декомпенсация сахарного диабета выявилась у 22 (36,6%), прогрессирование почечной недостаточности у 10 (16,6%) и застойной недостаточности у 13 (21,6%), обострение хронической обструктивной болезни легких у 15 (25,0%) пациентов. Наблюдались также симптомы центральной нервной системы — сонливость, заторможенность у 48 (80,0%). Сатурация O2 была снижена до 90% у 57 (95,0%), СРБ повышен у 57 (95,0%), лейкоцитоз со сдвигом влево у 53 (88,3%). После проведенного лечения одышка прошла у 41 (82,0%) из 50, кашель исчез у 34(80,9%) из 42, тахикардия и тахипноэ прошла у 44(80,0%) из 55 и 39(81,25%) из 48 больных, соответственно. Сатурация поднялась до 98% у 57 (100%), СРБ нормализовался у 54 (94,7%) из 57, уровень лейкоцитов был восстановлен у 50 (94,3%) из 53 больных. Отмечается нормализация симптомов со стороны ц.н.с. у 48 (100%) больных. Проведенная терапия способствовала стабилизации состояния без признаков прогрессирования декомпенсации фоновых заболеваний.
Выводы.
У пациентов пожилого возраста ВП протекало с атипичными симптомами, отмечалась декомпенсация сопутствующих заболеваний. Подобранная нами схема антибактериальной терапии в сочетании с методами реабилитации позволило улучшить клинический исход и качество жизни пожилых пациентов.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЛИРЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ НА ФОНЕ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Беккер Р.А., Быков Ю.В.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Аденомы паращитовидных желез — одна из недооцененных причин вторичной артериальной гипертензии (АГ) и устойчивых психических расстройств, включая поли-резистентную депрессию (ТРД). Избыточная секреция паратиреоидного гормона (ПТГ) влияет на кальциевый обмен, сосудистый тонус и нейропсихические функции, вызывая широкий спектр симптомов. При этом характерные клинические признаки гиперпаратиреоза могут отсутствовать, что затрудняет своевременную диагностику. Особенно важно учитывать такую этиологию у пациентов с атипичной картиной, сочетающей АГ, тревожно-депрессивные проявления, устойчивость к терапии и непереносимость препаратов витамина D. Выявление и устранение причины может дать стойкую ремиссию без необходимости пожизненного назначения психотропных и гипотензивных препаратов.
Описание случая. Пациентка, 44 года, в течение 4 лет наблюдалась с диагнозами АГ и ТРД. Применение стандартной гипотензивной и антидепрессивной терапии не приносило стойкого эффекта. При обследовании выявлены: сниженный уровень 25(OH)D3, повышение ПТГ (108 пг/мл), 1,25-дигидроксивитамина D (68 пг/мл), ионизированного кальция (1,42 ммоль/л). УЗИ не выявило патологии, однако прицельная КТ шеи обнаружила аденому левой паращитовидной железы (7 мм). Проведена паращитовидэктомия. В течение 3 недель после операции — нормализация АД, улучшение самочувствия, полная ремиссия депрессивных симптомов и исчезновение жалоб на «приливы».
Заключение.
Этот клинический случай демонстрирует важность включения гиперпаратиреоза в дифференциальный ряд при сочетании АГ и ТРД. Даже при отсутствии типичных проявлений, таких как нефролитиаз или остеопороз, аденома паращитовидной железы может быть ведущей причиной устойчивых симптомов. Прицельная диагностика и своевременное хирургическое вмешательство позволяют устранить эндокринную основу патологии и добиться стойкого улучшения как соматического, так и психического состояния пациента.

ТЯЖЕЛЫЙ ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ КРИЗ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ОСТРОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ОСТРЫМ ЭПИЗОДОМ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ-ДЕРЕАЛИЗАЦИИ

Беккер Р.А., Быков Ю.В.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Гипертензивные кризы могут быть первым проявлением ранее не диагностированной артериальной гипертензии и нередко осложняются острыми неврологическими симптомами. В то же время наличие острых тревожно-диссоциативных состояний, таких как деперсонализация и дереализация, может маскировать тяжелые соматические патологии и затруднять своевременную диагностику и терапию. Описание таких случаев позволяет повысить настороженность врачей при встрече с нехарактерной клинической картиной гипертонического криза.
Описание случая. Пациент, 64 года, с анамнезом большого депрессивного расстройства, перенес ОИМ во время пребывания в г. Эйлат (Израиль). Боль не купировалась нитроглицерином, диагностирован обширный ОИМ. Из-за удаленности стационара был вызван санитарный вертолет. Во время транспортировки развилась потеря сознания, выполнена интубация. Для анальгезии применяли инфузии кетамина (50 мг/ч) и бупренорфина (12 мкг/ч). В госпитале «Хадасса Эйн-Керем» экстренно выполнено аортокоронарное шунтирование. Анестезия включала ксенон, кетамин, бупренорфин и дексмедетомидин. Седация продолжалась еще сутки после операции. Психическое состояние в послеоперационный период оставалось стабильным. Антидепрессанты не назначались. Пациент активно участвовал в реабилитации, ПИД не развилась.
Заключение.
Представленный случай подчеркивает значимость своевременного выявления и купирования сопутствующих острых тревожно-диссоциативных реакций при гипертензивном кризе. Именно психопатологические проявления, ассоциированные с синдромом деперсонализации-дереализации, препятствовали эффективному контролю артериального давления. Комбинация бензодиазепинов, дроперидола и центральных антигипертензивных препаратов позволила не только нормализовать АД, но и снять острое диссоциативное состояние, что обеспечило успешный исход. Это наблюдение акцентирует внимание на важности междисциплинарного подхода к неотложным состояниям.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИСТАНЦИОННОГО ДИЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Беленков Ю.Н., Кожевникова М.В., Абдуллаева Г.Б., Серданадзе Д.А.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Технология ДДИ предназначена для неинвазивного измерения уровня жидкости в легких (20-35% оптимальное содержание жидкости в легких, 36-40% повышенное, 41-50% высокое).
Описание случая. Пациент 53 лет с диагнозом: Хронический гиперсенситивный пневмонит, леченный кортикостероидами, Микофенолата мофетилом, Нинтеданибом, прогрессирующй фибротический фенотип. При госпитализации предъявлял жалобы на одышку, соответствующую 3 баллам по шкале mMRC, снижение толерантности к физическим нагрузкам, отеки голеней и стоп. SpO2 93% в покое. По результатам обследования: ФЖЕЛ 33%, ОФВ1 37%, ОФВ1/ФЖЕЛ 89%, DLCO 31%, DLCO/VA 80%, ОЕЛ 44%.
При КТ органов грудной клетки: в обоих легких, больше в верхних отделах, множественные очаги низкой «матовой» плотности, выраженные ретикулярные изменения в нижних долях с формированием участков «сотового легкого». Жидкости в плевральных полостях нет. Умеренная лимфаденопатия средостения (11-13 мм). По данным ЭХО-КГ: иОЛП 37,5 мл/м^2, ФВ 63%, ТМЖП 11-14 мм, ПП 47 мл, ПЖ 33 мм, толщина свободной стенки ПЖ менее 5 мм, СДЛА 38 мм.рт.ст., Е/А 0,65. Результат ДДИ 42%. Назначены Торасемид, Спиронолактон и Дапаглифлозин. На фоне лечения отметил уменьшение одышки, повышение толерантности к физическим нагрузкам, регресс отеков. Результат ДДИ перед выпиской из стационара 36%.
Заключение.
Одышка у пациента обусловлена прогрессированием фиброза и присоединением СН. Повышение значений ДДИ вызвано замещением паренхимы легких фиброзной тканью, что приводит к увеличению диэлектрической проницаемости и электропроводности и развитием застоя в малом круге кровообращения. Данный клинический случай продемонстрировал возможность применения ДДИ для дифференциальной диагностики одышки и оценки эффективности проводимой терапии.

УДАЛЕННЫЙ МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА С ПОМОЩЬЮ РОБОТИЧЕСКОГО ГОЛОСОВОГО ПОМОЩНИКА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Беленков Ю.Н., Кожевникова М.В., Зекцер В.Ю., Чумалаева Ш.Р.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Пилотное рандомизированное исследование на базе Сеченовского университета в сотрудничестве с ПАО «ВымпелКом (Beeline)».
Цель исследования. Оценить влияние удаленного мониторинга пациентов (УМП) на изменение массы тела, окружности талии, ИМТ, индексов абдоминального (индекс накопления липидов — LAP) и висцерального ожирения (VAI) и гликемии натощак у пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа (СД2).
Материалы и методы. Рандомизированное пилотное исследование с параллельными группами (n=60; 30 — УМП с голосовым помощником vs 30 — стандартная помощь). Оценки — исходно и через 1 месяц; в анализ включены масса тела, окружность талии, ИМТ, LAP, VAI и гликемия натощак. Статистический анализ: описательная статистика (M±SD или Me, Q1-Q3), тесты нормальности (Shapiro-Wilk/Kolmogorov-Smirnov), для межгрупповых сравнений — t-тест Стьюдента или U-критерий Манна-Уитни; $p < 0,05$ считалось значимым.
Результаты. Масса тела через 1 месяц снизилась в группе УМП: 95,0 (88,5-100,0) → 92,0 (89,25-97,50) vs контроль 105,5 (99,2-113,8) → 105,0 (97,75-115,00), $p < 0,001$; ИМТ: УМП 33,0 (31,25-35,00) → 33,0 (31,00-34,75) vs контроль 34,0 (32,00-37,75) → 34,0 (31,25-38,75), $p=0,181$ (NS). LAP: УМП 77,41 (63,30-126,08) → 59,36 (51,00-98,85) vs контроль 80,45 (55,52-97,72) → 85,15 (54,95-106,50), $p=0,271$ (NS). VAI: исходно УМП 2,70 vs контроль 2,00, $p=0,006$; через 1 месяц УМП 1,80 vs контроль 1,35, $p=0,085$ (NS). Гликемия натощак: исходно УМП 7,45 vs контроль 6,82, $p=0,045$; через 1 мес. УМП 6,75 vs контроль 7,00, $p=0,321$ (NS).
Выводы.
УМП с голосовым помощником обеспечил статистически значимое краткосрочное снижение массы тела по сравнению со стандартной помощью ($p < 0,001$). По ИМТ, LAP, VAI и гликемии натощак достоверных различий в динамике между группами не выявлено ($p > 0,05$), однако в группе УМП наблюдаются положительные тенденции (уменьшение ИМТ, LAP и гликемии). Исходные различия по VAI и гликемии ($p=0,006$ и $p=0,045$ соответственно) и ограниченная мощность пилотного исследования (n=60) могут объяснять отсутствие значимых различий по ряду показателей; требуются более крупные и длительные исследования для подтверждения эффектов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АФЕРЕЗ-ПСОРАЛЕН-УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕПАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОМ

Белых В.И.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Изучить клиническую эффективность проведения аферез-псорален-ультрафиолетовой терапии (АПУФТ) в комплексном лечении больных геморрагическим микротромбоваскулитом (ГМВ).
Цель исследования. Изучить клиническую эффективность проведения аферез-псорален-ультрафиолетовой терапии (АПУФТ) в комплексном лечении больных ГМВ.
Материалы и методы. АПУФТ была применена у 4 больных ГМВ, с неэффективной предшествующей терапией. Каждый курс состоял из 4 сеансов АПУФТ (два сеанса в течение первых двух дней лечения с последующим повторением через 2-4 недели). За 1,5 часа до начала процедуры больной принимал внутрь индивидуально подобранную дозу 8-метоксипсоралена. Затем проводится забор крови в сдвоенный пластиковый контейнер 500/300 с последующим центрифугированием в течение 20 минут при 1700 об/мин, после чего отделяли плазму вместе с верхним слоем клеток в малый мешок. В эту фракцию вместе с плазмой попадает большая часть содержащихся в крови лейкоцитов (особенно лимфоцитов) и тромбоцитов. После центрифугирования эритроцитарную массу возвращают больному, а мешок с плазменно-лейкоцитарной смесью подвергают ультрафиолетовому облучению при длине волны 380-400 нм с расстояния 30-40 см. Время облучения 20 минут после облучения смесь возвращали в кровоток больного.
Результаты. У больных ГМВ включение АПУФТ и комплексное лечение привело к значительному улучшению во всех случаях. У больных прекратились свежие высыпания на коже и артралгия, а у больной с некротическими изменениями на коже конечностей отмечено заживление ран.
Выводы.
Экстракорпоральная АПУФТ перспективна при включении в комплексное лечение при ГМВ.

АПРОБАЦИЯ ЦИФРОВОГО ТРЕНАЖЕРА АУСКУЛЬТАЦИИ С ПОДДЕРЖКОЙ НЕЙРОСЕТЕВОЙ ЯЗЫКОВОЙ МОДЕЛИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Бельских Э.С., Урясьев О.М., Юневич Е.А., Столяров Э.В., Глотов С.И.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Аускультация остается важнейшим клиническим навыком, однако традиционное обучение ограничено доступностью и вариативностью случаев. Цифровые симуляторы обеспечивают масштабируемый доступ к редким феноменам. Встроенные подсказки на основе нейросетевой языковой модели позволяют снижать когнитивную нагрузку и оперативно разъяснять термины, что повышает эффективность самостоятельной работы студентов.
Цель исследования. Оценить пригодность и краткосрочную учебную эффективность цифрового тренажера аускультации с контекстной подсказкой нейросетевой модели в образовательной среде.
Материалы и методы. Тренажер (свидетельство о регистрации программы для ЭВМ №2025661319, РФ, 2025) включает учебный режим с многократным прослушиванием феноменов и подсказками модели и тестовый режим без подсказок. Библиотека содержит 5 кардиологических и 10 пульмонологических шумов. В апробации участвовали 20 врачей и 109 студентов 4-6 курсов. Программа устанавливалась на ноутбуки с Windows 10/11. Основным исходом было число верных ответов при распознавании звуков; сравнения выполнены непараметрическими методами при $p < 0,05$. Подгруппа студентов ($n=38$) прошла повторное тестирование через 1 неделю.
Результаты. Медиана правильных ответов по дыхательным шумам составила 7[6;8] у врачей и 7[6;7] у студентов; по сердечным — 2,5[2;3] и 2[2;3] соответственно. Различий между группами не выявлено. При повторном тестировании студентов достоверного прироста по дыхательным феноменам не отмечено, тогда как по кардиологическим феноменам зафиксировано улучшение на 1 балл (с 2[2;2] до 3[3;4], $p < 0,05$). Это отражает перенос стратегий распознавания, сформированных в учебном режиме с подсказками. Пользователи отметили простоту запуска, понятный интерфейс и мотивацию к повторным попыткам.
Выводы.
Цифровой тренажер с контекстными пояснениями нейросетевой модели продемонстрировал пригодность для внедрения в обучение и статистически значимое улучшение распознавания кардиологических феноменов. Подсказки позволили стандартизировать терминологию и облегчить освоение диагностических ориентиров. Ограничения исследования связаны с малым числом участников и кратким горизонтом наблюдения; перспективы включают расширение библиотеки звуков и проверку долгосрочной эффективности.

АКСИАЛЬНЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ У ПАЦИЕНТКИ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ

Беляева Е.А., Хоченкова А.С.
ФГБОУ ВО «ТулГУ», медицинский институт., г. Тула, Россия

Актуальность. Причины боли в спине у молодых пациентов многообразны, однако типичные признаки воспалительной боли в спине (постепенное начало в возрасте до 40 лет; улучшение после физических упражнений; отсутствие улучшения после отдыха; ночная боль с улучшением при пробуждении) позволяют своевременно установить диагноз воспалительного заболевания позвоночника — спондилоартрита.
Описание случая. Пациентка К., 38 лет, сколиоз выявлен в 6 лет, с возрастом отмечала прогрессирование деформации. Консервативная терапия без эффекта, в 29 лет с диагнозом «диспластический комбинированный сколиоз IV ст.» проведена дорсальная коррекция и фиксация деформации позвоночника системой expedium, задний спондилодез аутокостью. Продолжила наблюдение у хирурга по месту жительства. Боли в позвоночнике беспокоили периодически после повышенной нагрузки. В марте 2024 г. в связи с усилением боли в спине выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника. Заключение: признаки умеренных дегенеративных изменений грудного отдела позвоночника. Правосторонний сколиоз 3 ст. Состояние после транспедикулярной фиксации позвоночника. С октября 2024 г. отметила ухудшение состояния, стойкие боли в поясничном отделе позвоночника, наиболее интенсивные в ночное время, скованность более 5 часов. При дообследовании HLA-B27 (+). На МРТ крестцово-подвздошных сочленений (КПС) — активный правосторонний сакроилиит (СИ). Установлен диагноз аксиального спондилита. Была проконсультирована в Институте ревматологии им. В.А. Насоновой, диагноз не вызывает сомнений. Рекомендована госпитализация в клинику института для инициации ГИБТ. Пациентка воздерживается. В дальнейшем — лихорадка до 37,5о, боли, припухлость правого коленного сустава, ограничение движений в нем, проведена лечебно-диагностическая пункция сустава, получено 40 мл синовиальной жидкости, введен бетаметазон 1,0 мл. Направлена на госпитализацию в ревматологическое отделение. Появилась припухлость и боли в области голеностопных суставов. Госпитализирована для курса лечения и решения вопроса о БПВТ. Заключительный диагноз: Аксиальный спондилоартрит, HLA-B27-ассоциированный, ранняя стадия, правосторонний сакроилиит (активный по данным МРТ) с внеаксиальными проявлениями (артриты коленных, голеностопных суставов), высокая активность, BASDAI — 5,6. ФК 3. При поступлении в стационар: Лейкоциты 9,62х109/л, Гемоглобин 120 г/л, тромбоциты 301х109/л, СОЭ 30 мм/час, СРБ 134,9 мг/л. На фоне применения метотрексата 20 мг/нед, медрола 16 мг и плазмафереза № 3 активность снизилась, синовит коленных суставов не возобновлялся.
Заключение.
Клинический случай демонстрирует сочетание нескольких причин боли в спине у пациентки молодого возраста. Несмотря на наличие хронической боли в спине, связанной со сколиозом и наличием металлоконструкции в позвоночнике, усугублению состояния способствовали симптомы спондилита с внеаксиальными проявлениями. Своевременный диагноз был установлен на основании типичной клиники воспалительной боли в спине, выявления активного СИ по данным МРТ КПС и лабораторным исследованиям.

ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Беляева Е.А., Карабаева Ф.У.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Актуальность. Гиперурикемия (ГУ) является состоянием, повышающим кардиоваскулярные риски и смертность от всех причин, а также способствующим прогрессированию метаболических нарушений, в том числе углеводного обмена, что особенно актуально для лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа.
Цель исследования. Изучить вероятные причины вторичной ГУ у пациентов с СД 2 типа для возможности воздействия на причинный фактор с целью влияния на пуриновый обмен.
Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 180 пациентов (из них женщин — 112 (62%), мужчин — 68 (38%) с СД 2 типа, в возрасте от 46 до 87 лет, средний возраст 67±8,6 лет, получавших амбулаторное лечение по поводу различных заболеваний в многопрофильном медицинском центре. Всем пациентам исследовался уровень мочевой кислоты в сыворотке крови.
Результаты. Гиперурикемия выявлена у 116 (64,5%) пациентов, из них у 80 женщин (71,5 %) и у 36 (53%) мужчин. При изучении медицинской документации получены следующие данные: среди женщин с ГУ — 52 (65 %) получали комбинированные гипотензивные препараты с тиазидным диуретиком, принимали низкие дозы аспирина — 42 (52,5%), 8 (10%) страдали псориазом и псориатическим артритом, у 7 (8,7%) впервые диагностирован АИТ, гипотиреоз, у 4 (5%) — рак молочной железы, у 5 (6,2%) — рак щитовидной железы, послеоперационный гипотиреоз, 11(13,7%) — МКБ, у 42 (52,2%) — ХБП, злоупотребление алкоголем по данным анамнеза — в 3 случаях (3,7%), избыточная масса тела — у 67 (83,7%) женщин. Одновременно 2-е и более вероятных причин ГУ отмечалось у 59 (73,7%) пациенток. У мужчин: злоупотребление алкоголем в 11 случаях (30,5%), прием диуретиков — 12 (33,3%), прием аспирина — 10 (27,7%), применение препаратов тестостерона 2 (5,5%), МКБ — 4 (11,1%), ХБП — 16 (44,4%), рак простаты — 8 (22,2%), рак легкого — 2 (5,5%), псориаз и псориатический артрит — 2 (5,5%), избыточная масса тела — у 14 (38,9%) мужчин. Две и более причин ГУ отмечалось у 22 мужчин (61,1%).
Выводы.
Причины вторичной ГУ у лиц с СД 2 типа многообразны, имеет место сочетание нескольких причин, как среди мужчин, так и среди женщин. Наиболее частые вероятные причины вторичной ГУ как среди мужчин, так и среди женщин — ХБП, прием диуретиков и низких доз аспирина.

ГИПЕРПЛАЗИЯ МИНДАЛИН НА ФОНЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Беляева С.В., Зелькович А.О., Беляева Е.А.
ФГБОУ ВО «ТулГУ», медицинский институт, г. Тула, Россия

Актуальность. Проблема лечения коморбидных пациентов в онкологической практике заключается в необходимости мультидисциплинарного подхода, учета лекарственных нежелательных реакций и межлекарственных взаимодействий.
Описание случая. Больной К., 1960 г.р. обратился к терапевту по месту жительства в связи с наличием ощущения инородного тела в области глотки, нарушающего глотание и дыхание. Направлен к ЛОР-врачу, при осмотре в области гипертрофированной правой миндалины обнаружено подслизистое васкуляризированное образование размерами 35х25х35 мм, спаянное с окружающими тканями и дужками, сдавление правой боковой стенки глотки, при ларингоскопии видимой опухолевой инфильтрации гортани не выявлено, в правой подчелюстной области — малоструктурный лимфоузел 16х12х35 мм. Установлен диагноз новообразования небной миндалины неуточненного генеза, подозрительного на злокачественное. Госпитализирован в Тульский онкоцентр, проведена эксцизионная биопсия подчелюстного л/узла справа, биопсия правой небной миндалины, тонзилэктомия справа. На основании гистологического исследования диагностирована инвертированная папиллома миндалины, реактивная гиперплазия лимфоузла. При иммуногистохимическом исследовании миндалины диагностирован тонзиллит с экспрессией CD3 (+) в Т-лимфоцитах и CD20 (+) в В-лимфоцитах, многочисленные зрелые плазмоциты CD138 (+); в лимфоузле незначительная часть плазматических клеток экспрессирует IgG4, плазмоциты CD138 (+), индекс пролиферативной активности по Ki-67 20%, признаки фолликулярной и паракортикальной гиперплазии. Вирус Эпштейн-Барр (-). Ранее в 2010 году пациент перенес трансплантацию сердца по поводу ишемической дилатационной кардиомиопатии. В послеоперационном периоде в течение 15 лет принимает такролимус 6 мг/сут, микофеноловую кислоту 1440 мг/сут. Проведена телемедицинская консультация в ФГБУ НМИЦ ТИО им. В.И. Шумакова: в связи с наличием лейкопении, микофеноловая кислота временно отменена. После тонзиллэктомии возобновил прием микофеноловой кислоты. На контрольном осмотре спустя 1,5 месяца после оперативного лечения вновь выявлена гиперплазия миндалин.
Выводы.
Согласно литературным данным у пациентов после трансплантации органов, получающих такролимус и микофеноловую кислоту, чаще, чем в популяции наблюдается гипертрофия миндалин с пролиферацией В-клеток. Такая гипертрофия может вызывать синдром обструктивного апноэ во время сна, нарушение глотания. При этом важно проводить диффдиагноз с посттрансплантационными лимфопролиферативными нарушениями у иммуносупрессированных пациентов и хроническими инфекциями (цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барр). Клинические особенности тонзиллита при иммуносупрессии: безболевые формы. Гистологические признаки тонзиллита при иммуносупрессии: инфильтрация плазматическими клетками. Лечение может потребовать снижения дозы иммуносупрессоров. При обструктивных синдромах метод выбора — тонзиллэктомия.

НАРУШЕНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА:
ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?

Берестенников А.В., Клестер К.В., Клестер Е.Б.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Компоненты метаболического синдрома влияют на минеральную плотность костей разными способами. Висцеральный жир высвобождает адипокины и провоспалительные цитокины, которые стимулируют дифференцировку остеокластов посредством активации пути лиганд рецептора активатора ядерного фактора каппа-би/остеопротегерин. У людей с ожирением повышен уровень лептина и снижен уровень адипонектина, а также повышен уровень окислительного стресса, что в конечном итоге подавляет остеогенез и стимулирует остеокластогенез. Низкий уровень ЛПВП коррелирует с повышенным уровнем окислительного стресса и окисленных липидов, которые подавляют дифференцировку остеобластов и стимулирует остеогенную активность в клетках сосудов. Повышенный уровень триглицеридов, обычно сопровождающийся низким уровнем холестерина ЛПВП, может вызывать дисфункцию эндотелиальных клеток и усиливать атерогенные изменения. Артериальная гипертензия влияет на костную ткань в основном за счет повышенной экскреции Са с мочой, что приводит к активации паратиреоидного гормона и тем самым усиливает резорбцию костной ткани. Однако убедительность доказательств очень низкая из-за ограниченного числа исследований.
Цель исследования. Изучение влияния ожирения и артериальной гипертензии на минеральную плотность костей у пациентов со стеатозом печени, а также оценка 10-летней вероятности переломов по шкале FRAX в качестве метода скрининга для выявления пациентов с повышенным риском переломов.
Материалы и методы. Проспективное исследование на базе специализированного отделения гепатологии Краевого Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения Больницы скорой медицинской помощи №2, г. Барнаул. Мы оценивали индекс массы тела за вычетом жира (ИЖМ, FFMI (кг/м^2), процентное содержание жировой ткани с помощью биоимпедансометрии, минеральная плотность костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости определялась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, абсолютный риск переломов в течение 10 лет (FRAX) и/или рентгенографии грудной клетки и поясничного отдела позвоночника.
Результаты. В исследование были включены 27 пациентов (74% мужчин); средний возраст составил 60,8±10,8 года. Большинство пациентов соответствовали классификации FIB4 — более 2,8 баллов — у 78%. У 15% пациентов был остеопороз, а у 59%) — остеопения. У 8 пациентов (30%) был по крайней мере один перелом из-за хрупкости костей. Абсолютный риск серьезного перелома по шкале FRAX составил 6,4±1,2%. Отрицательная сильная корреляция была обнаружена между МПКТ и % жировой массы, положительная сильная связь обнаружена между уровнем глюкозы плазмы натощак, САД, индексом FIB4 и показателями по шкале FRAX.
Выводы.
Основными факторами риска переломов являются ожирение, сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия. Коррекция кардио-метаболической коморбидности является приоритетом как в профилактике переломов, так и при решении вопроса об эндопротезировании.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА: РОЛЬ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Берестенников А.В., Клестер К.В., Каскабаева А.Ш., Клестер Е.Б.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Сахарный диабет 2-го типа (СД2) становится глобальной эпидемией. Наибольшая распространенность наблюдается среди пожилых людей — той же группы населения, которая страдает от остеопороза. Несмотря на нормальную или даже повышенную минеральную плотность костной ткани и низкий костный метаболизм, СД2 связан с повышенным риском переломов в большинстве участков скелета. Эти результаты вызывают необходимость оценки специфических для СД2 факторов риска развития остеопороза.
Цель исследования. Выявление факторов риска развития остеопороза и остеопоретических переломов у пациентов с СД2, в том числе с учетом сахароснижающей терапии.
Материалы и методы. Проспективное исследование на базе многопрофильного стационара Краевого Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения Больницы скорой медицинской помощи №2, г. Барнаул. Мы оценивали индекс массы тела за вычетом жира (ИЖМ, FFMI (кг/м^2), процентное содержание жировой ткани с помощью биоимпедансометрии, минеральную плотность костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости определяли с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, абсолютный риск переломов в течение 10 лет (FRAX) и/или рентгенографии грудной клетки и поясничного отдела позвоночника с учетом рекомендаций Международного фонда остеопороза для пациентов с СД2.
Результаты. В исследование были включены 35 пациентов с СД2 и остеопорозом (54% женщин); средний возраст составил 62,5±9,7 года (I группа) и 30 пациентов с СД2 без остеопороза, без статистически значимых различий по возрасту, полу (II группа). Абсолютный риск перелома по шкале FRAX составил 22,4±1,2% в I и 12,9±2,2% во II. Положительная сильная связь обнаружена между уровнем гликированного гемоглобина (недостижении целевого уровня), САД, наличием микрососудистых осложнений и показателями по шкале FRAX. Выявлено защитное влияние метформина на возникновение остеопороза, особенно постменопаузального (ОШ [95 % ДИ]: 0,001[0,001-0,08], $p < 0.05$), что указывает на его потенциальный костно-протекторный эффект за счет снижения резорбции костной ткани и повышения активности остеобластов. Ингибиторы НГЛТ2 показали слабую отрицательную связь с остеопорозом (ОР [95% ДИ]: 0,91 [0,81-0,99], p=0,04). Гликлазид продемонстрировал повышение риска патологических переломов (p=0,04).
Выводы.
Основными факторами риска переломов являются плохой метаболический контроль, наличие нефропатии и ретинопатии, неконтролируемая АГ. Результаты исследования указывают на потенциальную способность метформина защищать костную ткань, что может быть полезно для пациентов с высоким риском переломов. С другой стороны, следует с осторожностью подходить к применению гликлазида, особенно у людей с остеопорозом или высоким риском переломов. Эти результаты подчеркивают важность индивидуального подхода к лечению пациентов с СД2 для поддержания здоровья костей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Бернс С.А., Алмазова И.И., Дрогашевская Н.В.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Анемии относятся к наиболее часто встречающейся патологии системы крови, с которой сталкиваются в своей практике врачи всех специальностей. Данный клинический случай демонстрирует полиэтиологический характер анемии у пациентов старшей возрастной группы, а также напоминает о важности подробного сбора анамнеза и полного обследования данной группы пациентов как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.

Описание случая. Женщина 83 лет поступила в терапевтическое отделение стационара с жалобами на головокружение, слабость, дискомфорт за грудиной, приступы изжоги. В анамнезе артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа. В июне при диспансеризации выявлено снижение гемоглобина до 68 г/л, направлена на госпитализацию. При объективном осмотре дефицит массы тела (ИМТ — 18,5 кг/м^2), бледность кожных покровов. При осмотре сердечно-сосудистой системы — синусовая тахикардия с ЧСС 100 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. В общем анализе крови микроцитарная гипохромная анемия тяжелой степени. По данным эзофагогастродуоденоскопии диагностирован кандидоз пищевода 2 степени, изменения, характерные для синдрома Мэллори-Вейса. В области кардии эпителиальное новообразование, на суженом основании, с эрозированной поверхностью, взята биопсия. Учитывая анемию тяжелой степени, была выполнена гемотрансфузия эритроцитарной взвеси 295 мл и продолжена терапия препаратами железа парентерально. По результатам биопсии была выявлена морфологическая картина низкодифференцированного рака. Причинами снижения гемоглобина послужили разрывно–геморрагический синдром (синдром Мэллори-Вейсса) и выявленное объемное образование, в последующем гистологически верифицированное как низкодифференцированный рак.

Заключение.
Данный клинический случай демонстрирует полиэтиологический характер анемии, а также подчеркивает значимость прохождения диспансеризации, так как контроль анализа крови позволил своевременно обратиться за медицинской помощью и начать лечение основного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА — ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

Бернс С.А., Алмазова И.И., Елисейкина А.С.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Клинический случай иллюстрирует актуальность проблемы рецидива невралгии тройничного нерва (НТН) после микроваскулярной декомпрессии и необходимости индивидуального подбора оптимальной терапии выраженного болевого синдрома.
Описание случая. Пациентка 73 лет, 10 лет страдает НТН. В 2019 г. перенесла микроваскулярную декомпрессию (МВД) тройничного нерва с положительным эффектом, однако в 2023 г. боль возобновилась (до 10 б. по ВАШ), приступы усиливались при подъемах АД. Несмотря на то, что МВД — самый надежный метод лечения НТН, это не исключает вероятность возобновление болевого синдрома. В связи с выраженным болевым синдромом медикаментозная терапия расширялась. Прием карбамазепина и амитриптилина не снижал боль и приводил к побочным эффектам (когнитивные и психоэмоциональные нарушения), что является частым следствием приема высоких доз указанных препаратов. Проведен анализ исследований, посвященных причинам рецидива НТН, вариантам комбинаций препаратов для модификации патогенетической терапии в данном случае. По данным различных авторов рецидив болевого синдрома после МВД встречается до 28% случаев. Вероятными причинами рецидива могут стать смещение микропротектора между сосудом и нервом, эндотелиальная дисфункция, в части случаев причину выявить не удается. Состояние пациентки стабилизировалось при применении комбинации противосудорожных препаратов: пролонгированная форма карбамазепина и габапентин. Применение пролонгированной формы карбамазепина позволило снизить дозу препарата и минимизировать побочные явления при эффективном купировании боли. Отмена амитриптилина также привела к устранению побочных эффектов. В связи с тем, что эндотелиальная дисфункция и АГ являются факторами, способствующими развитию болевого синдрома, назначена антигипертензивная и гиполипидемическая терапия.
Заключение.
При ведении пациентов с НТН для достижения максимального терапевтического эффекта и снижения риска рецидива болевого синдрома после МВД необходим индивидуальный подбор терапии при отсутствии эффекта от стандартной схемы препаратов, а также контроль сопутствующих триггерных факторов.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ СОЧЕТАНИЯ ДВУХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Бернс С.А., Алмазова И.И., Елисейкина А.С.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Клинический случай иллюстрирует сложность выбора тактики ведения пациентов с рецидивирующими острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне фибрилляции предсердий (ФП) и стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий (БЦА).
Описание случая. Пациент 77 лет планово госпитализирован в неврологическое отделение стационара. Из анамнеза известно, что с 2016 г. у пациента диагностирована пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП), с 2018 г. — постоянная форма ФП. Принимал апиксабан в терапевтической дозе, к терапии привержен. В 2019 г. при госпитализации проведено ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (УЗДС БЦА), по данным которого отмечалось стенозирующее поражение внутренних сонных артерий (ВСА) справа до 70%, слева до 40%, по поводу чего проведена ангиография сонных артерий, подтвержден стеноз правой ВСА (пВСА) 70%, имплантирован стент в зону поражения. В 2021 г. госпитализирован по поводу ОНМК. По данным магниторезонансной томографии головного мозга (МРТ ГМ) отмечается поражение в области кровоснабжения правой среднемозговой артерии (пСМА), множественные постинсультные изменения. Учитывая адекватную проходимость стента пВСА, наличие ФП, характер поражения по данным МРТ ГМ, наиболее вероятен кардиоэмболический тип инсульта. Проведена консервативная терапия, при выписке продолжена антикоагулянтная терапия. Однако, в 2022 г. вновь госпитализирован по поводу ОНМК. По данным МРТ ГМ отмечаются признаки инсульта в бассейне левой СМА (лСМА), проведена консервативная терапия. В 2023 г. — плановая госпитализация. При УЗДС БЦА стент пВСА состоятелен, левая ВСА (лВСА) стенозирована до 50%. Учитывая высокий риск тромбэмболических осложнений на фоне ФП, повторные ОНМК, проведена имплантация окклюзирующего устройства ушка левого предсердия, выписан на комбинации клопидогрел 75 мг+аспирин 100 мг, по данным чреспищеводной эхокардиографии через 1,5 мес признаков тромбообразования нет. Однако через 2 месяца — нарушение мозгового кровообращения по типу транзиторной ишемической атаки, в связи с чем атеросклеротическое поражение лВСА признано симптомным. Проведена компьютерная томография БЦА, выявлен стеноз лВСА 60%. При ангиографии выявлен стеноз лВСА 70%, выполнена ангиопластика со стентированием. В течение последующего года ОНМК не рецидивировали.
Заключение.
При ведении пациентов с рецидивирующими ОНМК на фоне сочетания ФП и гемодинамически значимого атеросклероза БЦА для достижения более высокой эффективности лечения и снижения риска дальнейших сосудистых событий необходима комплексная стратегия, учитывающая оба этиологических фактора.

ОТ МАРАФОНА ДО РАБДОМИОЛИЗА И ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Беспалова В.С., Деев Д.А., Журбенко Д.Н.
ФГБОУ ВПО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Рабдомиолиз — синдром, обусловленный деструкцией клеток поперечнополосатой мускулатуры, возникающий после травмы или физической нагрузки [Стаценко М.Е. и др., 2024]. Он ассоциирован с жизнеугрожающими состояниями, среди которых наибольшее клиническое значение имеют острое повреждение почек и системный воспалительный ответ, которые приводят к развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу [Gupta A. et al., 2021].
Описание случая. Пациент Г., 44 года, спортсмен (марафонец — 2 старта по 20 км в 2024 г., в 2025 г. май — 10 км), ранее хронические заболевания отрицает. С февраля 2025 г. усиленные длительные тренировки (1,5-2 часа) 3-4 раза в неделю. С 25 по 28 июня — забег в 70 км, с последующим восхождением на высоту — 80 км. После чего посещал бани и проведен 10-дневный курс массажа. Через неделю появились жалобы на кашель с мокротой и примесью крови, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 40°С. В связи с ухудшением состояния обратился в медицинский центр «Авиценна». В приемном покое экстренно проведена МСКТ органов грудной клетки — выявлена двусторонняя пневмония, двусторонний гидроторакс; ЧПЭХОКГ выявлена вегетация 3,9*0,9 мм на передней створке митрального клапана; При УЗИ почек — гипертрофированные колонки Бертини, отек паранефральной клетчатки. Лабораторно — повышение С-реактивного белка> 300 мг/л, прокальцитонина> 10 мкг/л, миоглобина до 158 нг/мл, в связи с чем госпитализирован в отделение реанимации с диагнозом: Синдром рабдомиолиза после физической нагрузки. Острое повреждение почек. Сепсис: Внебольничная абсцедирующая двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. ДН 1 степени. Двусторонний плеврит. Синдром полиорганной недостаточности. Острый инфекционный эндокардит митрального нативного клапана, высокой степени активности. ГБ II стадии, целевой уровень АД не достигнут, риск 3. ХСН, стадия 1, функциональный класс 1.
Заключение.
Рабдомиолиз — острый мультисистемный синдром, способный приводить к тяжелым осложнениям со стороны различных органов и систем. Наиболее клинически значимы острое повреждение почек (через миоглобин-индуцированное тубулярное поражение почек), развитие полиорганной дисфункции, а также инфекционные осложнения, такие как внебольничная пневмония и инфекционный эндокардит и, в отдельных случаях, сепсис. Даже у молодых пациентов без хронических заболеваний физически индуцированный рабдомиолиз может запускать каскад системных нарушений с быстрым прогрессированием и развитием полиорганной недостаточности.

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Благинина И.И.
ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Высокая частота психоэмоциональных расстройств у лиц с хроническим болевым синдромом (ХБС), в частности, с анкилозирующим спондилитом (АС) и псориатическим артритом (ПсА), обусловлена сходством патофизиологических механизмов боли и расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС).
Цель исследования. Исследовать влияние выраженности ХБС на развитие РТДС у больных с АС и ПсА.
Материалы и методы. Обследовано 76 мужчин больных АС (1-я группа) и 47 мужчин с ПсА (2-я группа), которые не различались по возрасту, продолжительности и активности заболевания. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оценивали болевой синдром, выраженность скованности в позвоночнике и состояние здоровья пациента (СЗП). Психоэмоциональный статус определялся по шкалам Спилбергера и Гамильтона.
Результаты. Согласно полученным данным интенсивность боли у пациентов 1-й группы составляла 66,5±3,32, а во 2-й — 76,4±2,9 мм, что имело достоверные различия (p=0,046). Однако, по показателям скованности (63,9±3,69; 67,0±3,17 соответственно) и СЗП (62,9±3,6; 66,7±3,8 соответственно) больные в группах не различались (p=0,25, p=0,27). В 1-й группе показатели реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) составляли 31,2±1,0 и 38,5±1,65 баллов, а данные, полученные по шкале депрессии Гамильтона (ШДГ), — 12,8±1,1 баллов. Во 2-й группе РТ и ЛТ были достоверно выше (p=0,011; p=0,0022) — 37,1±2,24 и 44,5±1,96 баллов; выраженность депрессивных расстройств по ШДГ также была достоверно выше (p=0,0092), а именно 15,88±1,49 баллов. У 12% больных АС наблюдалась высокая ЛТ, а у 25% выявлены депрессивные расстройства. Из них у 13 депрессия была непсихотической, а у 6 — психотической. Во 2-й группе в 23,4% случаев установлен высокий уровень РТ и в 36,2% — высокий ЛТ. Депрессивные расстройства выявлены у 40,4% больных ПсА, в 13 случаях депрессия была психотической. По результатам дисперсионного анализа у больных 1-й группы установлено влияние выраженности ХБС на развитие ЛТ.
Выводы.
ХБС оказывает негативное влияние на психологическое и социальное функционирование пациентов с АС и ПсА, и способствует формированию у них РТДС. Установлено более значимое влияние выраженности ХБС на развитие психоэмоциональных нарушений у мужчин больных ПсА.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ФЕРРИТИНА

Бойко Е.А., Павлова В.Ю.
ГАУЗ КОКБ Минздрава России, г. Кемерово, Россия
ФГБОУ ВО КемГМУ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. В настоящее время одна из наиболее обсуждаемых тематик посвящена критерием дефицита железа. В течение многих лет одним из критериев данного состояния является уровень ферритина. Активно обсуждается какой уровень свидетельствует о наличии дефицита железа. Но достаточно часто в клинической практике встречаются ситуации, связанные с повышением данного показателя. В большинстве случаев данные пациенты направляются к гематологу для исключения гемохроматоза, хотя причин для данной ситуации значительно больше.
Цель исследования. Определение этиологического фактора повышения уровня ферритина.
Материалы и методы. В исследование были включено 23 пациента мужского пола у которых при случайном обследовании дважды было выявлено повышение уровня ферритина. В связи с небольшой выборкой были использованы только методы описательной и непараметрической статистики. На момент оценки уровня ферритина у пациентов по данным анамнеза не было каких-либо состояний, которые могли быть причиной его повышения. Женщины не включались в исследование для минимизации причин, влияющих на уровень ферритина. Верхняя границы нормы ферритина в данном исследовании для мужчин — 250 мкг/л. По данным исследования клинического анализа крови — все показатели были в пределах нормы. По данным анамнеза у пациентов не было применения препаратов железа и компонентов крови. Средний возраст пациента составил 49,3±9,4 года. Средний уровень ферритина составил — 529±114,6 мкг/л.
Результаты. При проведении генетического исследование на наличие наследственного гемохроматоза I типа гена HFE, ни у кого из пациентов мутации не выявлены. Следующим этапом исключались вторичные этиологические факторы гиперферритинемии (онкопатология, воспалительные процессы, заболевания печени), при условии, что ранее у пациентов не были верифицированы данные состояния. В результате данного поиска были получены впечатляющие данные. У 10 (43,5%) были выявлены злокачественные опухоли на ранних стадиях. В большинстве случаев было выявлено поражение желудочно-кишечного тракта (желудок, кишечник). Так же были выявлены злокачественные опухоли почек и предстательной железы. У 6 (26,1%) пациентов было выявлены положительная маркеры вирусного гепатита с умеренной степенью активности, по результатам дополнительных исследований. У 7 (30,4%) пациентов не удалось выявить этиологический фактор гиперферритинемии, что требует дальнейшего более углубленного поиска в динамике.
Выводы.
Таким образом гиперферритинемия в первую очередь должна использоваться, как возможный прогностический фактор вторичного генеза его повышение, а не как критерий гемохроматоза. Необходимый объем обследования может проводится на уровне первичного звена здравоохранения без привлечения узких специалистов. Наследственный гемохроматоз должен использоваться, как диагноз исключение.

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТА С ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Борисова Л.В., Смертина Е.А., Краева Л.Ю.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Протезный инфекционный эндокардит остается серьезной проблемой в кардиологии, особенно у пациентов с механическими и биологическими протезами клапанов. Рецидивирующий инфекционный эндокардит, вызванный Pseudomonas aeruginosa, является редким, но тяжелым состоянием, связанным с высокой летальностью.
Описание случая. В апреле 2025 г. в кардиологическое отделение Краевой клинической больницы поступила пациентка 65 лет. Предъявляет жалобы на фебрильную лихорадку с ознобами, слабость, утомляемость, дискомфорт в области грудной клетки. Из анамнеза известно, что наблюдается у кардиолога по поводу Хронической ревматической болезни сердца с 16 лет. В 2005 г. установлен механический протез митрального клапана по поводу его стеноза, а в 2014 г. — биологический протез трикуспидального клапана. Ухудшение с августа 2024 г., когда пациентка была прооперирована по поводу Флегмонозного холецистита. В посевах выявлена E.Coli, антибактериальная терапия — Меропенем 2 гр/сутки. В октябре 2024 г. госпитализирована в Нефрологическое отделение по поводу Хронической болезни почек 5 стадии. Инициирован гемодиализ 3 раза в неделю. В ноябре 2024 г. у пациентки вновь появилась лихорадка с ознобом. При обследовании по месту жительства: анемия средней степени тяжести, протеинурия, лейкоцитурия. Госпитализирована в Нефрологическое отделение, где в ходе дообследования был установлен диагноз Инфекционного эндокардита. Лечение: Меропенем 1,0 г/сутки, Даптомицин 500 мг 1 раз в 48 часов. В январе 2025 г. пациентка отметила ухудшение состояния во время сеанса гемодиализа. С 04.01.25 по 04.04.2025 находилась на стационарном лечении в Кардиологическом отделении по поводу Инфекционного эндокардита. Возбудитель: P. aeruginosa. Терапия: Меропенем, Амикацин. Выписана в удовлетворительном состоянии. Настоящая госпитализация 29.04.2025 по поводу рецидива Инфекционного эндокардита, осложненного сепсисом. Возбудитель: P. aeruginosa. Антибактериальная терапия: Меропенем+Амикацин. Рассматривается вопрос о проведении повторного протезирования клапанов сердца.
Заключение.
Инфекционный эндокардит на фоне протезированных клапанов является актуальной междисциплинарной проблемой. Данный клинический случай — демонстрация типичного пациента кардиологического и нефрологического центров. У данной пациентки прогноз ухудшает не только коморбидность, но и устойчивость микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И вч-СРБ

Боровкова Н.Ю., Конторщиков М.М.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной преждевременной смертности в Российской Федерации. Курение в Нижегородской области является одним из наиболее значимых модифицируемых факторов риска, способствующих формированию дислипидемии и системного воспалительного ответа. Указанные изменения характеризуются повышением уровня триглицеридов (ТГ), снижением уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и увеличением концентрации высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ). Учет гендерных и возрастных особенностей данных ассоциаций имеет ключевое значение для разработки персонализированных стратегий профилактики.
Цель исследования. Провести комплексную оценку влияния курения на показатели липидного профиля и уровень вч-СРБ у взрослого населения Нижегородской области с учетом гендерных и возрастных характеристик.
Материалы и методы. В перекрестный анализ включены данные 2499 жителей Нижегородской области 35-74 лет, собранные в ходе исследования ЭССЕ-РФ-3.
Все обследованные были разделены на три группы: никогда не курившие, бывшие курильщики и текущие курильщики. Определение статуса курения, сбор демографических и клинических данных производился методом стандартизированного анкетирования.
В образцах крови, полученных натощак, определяли уровень общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), ХС-ЛПВП, ТГ и вчСРБ.
Для статистической обработки применялись описательные методы, множественная линейная регрессия, стратифицированный анализ по полу и возрастным категориям (IBM SPSS Statistics 27).
Результаты. У текущих курильщиков зарегистрированы более высокие уровни ОХС, ХС-ЛПНП, ТГ и вч-СРБ, а уровень ХС-ЛПВП был ниже по сравнению как с бывшими курильщиками, так и с никогда не курившими ($p < 0,01$ для ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, вчСРБ; $p < 0,05$ для ТГ). Регрессионный анализ выявил статистически значимую связь курения с ростом уровня ТГ ($\beta = 0,068$; $p < 0,001$). При стратификации по полу отмечено снижение уровня ХС-ЛПВП ($\beta = -0,060$; $p = 0,044$) и повышение уровня ТГ ($\beta = 0,070$; $p = 0,018$) у мужчин. У женщин отмечено повышение уровня ОХС ($\beta = 0,059$; $p = 0,035$) и ТГ ($\beta = 0,070$; $p = 0,009$). Наиболее выраженные эффекты зафиксированы в возрастных группах 45-54 и 55-64 лет.
Выводы.
Результаты демонстрируют, что курение оказывает неблагоприятное воздействие на показатели липидного обмена и маркеры системного воспаления, при этом выраженность эффектов различается по полу и возрасту. Полученные данные подчеркивают важность разработки и внедрения эффективных программ по отказу от курения, особенно среди мужчин и лиц среднего возраста, как ключевого фактора снижения риска развития ССЗ в популяции.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Боровкова Н.Ю., Шулаев А.С.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Основным методом поддерживающей терапии при терминальной стадии почечной недостаточности (ТПН) является программный гемодиализ (ПГД), который обязательно должен сопровождаться адекватной медикаментозной поддержкой, для максимальной эффективности проводимой пациенту с ТПН комплексной терапии. Учитывая, как правило, широкий спектр коморбидных патологий у пациента с ТПН, терапия пациента на ПГД предусматривает момент вынужденной полипрагмазии.
Цель исследования. Оценить приверженность к лечению у пациентов на ПГД.
Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения амбулаторного диализа государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Борская ЦРБ» и «Нижегородская областная клиническая больница им. Семашко». Был обследован 121 человек, подписавший добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Каждый исследуемый прошел критерии включения наличие ТПН, находящийся, на данный момент, на программном гемодиализе, и критерии невключения (органические и функциональные сопутствующие патологии центральной нервной системы, психиатрические заболевания). Оценка приверженности к лечению проводилась с помощью опросника «Количественная оценка приверженности к лечению (КОП-25)». Также были учтены основные анамнестические аспекты: пол, возраст, уровень образования (от неполного среднего до высшего), профессиональная активность, общее количество препаратов, ежедневно потребляемых пациентом, все основные показатели общеклинического и биохимического анализов крови, уровни электролитов (фосфор, кальций) и уровень артериального давления, на основании домашнего дневника артериального давления (систолическое, диастолическое). Статистическая обработка информации проводилась с использованием программы StatTech v. 4.8.7 (разработчик — ООО «Статтех», Россия).
Результаты. Описательная характеристика результатов оценки приверженности исследуемых пациентов, находящихся на ПГД: приверженность к модификации образа жизни — 59,11%, приверженность к медицинскому сопровождению — 66,67%, приверженность к лекарственной терапии — 69,33%, общая приверженность к лечению — 60,40%. Медиана количества принимаемых препаратов за день — 7, максимальное значение — 16, минимальное — 0 (самостоятельный депрескрайбинг). Значимую обратную корреляцию с общей приверженностью исследуемых пациентов на ПГД продемонстрировал уровень систолического артериального давления на последиализном этапе ($\rho = -0{,}407$, $p = 0{,}242$). Слабой тесноты обратную связь также продемонстрировали корреляция общей приверженности к лечению к уровням фосфора и кальция в сыворотке крови ($\rho = -0{,}148$, $p=0{,}107$; $\rho = -0{,}243$, $p=0{,}008$ соответственно).
Выводы.
Результаты исследования показали, что недостаточная приверженность наблюдается у около 60% пациентов, проходящих программный гемодиализ, что не является оптимальным результатом. Наиболее трудно пациентам модифицировать образ жизни, легче — соблюсти режим приема лекарственных препаратов. Решение проблемы низкой приверженности требует комплексного подхода, включающего работу бригады профильных специалистов, включающих неврологов, психологов и диетологов. Повышение приверженности позволит повысить эффективность лечения, снизить риск неблагоприятных исходов и обеспечить лучшее качество жизни пациентам, находящимся на ПГД.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Боровкова Н.Ю., Черемухина Ю.В.
ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко», ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Тема НАЖБП активно изучается, что связано с доказанной взаимосвязью стеатоза печени с кардио-метаболическими осложнениями, а вопрос о лечении остается дискутабельным, учитывая вновь открывающиеся аспекты взаимодействия НАЖБП с другими заболеваниями. Гепатопротекторы — препараты первой очереди, которые могут применяться у пациентов с НАЖБП. Одним из перспективных гепатопротекторов можно считать препараты урсодезоксихолевой кислоты, которые доказали свою эффективность и безопасность применения у пациентов с НАЖБП. Возможности ее влияния на другие заболевания, ассоциированные со стеатозом печени требуют дальнейшего изучения.
Цель исследования. Оценить возможности урсодезоксихолевой кислоты в комплексном лечении пациентов с НАЖБП, а именно ее влияние на различные виды обмена (липидный, углеводный и пуриновый). Проанализировать способность препарата снижать фракцию жира в печени по данным магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости.
Материалы и методы. Проведен анализ результатов терапии 53 пациентов с НАЖБП, получавших лечение на базе гастроэнтерологического отделения и консультативной поликлиники ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко». Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на включение в исследование. Критериями включения являлись возраст от 18 до 75 лет, избыточная масса тела или ожирение, признаки жирового гепатоза, по данным ультразвукового исследования. Из исследования исключались пациенты с вирусными гепатитами, наследственными заболеваниями печени, беременные, лица, принимающие статины. Обследование пациентов проводилось до лечения (1 визит), через 1, 3, 6 месяцев после лечения (2, 3, 4 визит, соответственно). Исследование включало клинико-лабораторное обследование: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости с определением фракции жира в печени, уровень аланинаминотрансферазы (АлАт), аспартатаминотрансферазы (АсАт), глюкозы крови.
Результаты. На фоне терапии препаратом урсодезоксихолевой кислоты отмечено статистически значимое снижение фракции жира в печени (медиана с 11,4% до 9,2%; $p = 0,009$), общего холестерина (6,6 до 5,3 ммоль/л; $p = 0,000$), триглицеридов (1,9 до 1,6 ммоль/л; $p = 0,010$), мочевой кислоты (386 до 334 мкмоль/л; $p = 0,001$) и активности трансаминаз — АлАт (28,1 до 23,0 Ед/л; $p = 0,020$) и АсАт (25,3 до 22,6 Ед/л; $p = 0,021$). Уровень глюкозы крови не достиг статистической значимости к четвертому визиту ($p = 0,06$), хотя если проследить динамику, то отмечается тенденция к ее снижению. Уровень глюкозы с 5,5 [5,0; 6,1] снизился до 5,0 [4,3; 6,3] ммоль/л. Возможно полученный нами результат связан с небольшой выборкой пациентов. Побочных эффектов выявлено не было. В группе сравнения с использованием немедикаментозной терапии (гипокалорийная диета, физическая активность) достоверных изменений к 4 визиту не отмечалось.
Выводы.
Препараты урсодезоксихолевой кислоты оказывают не только комплексное гепатопротективное действие, которое способствует регрессу стеатоза печени, но и улучшают метаболические процессы в организме. На фоне терапии происходит нормализация пуринового, углеводного и липидного обменов, что способствует профилактике прогрессирования метаболического синдрома и его осложнений. Продемонстрированная в исследовании эффективность урсодезоксихолевой кислоты позволяет включать ее в комплексную терапию не только НАЖБП, но и других метаболически-ассоциированных заболеваний.

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Боровкова Н.Ю., Маврычева Н.В., Токарева А.С., Бурдаков М.В., Андрианов А.И.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Муром, Россия

Актуальность. Ожирение — это важная проблема, которая занимает внимание ученых по всему миру. Выявление ожирения по показателям индекса массы тела (ИМТ) не учитывает пациентов с абдоминальным ожирением (АО) при нормальных значениях ИМТ, что приводит к недооценке кардиометаболического риска, что важно у женщин в постменопаузальном периоде, когда происходит перераспределение жировой ткани.
Цель исследования. Изучить распространенность АО у женщин старших возрастных групп в Нижегородском регионе и выявить его взаимосвязь с факторами кардиометаболического риска.
Материалы и методы. В ходе исследования ЭССЕ-РФ3 в 2021 г. были обследованы 2501 человек в возрастном диапазоне 35-74 лет, постоянно проживающих в Нижегородской области. Участники были разделены на гендерно-возрастные группы с шагом в 5 лет. Каждому из респондентов было проведено исследование окружности талии, роста и массы тела с расчетом ИМТ по формуле Кетле. Ожирение диагностировалось при значении ИМТ> 30 кг/м^2, АО у женщин — при ОТ >88 см. Был проведено исследование уровня глюкозы, мочевой кислоты в крови. Собирался гипертонический анамнез и проводилось офисное измерение артериального давления (АД) с определением артериальной гипертонии (АГ) согласно текущим клиническим рекомендациям. Полученные данные обрабатывались статистически при помощи программного обеспечения IBM SPSS Statistics 26 (США). Для оценки ассоциаций рассчитывали отношения шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами (ДИ).
Результаты. Среди лиц с АО женщины составили 61%. В старших возрастных группах АО встречается чаще. Наибольшая распространенность АО у женщин отмечена в возрасте 65-69 лет — 78%, после чего наблюдается стабилизация с тенденцией к снижению распространенности. Выявлена четкая взаимосвязь у женщин АО с АГ (ОШ (95% ДИ) 2,406 (1,818; 3,185), p<0.001, сахарным диабетом (СД) (ОШ (95% ДИ) 2,428 (1,615; 3,649) p<0.001) и гиперурикемией (ГУК) (ОШ (95% ДИ) 2,413 (1,625; 3,584), p<0.001).
Выводы.
АО у женщин крайне распространено, особенно в период 65-69 лет, что вероятно связано с максимальным снижением плотности и функциональной активности эстрогеновых рецепторов в этом возрасте и соответствующим перераспределением жировой ткани в абдоминальную область. АО достоверно ассоциировано с АГ, СД, ГУК, что определяет диагностическую значимость этого показателя. Стабилизация доли женщин с АО в возрасте старше 70 лет может быть обусловлена развитием старческой астении и снижением общей массы тела.

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА

Боровкова Н.Ю., Маврычева Н.В., Токарева А.С., Вавилова А.Д., Андрианов А.И.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Владимир, Россия

Актуальность. Абдоминальное ожирение, являясь ключевым звеном кардиометаболического континуума, имеет чрезвычайно большое распространение в современном обществе, что подчеркивает важность всестороннего изучения этой проблемы в контексте мультиморбидного состояния пациента.
Цель исследования. Оценить гендерные различия в распространенности абдоминального ожирения (АО) в различных возрастных группах и выявить его ассоциации с факторами кардиометаболического риска у взрослого населения Нижегородской области.
Материалы и методы. В исследование включено 2501 респондент, постоянно проживающий в Нижегородской области, в возрасте 35-74 лет. Обследование проведено в соответствии с протоколом исследования ЭССЕ-РФ 3 и включало измерение окружности талии, тонометрию, лабораторные анализы (глюкоза, липидный профиль, мочевая кислота) и измерение артериального давления (АД). АО диагностировалось при окружности талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин. Статистическая обработка с использованием непараметрических методов и бинарной логистической регрессии.
Результаты. Общая распространенность АО составила 49,5% (1239 человек), при этом у женщин — 61%, у мужчин — 39% ($p < 0,001$), что свидетельствует о значимом различии. Во всех возрастных группах доля женщин с АО превышала долю мужчин, разрыв увеличивался с возрастом. Наибольшая разница наблюдалась в группах 65-69 и 70-74 лет: у женщин частота АО достигала 78%, тогда как у мужчин — снижалась до 41-45%. Статистический анализ выявил достоверные ассоциации АО с: артериальной гипертензией (ОШ = 2,11 у мужчин, 2,37 у женщин), сахарным диабетом (ОШ = 2,25 и 2,08), гиперурикемией (ОШ = 2,04 и 2,59). У мужчин выявлена обратная связь между АО и гиперхолестеринемией (ОШ = 0,68; 95% ДИ 0,47-0,98), что может указывать на особенности липидного профиля при висцеральном ожирении. Психоэмоциональные факторы (тревога, депрессия, стресс) не продемонстрировали статистически значимой связи с АО ни у мужчин, ни у женщин.
Выводы.
Абдоминальное ожирение широко распространено в Нижегородской области, особенно среди женщин, где достигает экстремально высоких значений в пожилом возрасте. Выявлены четкие гендерно-возрастные закономерности: у женщин АО прогрессивно нарастает с возрастом, вероятно, вследствие гормональных изменений в менопаузальный период, тогда как у мужчин — наблюдается умеренный рост с последующим снижением в старших группах. Тесная связь АО с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и гиперурикемией подтверждает его роль как центрального компонента метаболического синдрома. Отсутствие ассоциации с психоэмоциональными факторами требует дальнейшего изучения. Полученные данные подчеркивают необходимость рутинного измерения окружности талии в рамках диспансеризации и разработки программ профилактики.

АССОЦИАЦИИ ГИПЕРУРИКЕМИИ С ДРУГИМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Боровкова Н.Ю., Миронов М.А., Одинцов Г.А., Курашин В.К.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. В литературе последних лет уделяется большое внимание взаимосвязи гиперурикемии (ГУ) с широким спектром хронических неинфекционных заболеваний, в том числе, сердечно-сосудистыми. При этом в Нижегородской области распространенность ГУ и ее ассоциация с другими кардиоваскулярными факторами риска (ФР) изучены недостаточно.
Цель исследования. Изучить распространенность ГУ среди населения Нижегородской области и ее взаимосвязь с другими кардиоваскулярными ФР.
Материалы и методы. В ходе исследования ЭССЕ-РФ3 в Нижегородском регионе отобрано 2501 человек в возрасте 35-74 года. В ходе исследования ЭССЕ-РФ3 в Нижегородском регионе отобрано 2501 человек в возрасте 35-74 года. Всем участникам проводилось анкетирование с целью выявления кардиоваскулярных ФР, физикальное обследование и забор крови для проведения лабораторных исследований. Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), индекс висцерального ожирения (ИВО), скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Для построения прогностической модели риска ГУ использовался метод бинарной логистической регрессии с включением переменных, имеющих корреляционную зависимость с ГУ. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 26» (США).
Результаты. ГУ была замечена среди 23,1% населения Нижегородской области. При этом среди мужчин она была широко распространена во всех возрастных группах (35-39 лет — 21,2%, 40-44 года — 30,2%, 45-49 лет — 27,7%, 50-54 года — 27,7%, 55-59 лет — 28,5%, 60-64 года — 26,6%, 65-69 лет — 22,5%, 70-74 года — 23,0%), а среди женщин — частота росла в более старших когортах (35-39 лет — 11,9%, 40-44 года — 10,4%, 45-49 лет — 16,2%, 50-54 года — 21,7%, 55-59 лет — 21,5%, 60-64 года — 30,0%, 65-69 лет — 22,2%, 70-74 года — 27,3%). Проведение регресионного анализа показало, что с ГУ были ассоциированы следующие факторы: СКФ менее 60 мл/мин/1,73м^2 (отношение шансов (ОШ) 3,383, 95% доверительный интервал (ДИ) 2,334-4,903; $p<0,001$), наличие АГ (ОШ 2,014, 95% ДИ 1,585-2,559, $p<0,001$), повышенный уровень ВЧ-СРБ (ОШ 2,099, 95% ДИ 1,679-2,623, $p<0,001$), абдоминальное ожирение (ОШ 1,982, 95% ДИ 1,399-2,808, $p<0,001$) и высокий ИВО (ОШ 1,816, 95% ДИ 1,471-2,241, $p<0,001$).
Выводы.
ГУ является широко распространенным кардиоваскулярным ФР (23,1%). При этом наиболее тесные ассоциации с ГУ имели такие факторы, как сниженная СКФ, АГ, повышенный уровень ВЧ-СРБ, а также повышенные уровни ИМТ и ИВО.

МОЧЕВАЯ КИСЛОТА В ПРЕДЕЛАХ НОРМАЛЬНЫХ ДИАПАЗОНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

Боровкова Н.Ю., Токарева А.С., Василькова А.С., Сергеева Е.О., Бороданев С.В., Курашин В.К.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Многочисленные работы показали влияние гиперурикемии на повышение сердечно-сосудистого риска (ССР). При этом влияние мочевой кислоты (МК) на ССР в принятом нормальном ее диапазоне требует дальнейшего изучения.
Цель исследования. Изучить влияние МК в пределах нормальных диапазонов на величину ССР на примере популяции Нижегородского региона.
Материалы и методы. В ходе исследования ЭССЕ-РФ3 в Нижегородском регионе отобрано 2501 человек в возрасте 35-74 года. Всем участникам проводилось анкетирование с целью выявления факторов ССР, физикальное обследование и забор крови для проведения лабораторных исследований. Нормальный уровень МК определялся согласно клиническим рекомендациям: менее 360 мкмоль/л у женщин и менее 420 мкмоль/л у мужчин. Десятилетний ССР рассчитывался по формуле Framingham. Для проведения корреляционного анализа рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 26» (США).
Результаты. Среди обследованных респондентов показатель МК был в нормальном диапазоне у 76,9%, дальнейший анализ проводился в данной когорте. Во всех возрастных группах уровень МК значимо коррелировал с ССР по Framingham (35-39 лет — r=0,502; 40-44 года — r=0,499; 45-49 лет — r=0,553; 50-54 года — r=0,386, 55-59 лет — 0,345, 60-64 года — r=0,421, 65-69 лет — r=0,365, 70-74 года — r=0,234.
Выводы.
В ходе исследования было выявлено, что МК может влиять на ССР даже в пределах нормальных ее значений. При этом, уровень МК менее 180 мкмоль/л не связан с кардиоваскулярным риском, что соотносится с действующими рекомендациями. Таким образом, требуются дальнейшие исследования с целью изучения прогностической роли МК в отношении кардиоваскулярной патологии и, возможно, расширение показаний к уратснижающей терапии.

ЧАСТОТА СНИЖЕННОЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Боровкова Н.Ю., Токарева А.С., Полякова И.В., Кузнецова А.А., Курашин В.К.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Из литературы известно, что кардиоваскулярная патология и хроническая болезнь почек имеют общие факторы риска. Также прогрессирование одной из этих нозологий неизбежно утяжеляет течение другой, образуя кардиоренальный континуум. При этом частота сниженной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) среди населения Нижегородской области изучена недостаточно.
Цель исследования. Изучить частоту сниженной скорости клубочковой фильтрации среди населения Нижегородской области.
Материалы и методы. В ходе исследования ЭССЕ-РФ3 в Нижегородском регионе отобрано 2501 человек в возрасте 35-74 года. Всем участникам проводилось анкетирование с целью выявления кардиоваскулярных факторов риска, физикальное обследование и забор крови для проведения лабораторных исследований, в том числе, определения уровня креатинина в сыворотке. СКФ рассчитывалась по формуле CKD-EPI. Однозначно сниженная СКФ определялась как < 60 мл/мин/1,73 м^2. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 26» (США).
Результаты. Среди 2501 обследованных респондентов СКФ была менее 60 мл/мин/1,73 м^2 у 5,8%. Было отмечено, что частота почечной дисфункции среди сельского населения была значимо больше, чем городского: 8,0% против 5,1% (p=0,006). Распространенность сниженной СКФ среди мужчин и женщин составила: в возрасте 35-39 лет — 0,6% и 0%, 40-44 года — 1,2% и 0%, 45-49 лет — 1,5% и 0%, 50-54 года — 1,3% и 1,3%, 55-59 лет — 5,3% и 2,5%, 60-64 года — 7,0% и 7,8%, 65-69 лет — 10,6% и 7,8%, в возрасте 70-74 года — 21,7% и 25,5% соответственно.
Выводы.
Анализ полученных данных показал закономерную тенденцию к увеличению распространенности сниженной СКФ с возрастом. Интересным оказалось то, что в возрастных группах 35-39 лет, 40-44 года и 45-49 лет среди женщин почечная дисфункция не выявлялась, а среди лиц мужского пола — были отмечены отдельные наблюдения. Кроме этого, частота сниженной СКФ у сельского населения оказалась выше, чем у городского, что требует дальнейшего анализа.

ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Вавилова В.П., Вавилов А.М.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Острые инфекции верхних дыхательных путей — наиболее частая причина обращения за медицинской помощью к терапевтам. Заболевания ведут потерям работоспособности, существенно ухудшают качество жизни больных, течение острых назофарингитов нередко осложняется острыми синуситами. В контексте злоупотребления антибиотиками современные растительные лекарственные препараты являются многообещающей альтернативой традиционным методам лечения.
Цель исследования. Сравнение течения ОРВИ на фоне терапии в соответствии с действующими протоколами и при дополнительном назначении терапии лекарственным растительным препаратом Синупрет экстракт.
Материалы и методы. В исследовании были обобщены результаты обследования и динамического наблюдения 417 больных ОРВИ в возрасте 18-20 лет (210 мужчин и 207 женщин). Всем пациентам назначалась стандартная терапия ОРВИ: ирригационная терапия, имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты по схеме, деконгестанты, амоксициллина клавуланат при наличии показаний. Часть пациентов получала только ее (II группа, n = 207). Часть пациентов (I группа, n = 209) помимо названной терапии получала растительный лекарственный препарат Синупрет® экстракт по одной таблетке 3 раза в день в течение 14 дней.
Результаты. Через три дня после начала заболевания клиническая картина ОРВИ у больных сравниваемых групп существенно различалась: астения, миалгия, головная боль, фебрильная и субфебрильная температура, назальная обструкция, кашель и осиплость голоса на фоне терапии с использованием фитопрепарата Синупрет экстракт (группа I) отмечались реже, чем у пациентов получавших только стандартную терапию (группа II) (p=0,0000-0,0017). Снижение частоты назальной обструкции наблюдалось в группе с включением фитопрепарата Синупрет® экстракт у мужчин до 52% и 6% через 3 дня и неделю соответственно, в группе со стандартной терапией у мужчин частота данного симптома снизилась до 74,4% через 3 дня и до 16,7% через неделю(p=0,0000; 0,0000). У пациенток женского пола частота назальной обструкции снизилась до 30% и 5% через 3 дня и неделю соответственно в I группе и до 59% и 15% через 3 дня и неделю соответственно во II группе(p=0,0000; 0,0000).
Выводы.
Дополнение лечения острой респираторной инфекции назначением растительного лекарственного препарата Синупрет экстракт приводит к более быстрому купированию основных клинических проявлений, снижает количество осложнений и необходимость назначения антибиотикотерапии.

СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Вавилова В.П., Вавилов А.М.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Около половины жителей экономически развитых стран страдает хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Своевременная диагностика заболеваний органов пищеварения — актуальная медико-социальная проблема.
Цель исследования. Оценить распространенность симптомов хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у обучающихся на младших курсах Кемеровского государственного медицинского университета.
Материалы и методы. В 2023-2024 г.г. проведено анонимное анкетирование 784 обучающихся на 1-3 курсах (374 юношей и 410 девушек) лечебного и педиатрического и медико-профилактического факультетов Кемеровского государственного медицинского университета в (374 юношей и 410 девушек). Возраст опрошенных 16-22 года.
Результаты. Симптомы поражений системы пищеварения отмечаются 367 (46,8%) опрошенными 123 (32,2%) юношами и 234 (57,1%) девушками (p=0,0000). Самым частым симптомом у юношей была боль в эпигастральной области по утрам, отмечена 113 (30,0%) анкетируемых названной гендерной принадлежности. Названный симптом отмечен 24 (5,8%) девушками (p=0,0000). Отрыжка кислым отмечена 58 (15,5%) юношами и 27 (6,6%) девушками (p=0,0001). Периодическая рвота кислым желудочным содержимым отметили 19 (4,6%) и 24 (5,9%) девушек, соответственно. При сравнении частоты этих симптомов у пациентов разного пола различия статистических значимы (p=0,0000; 0,0000). У девушек наиболее частыми симптомами оказались изжога после еды 97 (23,7%) анкетированных и хроническая диарея — 84 (20,5%) анкетированных. Названные симптомы отмечены у 9 (2,4%) и 7 (1,9%) юношей. Различия частоты этих симптомов статистически значимы (p=0,0001; 0,0000). Другие симптомы — боль в околопупочной области, обстипация, периодическая тошнота, рецидивирующая рвота съеденной пищей — отмечены у 0,2% — 3,5% опрошенных. Гендерных различий частоты этих симптомов не установлены. За медицинской помощью по поводу симптомов хронического заболевания органов пищеварения обращались 57 (7,3%) анкетированных. Рекомендованную диету соблюдают 19 (2,4%) обследованных. Медикаментозная терапия по поводу хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта проводится 24 (3,1%) обследованных.
Выводы.
1. Симптомы заболеваний системы пищеварения отмечены у половины обучающихся на младших курсах кемеровского медицинского университета, 84% которых не обращались по поводу их за медицинской помощью.
2. Отмечены гендерные различия симптоматики хронических заболеваний органов пищеварения: у юношей наиболее часто отмечаются симптомы гиперацидизма, у девушек — гастроэзофагеального рефлюкса и хронических заболеваний кишечника.

ВЗРОСЛЫЙ ПАЦИЕНТ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Валеева Д.И.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Несовершенный остеогенез (НО) — редкое моногенное заболевание соединительной ткани, характеризующееся хрупкостью костей, деформациями скелета и внескелетными проявлениями. Среди орфанных заболеваний, НО является одной из наиболее часто встречающихся скелетных дисплазий. Хотя данное заболевание считается неизлечимым, качество жизни пациентов напрямую зависит от ранней диагностики и своевременной терапии.
Цель исследования. Комплексное клинико-генетическое исследование и оценка эффективности терапии бисфосфонатами (БФ) взрослых пациентов с несовершенным остеогенезом.
Материалы и методы. В исследование, проводимое на базе Клиники Башкирского государственного медицинского университета, были включены 45 пациентов с диагнозом «несовершенный остеогенез», и группа контроля — 45 здоровых лиц, сопоставимого пола и возраста. Биохимические показатели оценивались при помощи наборов реагентов для определения концентрации кальция, меди, неорганического фосфора, цинка, магния в сыворотке крови (АО «Вектор-Бест», Россия). Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась при помощи рентгеновской денситометрии (Lunar prodigy advance). Уровень болевого синдрома оценивался при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Всем пациентам с НО проведено полноэкзомное секвенированиена базе платформы MGI (КНР). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ Statistica 13.0.
Результаты. У 42 пациентов с НО были идентифицированы мутации в таргетных генах НО: COL1A1 и COL1A2 (n=29), IFITM5 (n=4), PLOD2, P3H1, SGMS2 (по 1 мутации).
У 7 пациентов были выявлены мутации в генах, не ассоциированных с НО: COL9A1, DSPP, KMT2D; SLC34A3, BMPR1B; ZNF469; B3GAT3; LRP5/DSPP; HSPG2, данные изменения выявлены впервые и не описаны в доступной литературе Выявлены повышение концентраций магния и меди, снижение уровня цинка и фосфора у пациентов с НО по сравнению с контрольной группой. Для взрослых пациентов с НО характерны сниженная МПКТ и хроническая боль в костях (ВАШ>5), выраженность которых не коррелирует с предшествующей терапией БФ и переломами. Однако именно БФ остаются эффективным методом лечения, так как наблюдалось статистически значимое увеличение МПКТ и z-критерия ($p=0,045$) по результатам денситометрии, и статистически значимое уменьшение уровня боли ($p<0,0001$) на фоне терапии золедроновой кислотой в периоде наблюдения 12-24 месяца.
Выводы.
Выявлены новые молекулярные маркеры несовершенного остеогенеза, не описанные в литературе. Определены изменения в уровнях цинка и фосфора, что может быть новым аспектом терапии заболевания. Лечение бисфосфонатами демонстрирует статистически значимое улучшение показателей денситометрии и снижение интенсивности болевого синдрома у взрослых пациентов с несовершенным остеогенезом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ — КАТАСТРОФИЧЕСКИЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ С ЭНДОКАРДИТОМ ЛИБМАНА-САКСА, МНОЖЕСТВЕННЫМИ ТРОМБОЗАМИ И ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Варданян А.Г., Ершов А.С.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Катастрофический антифосфолипидный синдром (КАФС) — редкое жизнеугрожающее состояние, характеризующееся молниеносным развитием множественных тромбозов на фоне аутоиммунной гиперкоагуляции. Часто ассоциирован с системной красной волчанкой и эндокардитом Либмана-Сакса. Летальность превышает 40%, что требует ранней диагностики и комплексного лечения.
Описание случая. Пациентка А., 38 лет, доставлена санитарной авиацией из Челябинска в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с выраженной одышкой, отеками и нарастающей сердечно-дыхательной недостаточностью. В анамнезе: август 2024 г. — пятые роды двойней; два эпизода ОРВИ и COVID-19 с последующим поствирусным миокардитом, дилатационной кардиомиопатией (ФВ 23%). Декабрь 2024 г. — сахарный диабет 2 типа, тромбоэмболия легочной артерии, инфарктная пневмония, множественные венозные тромбозы, некроз передней брюшной стенки, выраженная печеночная недостаточность (МНО 12, гипоальбуминемия, гипербилирубинемия 350 мкмоль/л).
В январе 2025 г. на фоне антикоагулянтной (гепарин, фондапаринукс) и антибактериальной терапии (меропенем, полимиксин, амоксициллин/клавуланат) отмечалось прогрессирование печеночной недостаточности, рост С-реактивного белка, лейкоцитоз 25 × 10^9/л и новые тромбозы. При поступлении: анемия (Hb 81 г/л), гипофибриногенемия (1,4 г/л), анти-Xa-активность 0,08 МЕ/мл, дефицит антитромбина III (46 %), антитромбоцитарные антитела IgG. ЭхоКГ: ДКМП с ФВ 26 %, недостаточность митрального и трехстворчатого клапанов III степени, множественные тромбозы подвздошной, яремных и нижней полой вен. Биопсия миокарда — подострый миоэндокардит; в крови Klebsiella pneumoniae и коагулазонегативный стафилококк. Комплексная терапия включала гепарин с переходом на фондапаринукс, метилпреднизолон, меропенем + амикацин, плазмообмен с заменой 2,5 л плазмы на свежезамороженную и альбумин. Отмечено снижение СРБ (10,7→5,5 мг/л), прокальцитонина (0,25→0,09 нг/мл), рост альбумина (25→37,6 г/л), однако сохранялись дыхательная и сердечная недостаточность. Диагноз КАФС верифицирован по наличию антител к кардиолипину IgM при исключении волчаночного антикоагулянта и антител к β_2-гликопротеину I.
Заключение.
КАФС, осложненный эндокардитом Либмана-Сакса и полиорганными тромбозами, требует ранней идентификации, мультидисциплинарного ведения и агрессивной иммуносупрессивной терапии. В представленном случае сочетание тяжелой сердечной недостаточности, инфекционных осложнений и нестабильной коагулопатии подчеркивает необходимость дальнейшего поиска оптимальной антикоагулянтной стратегии и применения таргетных препаратов (ингибиторы IL-6, ритуксимаб) для улучшения прогноза.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП А КАК ФАКТОР РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Василенко В.С., Федорец В.Н., Советкина Н.В., Меркулова А.В.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по-прежнему остаются ведущей причиной смертности у взрослого населения Российской Федерации (РФ). В 2022 г. ССЗ составили 44% от общего числа смертельных исходов. В структуре смертности от ССЗ на долю ИБС в 2022 г. пришлось 42,3%. По данным Министерства здравоохранения, в 2022 г. в РФ диагностировано 438 315 случаев острого коронарного синдрома (ОКС), в том числе 150 845 случаев ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ (ОКСпST) и 287470 — ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ (ОКСбпST). Диагноз острого ИМ (в т.ч. повторный) поставлен 219 240 пациентам, из них во время госпитализации умерло 23 797, т.е. 10,9%. Несмотря на успехи современного лечения ОКС, среднесрочные и долгосрочные прогнозы остаются в целом неблагоприятными.
Цель исследования. Изучение влияния поведенческого типа А на течение острого коронарного синдрома у пациентов старших возрастных групп.
Материалы и методы. Анализ историй болезни, интервьюирование при помощи анкет со шкалами диагностики поведения типа А (ПТА), пациентов пожилого и старческого возраста, с перенесенным ОКС, находящихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии.
Результаты. В период с 1 апреля по 30 мая 2025 г. в условиях отделения неотложной кардиологии СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница» обследовано 100 пациентов (49 женщин и 51 мужчина), (67 +/- 6,9 лет) с перенесенным ОКС. В исследование включались пациенты, находящиеся в стационаре не менее 7 дней от момента экстренной госпитализации. По данным интервьюирования выявлен 51 пациент с ПТА, на поведенческий тип Б (ПТБ) и АБ (ПТАБ) пришлось 49 пациентов. Все пациенты были разделены на 2 группы ОКСпST и ОКСбпST. Пациенты с ОКСпST составили 37% (n=37 человек), а пациенты с ОКСбпST 63% (n=63 человека). В группе ОКСпST пациенты с ПТА выявлены в 51% случаев (n=19 человек), ПТБ и ПТАБ выявлены в 49% случаев (n=18 человек). В группе ОКСбпST на долю пациентов с ПТА пришлось 47% (n=32 человека), на ПТБ и ПТАБ 53% (n=35 человек), соответственно. При дальнейшем анализе группы пациентов с ОКСбпST выяснилось, что пациенты с ПТА переносили острый инфаркт миокарда (ОИМ) в 50% случаев (n=16человек).
Выводы.
Пациенты пожилого и старческого возраста с ПТА, госпитализированные с ОКСбпST, имели достоверно более тяжелое течение ОКС по сравнению с ПТАБ и ПТБ; у них чаще встречалась ОСН более высокого класса по Killip и ОКС чаще завершался ОИМ. ПТА может являться дополнительным фактором, ухудшающим течение ОКС у пациентов старших возрастных групп. ПТА у пациентов с ОКС требует дальнейшего изучения для разработки превентивных мер, улучшающих прогнозы у данной категории лиц.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОФИЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ КИШЕЧНИКА

Васильева И.Н., Осадчук М.А., Айсина Т.Х.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский универистет), г. Москва, Россия

Актуальность. Лечение пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ), метаболическим синдромом (МС), функциональными расстройствами кишечника (ФРК), требует индивидуального подхода. Важно выбирать препараты, не усугубляющие кишечную дисфункцию, оказывающее положительное влияние на компоненты МС и параметры метаболизма.
Цель исследования. Оценить терапевтические возможности липофильных препаратов (ЛП) — блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) периндоприла, блокатора кальциевых каналов (БКК) амлодипина у пациентов с сочетанием АГ, МС и ФРК.
Материалы и методы. Обследовано 45 пациентов (42,4±2,3 лет) с эссенциальной АГ, МС и ФРК — синдромом раздраженного кишечника (СРК)/функциональной диспепсией (ФД). МС устанавливался с учетом абдоминального ожирения (окружность талии (ОТ)>80 см у женщин и >94 см у мужчин) в сочетании с ≥2 критериями: АГ (АД ≥140/90 мм рт.ст.); триглицериды (ТГ) <1,7 ммоль/л; холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (ХС) >1,2 ммоль/л у женщин и >1,0 ммоль/л у мужчин; нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), нарушение гликемии натощак (НГН). Все пациенты отмечали болевой синдром в животе, повышенное газообразование, нарушение стула, повышение АД. Средняя длительность МС составляла 4,5±1,3 лет, СРК/ФД 3,2±1,1 года, АГ — 4,9±1,5 лет, уровень общего ХС — 5,7±1,3 ммоль/л, глюкозы — 5,6±1,6 ммоль/л, балл по шкале ВАШ — 4,8±0,5, частота стула <2 раз в неделю у 100%. НТГ имели 26,7% участников, НГН — 15,5%, гиперхолестеринемию — 93,3%. Учитывая преимущества применения ЛП у пациентов с метаболическими нарушениями, всем участникам были назначены ЛП периндоприл и амлодипин (в фиксированной комбинации) утром в дозе 5/4 мг и тримебутина малеат 600 мг в сутки в течение 4-х недель с последующим переходом на 300 мг на 12 недель. Статистический анализ проводили с использованием программы «StatSoft Analist».
Результаты. К концу наблюдения у пациентов отмечалось снижение выраженности абдоминального болевого синдрома (с 4,8±0,5 до 1,3±0,3 баллов; p=0,00001), уровня АД (с 148,6±15,3 до 130,2±10,1 мм рт.ст.; p=0,00001), ОХС (с 5,7±1,3 до 5,1±1,1; p=0,02), уменьшение ОТ (с 97,8±11,6 до с 95,2±10,2 см; p=0,002), нормализация стула и уменьшение повышенного газообразования у 84,4% и 71,2% участников (p<0,05).
Выводы.
Сочетание АГ, МС и ФРК по-прежнему остается одной из самых актуальных проблем современности. Липофильные ЛП периндоприл, амлодипин, тримебутин малеат оказали положительное влияние на компоненты МС, функциональное состояние кишечника у пациентов с МС в сочетании с ФРК. Вопрос о продолжительности терапии рамках его влияния на прогноз сердечно-сосудистых и желудочно-кишечных заболеваний требует дальнейшего анализа.

КЛАССИФИКАЦИЯ ФЕНОТИПОВ ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Васильева И.Н., Осадчук М.А., Козлов В.В.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным социально-значимым заболеванием. Ожирение изменяет клиническое течение АГ, определяет высокий кардиометаболический риск.
Цель исследования. Определение наиболее специфичных показателей, позволяющих классифицировать принадлежность пациентов с АГ к определенному фенотипу ожирения.
Материалы и методы. Обследовано 1311 пациентов (возраст 54,9±9,3 лет) с АГ и здоровых людей. Всем участникам проводили углубленное клиническое обследование с оценкой показателей суточного профиля артериального давления, биохимических параметров и расчетных кардиометаболических индексов. Для определения признаков, позволяющих классифицировать принадлежность пациентов с АГ к определенному фенотипу ожирения, использован метод дискриминантного анализа. В качестве предполагаемых классификационных признаков использовали индекс массы тела, % жировой ткани, индексы висцерального ожирения (ИВО) и стеатоза (St-index), соотношение талия/рост, уровни ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, ЛПВП, глюкозы, мочевины, креатинина, АЛТ и АСТ.
Результаты. Построены дискриминантные модели, классифицирующие пациентов в группы: (1) здоровых лиц (n=168; 12,8%), (2) АГ без ожирения (n=513; 39,1%), (3)АГ и метаболически нездоровым фенотипом ожирения (n=267; 20,4%), (4)АГ и метаболически здоровым фенотипом ожирения (n=154; 11,7%), (5)АГ и саркопеническим ожирением (n=209; 15,9%). Наиболее весомый вклад в классификацию переменных, включенных в модель, внесли St-индекс (0,948), ХС ЛПВП (-0,786), соотношение талия/рост (-0,530), ТГ (0,502), % жировой ткани (0,826), ИВО (-0,681). Дискриминантная модель предсказала принадлежность к (4) группе на 97,1%, (1) группе — на 82,5%, (5) группе — на 70,0%, (3) группе — 68,2%. Наибольшая оценка специфичности была для лиц с ожирением без АГ (ДИ 95% 0,923-0,994; p <0,001), метаболически здоровым ожирением (ДИ 0,959-0,981; p<0,001), саркопеническим ожирением — 85,6 % (ДИ 0,828-0,984).
Выводы.
При помощи дискриминантного анализа были установлены классификационные признаки и сформированы прогностические модели, позволяющие с высокой чувствительностью предсказывать принадлежность пациентов с АГ к определенному фенотипу ожирения.
К числу высокочувствительных признаков относятся — % жировой ткани, ИВО, St-индекс, соотношение талия/рост, ОХС, ТГ, ЛПВП, АЛТ.

КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ СОЧЕТАНИЕМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КРОВИ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Васильева Л.В., Гостева Е.В., Суслова Е.Ю.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) является серьезным осложнением ишемической болезни сердца (ИБС), нередко приводящим к инвалидноеи и смерти пациента. Смертность от ИБС, включая ИМ, в России составляет более 54,2% от общего числа смертей от болезней системы кровообращения.
Цель исследования. Анализ факторов риска развития инфаркта миокарда у больных с ИБС с помощью сочетания генетических маркеров крови (определение фенотипов гаптоглобина и полиморфизма генов (рецептора брадикинина BDKRB2 и ангиотензиногена AGT) с клиническим течением и наличием отягощенного анамнеза.
Материалы и методы. В исследование было включено 83 пациента в возрасте 50-75 лет (40 женщин и 43 мужчины) с ИБС, проходивших обследование и лечение в БУЗ ВО «ГКБ№20». 1-ю группу составили 42 пациента с ИБС II функционального класса (ФК) по классификации NYHA, 2-ю группу — 41 пациент с ИБС ФК III. В анамнезе у всех больных 2-й группы — крупноочаговый ИМ. Группу контроля составили 35 здоровых людей. Метод электрофореза в полиакриламидном геле использовали для исследования фенотипов гаптоглобина (Hp1-1, Hp2-1 и Hp 2-2). Использовали буферную систему pH=8,9. Методом полимеразной цепной реакции исследовали полиморфизм генов ангиотензиногена, методом автоматического секвенирования ДНК определяли полиморфизм рецептора брадикинина 2. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы StatTech v.4.7.1. Количественные показатели представлены в виде медианы, интерквартильных размахов (Me, (Q25%; Q75%)).
Результаты. Выявили, что во 2-ой группе наблюдалось преобладание фенотипов Hp 2-2 (63,4% по сравнению с контрольной 34,2%) ($\chi2 = 6,78$; $p < 0,05$), частоты встречаемости варианта Ins рецептора брадикинина BDKRB2 с генотипом +9/+9 (43,5% по сравнению с контрольной 24,8%) ($\chi2 = 6,64$; $p < 0,05$), а также увеличение частоты встречаемости варианта Met235Thr ангиотензиногена AGT преимущественно с генотипом C/C (37% по сравнению с контрольной 12,7%) ($\chi2 = 7,28$ $p < 0,05$), В 1-й группе данных за ассоциацию всех исследуемых генетических маркеров с ИБС получено не было.
Выводы.
Таким образом, сочетание генетическим маркеров крови: фенотип гаптоглобина Hp 2-2, наличие варианта Ins (инсерция) гена рецептора брадикинина BDKRB2 с генотипом +9/+9 и наличие полиморфизма Met235Thr гена ангиотензиногена AGT с генотипом C/C является прогностически неблагоприятным аспектом более тяжелого течения ИБС и развития осложнения в виде инфаркта миокарда.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ВАЗОТОКСИЧНОСТИ ХИМИО- И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Васюк Ю.А., Носова А.Г., Завьялова А.И., Выжигин Д.А., Новосел Е.О., Шупенина Е.Ю.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые и онкологические заболевания многие годы остаются лидирующими причинами смертности среди взрослого населения в мире. Несмотря на доказанную эффективность, химио- и таргетные препараты могут вызывать тяжелые сердечно-сосудистые осложнения. В последнее время особенное внимание уделяется вазотоксическим эффектам противоопухолевой терапии, таким как артериальная гипертензия, прогрессирование атеросклероза, периферического вазоспазма, во многом обусловленным развитием дисфункции эндотелия (ДЭ) сосудов.
Цель исследования. Выявление ранних признаков ДЭ у онкологических пациентов, получающих химио- и/или таргетную терапию.
Материалы и методы. В исследование включено 27 онкологических пациентов, получающих противоопухолевую терапию, в возрасте 54,6±9,3 лет. У 20 (74%) пациентов был выявлен рак молочной железы, у 7 (26%) — колоректальный рак. У 19 (70%) пациентов ранее была диагностирована артериальная гипертензия (АГ). Все больные получали полихимио- и/или таргетную терапию, включающую антрациклины, трастузумаб/пертузумаб, препараты платины, антиметаболиты. Всем пациентам, подписавшим информированное согласие, до начала противоопухолевой терапии, через 3, 6, 9, и 12 месяцев лечения проводился общий осмотр, офисное и суточное измерение АД, объемная сфигмометрия с определением индекса CAVI, лодыжечно-плечевого и пальце-плечевого индекса (ППИ) на большом и укзательном пальце стопы, дуплексное сканирование БЦА и АНК.
Результаты. У 10 (38%) пациентов, из них у 4 (15%) без исходной АГ, на фоне противоопухолевой терапии было выявлено снижение ППИ менее 0,7 на большом и указательном пальцах стопы, сопровождающееся жалобами на онемение. При ДС АНК отмечалось достоверное увеличением пиковой систолической скорости в ЗББА, ТАС, в среднем 1,4 раза, по сравнению с исходными данными. При этом отмечалось уменьшение конечно-диастолической скорости и исчезновение отрицательного пика на допплерограмме пораженных артерий, что может свидетельствовать о развитии периферического вазоспазма. У 8 (42%) пациентов с АГ в анамнезе назначение полихимиотерапии привело к появлению новых атеросклеротических бляшек (АСБ) или прогрессированию имевшихся стенозов в бассейне БЦА и/или АНК, сопровождающемуся увеличением CAVI с 7,8±0,5 до 8,4±0,4 через 6 месяцев наблюдения.
Выводы.
Периферический вазоспазм АНК был выявлен у 37% пациентов, независимо от наличия АГ в анамнезе. Для подтверждения вазоспазма целесообразно ориентироваться на жалобы пациента, уровень ППИ в большом и указательном пальцах стопы, систолическую и конечную диастолическую скорости кровотока в ЗББА, ТАС, допплерограмму кровотока в данных артериях. У (42%) онкобольных, имевших в анамнезе АГ, назначение полихимиотерапии, привело к появлению новых АСБ в бассейне БЦА/АНК или прогрессированию уже имевшихся стенозов.

ОЦЕНКА СОСТАВА ТЕЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А., Бусыгина М.С.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Известно, что при хронической дуоденальной недостаточности (ХДН) в результате нарушения эвакуаторной, пищеварительной, всасывательной функции кишечника возникает дефицит массы тела. Вместе с тем состояние отдельных компонентов состава тела у пациентов с ХДН остается практически неизученным.
Цель исследования. Изучить состав тела при хронической дуоденальной недостаточности.
Материалы и методы. Группа наблюдения была представлена 60 пациентами с ХДН, в состав которой входило 34 мужчины и 26 женщин со средним возрастом 37,1±1,14 года. Контрольная группа (КГ) сформирована из 30 здоровых лиц, из них женщин было 10 (33,3%), мужчин — 20 (66,7%) со средним возрастом 44,2±10,5 года. Верификация ХДН осуществлялась эндоскопическим методом. Оценка состава тела проводилась биоимпедансным способом на аппарате АВС-02 «МЕДАСС» (ООО научно-техническом центре «МЕДАСС» г. Москва). Статистический анализ полученных результатов эксперимента проводился с использованием программ Excel 2016, IBM SPSS v. 17.0.
Результаты. При проведении биоимпедансометрии у пациентов с ХДН выявлено снижение индекса массы тела (ИМТ) (18,3±1,54, p=0,04) и жировой массы (8,13±3,8 кг, p=0,025) по сравнению с КГ (22,6±3,9, 21,36±4,01 кг соответственно). Активная клеточная масса (26,4±2,9 кг), ее доля (57,3±1,3%) и тощая масса (46,2±5,08 кг) достоверно не отличались от показателей КГ (p>0,05). Основной обмен (1468,6±19,7 ккал/сут., p=0,01) и внеклеточная жидкость (11,3±0,4 кг, p=0,041) достоверно снижены при ХДН.
Выводы.
Компонентный состав тела показывает снижение интенсивности метаболических процессов, нарушение жирового, водного, минерального и белкового обмена у пациентов с хронической дуоденальной недостаточностью.

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ РЕНИНА В КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Павлова В.А., Павлова А.А., Мамонтова М.М.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Одним из ведущих механизмов развития АГ и структурных изменений сердечно-сосудистой и других систем организма является ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС). В литературе представлены очень противоречивые данные о возрастной динамике основных звеньев данной системы у здоровых лиц и пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ). Часто не учитываются особенности влияния пола обследованных на содержание ренина, а у женщин — состояния репродуктивной системы.

Цель исследования. Сравнительное изучение возрастной динамики содержания ренина в плазме крови у здоровых и больных АГ с учетом их пола.

Материалы и методы. Обследовано 120 здоровых и 120 больных АГ. В обследование были включены пациенты со 2 ст. АГ, не принимающих регулярную антигипертензивную терапию. Содержание ренина в плазме крови определялось в трех возрастных группах: 25-44 года, 45-59 лет, 60 лет и старше. Каждая группа включала по 20 мужчин и женщин, как здоровых людей, так и страдающих АГ. Ренин в плазме крови определялся методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Установлено, что у здоровых мужчин и женщин с увеличением возраста происходит выраженное уменьшение содержания ренина в плазме крови. В группе здоровых мужчин 25-44 лет его уровень составил 43,13±1,64 пг/мл, у женщин — 40,48±2,37 пг/мл. В средней возрастной группе у мужчин его содержание уменьшилось на 35% ($p<0,05$), в старшей — в 3,2 раза ($p<0,05$). У здоровых женщин, соответственно, на 28,5% ($p<0,05$) и в 2,9 раза ($p<0,05$). В группе пациентов с АГ молодого возраста содержание ренина было достоверно ниже показателей, полученных у здоровых лиц (24,28±3,61 пг/мл у мужчин и 24,50±3,40 пг/мл — у женщин). С возрастом и у мужчин и женщин происходит значительное и достоверное увеличение содержания ренина: у мужчин среднего возраста в 2.16 раза, у женщин — в 1,68 раза; у лиц старшего возраста — в 2,45 и 1,95 раза, соответственно.

Выводы.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что возраст человека, как здорового, так и страдающего АГ, в значительной мере влияет на содержание ренина в плазме крови. Значительное отличие заключается в различной направленности возрастной динамики в содержании этого фермента. У здоровых лиц происходит значительное с возрастом снижение уровня ренина в плазме крови, а у пациентов с АГ, напротив — выраженное его повышение. Выявленные особенности содержания уровня ренина в плазме крови указывают не только на необходимость учета его роли в патогенезе АГ у лиц разного возраста, но и на возможное влияние возрастного фактора на различную эффективность антигипертензивной терапии блокаторами РААС.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Веденикин Т.Ю., Рогожкина Е.А., Иванова А.А., Драпкина О.М., Джиоева О.Н.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. СНсФВ является гетерогенным системным расстройством, возникающим в результате сопутствующих заболеваний, которые включают артериальную гипертензию (АГ), сахарный диабет (СД), ожирение, сердечно-сосудистые заболевания и хроническую болезнь почек (ХБП). Растущая распространенность ХСНсФВ в связи с увеличением числа коморбидных пациентов и ассоциированные с ней высокие уровни смертности и инвалидизации делают крайне актуальным поиск новых подходов к диагностике и лечению данной патологии. Среди пациентов с СНсФВ преобладают женщины, однако гендерные особенности клинических проявлений при острой декомпенсации в отечественных исследованиях не изучались.
Цель исследования. Сопоставить клинико-анамнестические данные мужчин и женщин, госпитализированных в стационар с диагнозом, Острая декомпенсация сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса ЛЖ.
Материалы и методы. Данный анализ проведен в рамках исследования «ГРИФ» (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT06114498). В исследование были включены 240 пациентов, госпитализированных в отделение реанимации по экстренным показаниям через канал скорой медицинской помощи. В случае выявления критерия невключения, несоответствия критериям включения или отказа пациента от дальнейшего участия в исследовании пациент выбывал из протокола на любом этапе.
Результаты. Медианный возраст составил 77,0 лет [71,8-85,0], при этом женщины были достоверно старше мужчин (78,0 [73,0-85,0] против 73,0 [66,0-78,5] лет; $p<0,001$). Мужчины значительно чаще курили по сравнению с женщинами (33,9% против 0%, $p<0,001$). Время от появления симптомов до госпитализации не различалось между полами и составило Me 3,0 [2,0-7,0] дня в общей когорте ($p=0,780$). Продолжительность госпитализации также не имела статистически значимых различий: 5,0 [3,0-7,0] дней у женщин и 4,0 [3,0-6,5] дня у мужчин ($p=0,455$), как и длительность нахождения в ОРИТ более 48 часов ($p=0,196$). Между мужчинами и женщинами не отмечено статистически значимых различий по частоте ИБС, ФП/ТП, брадикардий, ХОБЛ/БА, клапанных пороков сердца и онкологических заболеваний в анамнезе. Однако сахарный диабет достоверно чаще встречался у женщин (43,9% против 28,8%; $p = 0,040$). Отеки нижних конечностей чаще встречались у женщин по сравнению с мужчинами (72,4% против 59,3%, $p=0,059$).
Выводы.
Клинико-анамнестические показатели у пациентов, госпитализированных с ОДСНсФВ, имеют значимые гендерные отличия: для женщин характерна бОльшая частота встречаемости сахарного диабета, выраженные клинические проявления застойных явлений, снижение гемоглобина и эритроцитов, снижение СКФ и значимые изменения показателей внутрисердечной гемодинамики при большем значении фракции выброса ЛЖ.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ветчинникова Т.А., Демидов В.В., Холина Е.А., Иванова Л.М., Сидоренко Ю.В.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Св. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Многие эпидемиологические исследования показали, что потребление алкоголя и риск сердечно-сосудистых заболеваний связаны. Концентрация общего гомоцистеина плазмы была предложена в качестве объясняющего фактора. К тому же ряд публикаций говорят, что повышенный уровень гомоцистеина в плазме крови может способствовать неблагоприятному прогнозу у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.
Цель исследования. Проанализировать уровень гомоцистеина в сыворотке крови больных гипертонической болезнью (ГБ), сочетанной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), злоупотребляющих алкоголем, а также его динамику в результате комплексного лечения с включением этилметилгидроксипиридина сукцината.
Материалы и методы. Под наблюдением находились 71 больной ГБ, сочетанной с ХОБЛ, злоупотребляющих алкоголем, которые были рандомизированы по возрасту и полу в две группы наблюдения — основную (37 человек) и сопоставления (34 пациента). В схему лечения больных основной группы был дополнительно включен препарат этилметилгидроксипиридина сукцината, который является мембранопротектором, ингибитором свободнорадикальных процессов, обладающий стресс-протекторным, ноотропным, антигипоксическим и анксиолитическим действием, повышающий устойчивость тканей к кислородзависимым патологическим состояниям (по 100 мг внутримышечно 2 раза в день в течение 10 дней, затем 100 мг внутрь 2 раза в день еще 2 месяца). Уровень гомоцистеина в сыворотке крови измеряли с помощью набора для ИФА.
Результаты. При первичном биохимическом исследовании наблюдалось статистически значимое повышение уровня сывороточного гомоцистеина у пациентов обеих групп. Так, в основной группе показатель был повышен в 2,7 раза.
Выводы.
У пациентов с ГБ в сочетании с ХОБЛ, злоупотребляющих алкоголем, наблюдается значимое повышение уровня сывороточного гомоцистеина, что связано с окислительным повреждением и нарушением эндогенной антиоксидантной системы, и может использоваться в клинической практике как доступный индикатор оксидативного стресса. Включение в комплексную терапию этилметилгидроксипиридина сукцината позволяет ликвидировать гипергомоцистеинемию у коморбидных больных.

ШКОЛА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ КАК ВАЖНЫЙ ШАГ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Вишневский В.И., Семенева Е.А.
ООО «Институт здоровья», г. Люберцы, Россия

Актуальность. Распространенность депрессии в общей популяции составляет от 3 до 6%. Депрессивные состояния могут проявляться нарушением практически всех сторон психической жизни: настроения, памяти, воли, активности. При артериальной гипертонии (АГ) развиваются типичные депрессивные синдромы с оформленными аффектами тоски, тревоги. При длительном течении АГ на первый план могут выступать дисфорические аффективные нарушения, связанные с формирующимся психоорганическим синдромом. Наличие депрессивного синдрома негативно влияет на эффективность антигипертензивной терапии у больных АГ.
Цель исследования. Изучить влияние структурированного терапевтического обучения на выраженность депрессивных состояний у больных АГ.
Материалы и методы. Наиболее распространенной и доступной формой профилактики депрессивных состояний у пациентов с АГ являются индивидуальные и групповые беседы, которые проводятся врачом во время приема в поликлинике, при посещении пациента на дому, а также при обучении в «Школе артериальной гипертонии» (ШАГ). Занятия проводились в ШАГ при поликлинике № 191 г. Москвы. Образовательная программа в ШАГ предусматривала лекции, которые составили 15-20%, практические и семинарские занятия — 50%, ответы специалистов на вопросы, интересующие пациентов — 10-15%, индивидуальные консультации — 15-20%, решение задач —5-10%, тренинги — 5-10%. Тематика занятий в ШАГ рассматривала актуальные социальные аспекты формирования знаний о правильном образе жизни и понимание того, что укрепить свое здоровье можно только через правильный образ жизни. Такая технология группового профилактического консультирования действует не только более убедительно, но и обеспечивает социальную поддержку обучения в группе. Практические и семинарские занятия предполагали систематизацию и углубление знаний пациентов в форме свободного диалога, чтобы они могли получить ответы на возникающие вопросы, отработку навыков, необходимых для поддержания активного образа жизни, а также составление таблиц калорийности рациона, ведения дневника самоконтроля, правила преодоления стресса, анкеты и др. Кроме того, решались задачи, где описывались конкретные примеры, ситуации из врачебной практики.
Результаты. Под наблюдением находились 116 пациентов АГ 1-2 стадии,1-3 степени. Средний возраст составил 50,6±5.7 лет, из них женщины — 41,3%, мужчины — 58,6%. Характер депрессивных состояний пациентов оценивалась в соответствии со стандартными оценочными шкалами: шкала Тейлора, Цунга, Монттгомери-Асберга, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Гамильтона, Спилберга, Кови, Шихана, госпитальная шкала тревоги и депрессии. Пациенты были рандомизированы методом случайных чисел на 2 группы: I группа — 40 пациентов (группа контроля), II группа — 76 пациентов. Пациенты обеих групп наблюдались терапевтом (кардиологом), получали комбинированную антигипертензивную терапию блокаторами РААС и тиазидоподобными диуретиками (или дигидропиридиновыми антагонистами кальция). Пациенты II группы дополнительно проходили обучение в ШАГ. К исходу наблюдения (8 недель) отмечалось достоверное снижение уровня САД и ДАД в обеих группах. Целевой уровень АД был достигнут у 81,5% пациентов. У пациентов II группы после обучения в ШАГ отмечалось достоверное повышение знаний о факторах риска АГ, 83% пациентов правильно перечислили свои факторы риска, описали способы их устранения (p=0,0001). Улучшение показателей по шкалам тревоги и депресси характеризовалось в улучшении у пациентов настроения, повышение уверенности в себе (41,3%). Больные тратили меньше времени, чем раньше,

на выполнение одного и того же объема работы, повышалось ее качество. Чувство неприязни к близким, родным, друзьям, постоянное внутреннее недовольство и раздражение испытывали 16,6%, повышенная утомляемость, раздражительность, психомоторная заторможенность сохранялась у 18,1%, подавленное, угнетенное настроение, приступы тоски, отчаяния, вспышки ярости испытывали только 30% пациентов II группы.
У них же присутствующие исходно состояние отчаяния, печали, уныния, страха, внезапной паники, напряженности, беспокойные, навязчивые мысли к исходу наблюдения не отмечались; 70,6% пациентов испытывали только напряженность и беспокойство, когда их неожиданно вызывали к руководителю, или они не могли своевременно завершить выполнение задания. Выявлено значительное улучшение показателя интеллектуальных функций: памяти, концентрации внимания, творческих способностей у 70%. Тем не менее, отсутствие интереса к работе или другой деятельности было отмечено у 76,6% пациентов.
Больше половины пациентов II группы в процессе обучения в ШАГ изменили свой образ жизни: 75,0% соблюдали рекомендованный режим питания, 42,0% — бросили курить. Кроме того, к концу наблюдения подавляющее большинство пациентов II группы (93,3%) стала приверженной к рекомендованному антигипертензивному лечению.

Выводы.

Таким образом, терапевтическое структурированное обучение пациентов АГ в ШАГ повышает уровень знаний об АГ, снижает выраженность депрессии, повышает приверженность к проводимой терапии у этой категории больных.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ rs7903146 ГЕНА TCF7L2, rs10830963 ГЕНА MTNR 1B и rs1801282 ГЕНА PPARG (PRO12ALa) С РАЗЛИЧНЫМИ ПОДТИПАМИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Волкова Н.И., Давиденко И.Ю., Воронина Е.В.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) считается гетерогенным заболеванием. В основе формирования ГСД могут лежать как дефекты выработки инсулина, так и снижение чувствительности к нему, в связи с чем выделяют различные патогенетические подтипы ГСД: с преобладающей дисфункцией β-клеток и с превалирующей инсулинорезистентностью (ИР). В настоящее время активно изучаются генетические факторы, участвующие в развитии ГСД, однако данных о полиморфизмах, ответственных за развитие конкретного подтипа ГСД, в настоящее время нет. Выявление генетических маркеров подтипов ГСД позволило бы улучшить диагностику и профилактику нарушений углеводного обмена у беременных.
Цель исследования. Изучение ассоциации полиморфных маркеров rs7903146 гена TCF7L2, rs10830963 гена MTNR 1B и rs1801282 гена PPARG Pro12Ala с наличием разных подтипов ГСД у беременных.
Материалы и методы. Исследование прошли 130 беременных, в соответствии с результатами индекса Matsuda выделено 3 группы: 1 группа — 45 беременных с ГСД и дисфункцией β-клеток; 2 группа — 43 беременные с ГСД и ИР; 3 группа — 42 беременных без ГСД (контроль). Проведено определение однонуклеотидных полиморфизмов rs7903146, rs10830963, rs1801282 методом аллельспецифической полимеразной цепной реакции. Различия признавали статистически значимыми на уровне $p<0,05$.
Результаты. В ходе исследования было выявлено, что генотип Т/Т полиморфных маркеров rs7903146 гена TCF7L2 ассоциирован с низким риском и ГСД с преобладающей ИР, и с дисфункцией β-клеток ($p<0,01$ и $p<0,010$ соответственно). Генотип С/С полиморфных маркеров rs10830963 гена MTNR1B статистически значимо был связан с пониженным риском только подтипа ГСД с дисфункцией β-клеток. В свою очередь, генотип Т/С полиморфных маркеров rs7903146 гена TCF7L2 был связан с повышенным риском наличия ГСД с преобладающей ИР ($p<0.047$).
Выводы.
Некоторые полиморфные маркеры связаны с высоким или низким риском наличия различных подтипов ГСД. Результаты исследования требуют дальнейшего изучения для облегчения диагностики подтипов ГСД. Полученные данные позволят разработать персонифицированный подход к ведению беременных с ГСД наряду с уже имеющимися алгоритмами.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ — РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Волчкова Е.А., Легкова К.С., Смирнов Д.А., Боровикова И.И., Охрименко Г.С., Замятин В.И., Медведева А.Н., Затейщиков Д.А.
ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана», г. Москва, Россия

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — один из наиболее распространенных фенотипов, занимающий лидирующее место среди причин сердечной недостаточности и направления пациентов на трансплантацию сердца. Несмотря на накопленные данные, истинная распространенность ДКМП и носительства неблагоприятных генотипов остается до конца не изученной как во всем мире, так и в нашей стране.
Цель исследования. Определить частоту встречаемости и генетическое разнообразие ДКМП среди всех пациентов, поступающих в стационар с ФВ менее 50%.
Материалы и методы. В течение16 месяцев обследовано 783 пациента, с фракцией выброса (ФВ) менее 50%, поступивших в стационар, с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН). Генетический анализ образцов крови проводился ООО «Биотек кампус», с использованием технологии DNBSEQ, с включением панели из 146 генов. Статистическая обработка данных проводилась с помощью SPSS 27.
Результаты. ДКМП выявлена у 130 пациентов (16,5%), из них мужчин в пять раз больше, чем женщин (110vs20), возраст 55,9±13,70, ФВ 29,5±9,60%, BNP-32: 289,5 нг/мл (146,8; 586,8) и NT-pro-BNP: 3350,5 пг/мл (1027,4; 8204,3). Квадротерапию получали 99 (77%) пациентов. Первично пациенты были разделены на группы по предполагаемой причине развития ДКМП: после перенесенной инфекции — 22 (17,5%), токсическая (алкогольной или ассоциированной с полихимиотерапией) — 43 (33,4%), метаболическая — тиреотоксикоз — 1 (0,8%), после родов — 1 (0,8%), семейная — 2 (1,5%) идиопатическая — 61(46,5%). При генетическом исследовании выявлено 27 вариантов в 16 генах: TNNT2, ALMS1, OBSCN, TTN, FPGT-TNNI3K, SCN5A, SLC22A5, HFE, SYNE1, GATA4, MYBPC3, ABCC9, MYH6, DMD, GAA, SPEG у 31 (24%) больного. Наибольшее количество вариантов выявлено в гене TTN-11 (35%). Носительство более одного патогенного (P) и вероятно патогенного (LP) варианта — у трех пациентов: с токсической этиологией: TTN Chr2: 178535508:G: A (P); ALMS1 Chr2:73424624:ATG:A (LP); с идиопатической: SCN5A Chr3:38586038:G:A(LP), TNNI3K Chr1:74464686:C:CT(LP) и с перенесенной инфекцией: ABCC9 Chr12:21805251:C:CA(LP); ABCC9 Chr12:21805253:A:T(P). Наибольший процент генетических находок у пациентов с ДКМП классифицированной первично как поствоспалительная — 6 (27%), идиопатическая — 15 (25%) и токсическая — 9 (21%), пересмотрен генез перипартальной ДКМП, выявлена мутация в гене SLC22A5.
Выводы.
ДКМП встречается в 16,5% случаев среди пациентов с ФВ менее 50%, поступающих по поводу декомпенсации ХСН. Четверть из них являются носителями неблагоприятного генотипа. У генетически скомпрометированных пациентов воспаление и токсическое воздействие рассматриваются в качестве триггеров развития фенотипа ДКМП. Также может меняться представление о первичной природе ДКМП после генетического исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ И ВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19 МЕТОДОМ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ

Воронкова О.О., Лишута А.С., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н., Николаева Н.А.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Пандемия COVID-19 привела к значительному увеличению случаев интерстициального поражения легких с резидуальными вентиляционными нарушениями. У 30-50% пациентов даже через несколько месяцев после перенесенной инфекции сохраняются сниженные функциональные показатели, сопровождающиеся одышкой и ограничением переносимости физических нагрузок. Патогенез связан с повреждением микроциркуляторного руса, дисфункцией эндотелия и дыхательной мускулатуры. Перспективным методом немедикаментозного лечения таких пациентов является усиленная наружная контрпульсация (УНКП), эффективность которой уже доказана при сердечно-сосудистых заболеваниях.
Цель исследования. Оценить эффективность УНКП в отношении функции внешнего дыхания (ФВД) и толерантности к физической нагрузке у стабильных пациентов с интерстициальным поражением легких и сохраняющимися вентиляционными нарушениями после COVID-19.
Материалы и методы. Проведено пилотное рандомизированное исследование среди 30 пациентов, распределенных в основную группу (n=15) и группу контроля (n=15). Среднее время после COVID-ассоциированной пневмонии составило 15 месяцев. Основная группа получала курс УНКП из 20 процедур в течение 4 недель по 1 часу в день (давление компрессии 220-280 мм рт. ст.). Исходно и через 1 месяц проводились спирометрия, бодиплетизмография, исследование диффузионной способности легких (DLCO) и тест 6-минутной ходьбы (6МХТ) с оценкой одышки по шкале Борга.
Результаты. По данным расширенного исследования ФВД в основной группе зафиксировано достоверное увеличение общей емкости легких (+11%, $p<0,001$), жизненной емкости легких (+13%, $p<0,001$), объема форсированного выдоха за 1 секунду (+17%, $p=0,041$) и функциональной остаточной емкости легких (+11%, $p=0,018$) после курса УНКП. При анализе данных показателей динамика в основной группе через 1 месяц была значимо больше, чем в группе сравнения. Улучшение толерантности к физической нагрузке оценивалось по увеличению дистанции в 6МХТ (+39 м, $p=0,007$) и снижению выраженности одышки по шкале Борга ($p=0,010$) в основной группе, в группе сравнения значимой динамики выявлено не было. Стоит отметить, что DLCO достоверно не изменилась в обеих группах, что может быть связано с необратимыми структурными изменениями легочной ткани.
Выводы.
Впервые была продемонстрирована эффективность метода УНКП в улучшении легочных объемов и переносимости физических нагрузок у пациентов с постковидным поражением легких и вентиляционными нарушениями. Эффект может быть связан с улучшением эндотелиальной функции, перфузии легочной паренхимы и дыхательной мускулатуры, однако механизм непосредственного влияния влияние требует дальнейшего изучения.

РОЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ САМОТОЖДЕСТВА Я В РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Вострецова Ю.В., Тенищева М.П., Шевченко Н.А.
ГБУЗ МКНИЦ №52 ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Персонализация и создание индивидуальных алгоритмов социальной абилитации, восстановления физических функций и трудоспособности в настоящее время являются важнейшими и актуальными задачами реабилитации лиц с кардиологическими заболеваниями. Для их эффективного решения видится уместным использование комплексного подхода, включающего программы физической и психологической реабилитации с учетом личностных особенностей конкретного индивида. Одним из способов достижения индивидуального подхода в реализации реабилитационных программ может являться применение методик, основанных на теории достижения так называемого Самотождества Я. Доминирование идентификаций с негативной социальной оценкой и нарушение в процессах достижения Самотождества Я в аспекте тесности могут приводить к снижению жизнестойкости у пациентов с ишемической болезнью сердца, что может способствовать развитию дезадаптации.
Цель исследования. Определить, как связаны уровни Самотождества Я в аспекте телесности и жизнестойкости у больных с ишемической болезнью сердца.
Материалы и методы. Методология исследования: тест жизнестойкости Мадди С. (в адаптации Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И.), Рефлексивная методика «Диалог Я с собой в аспекте телесности»; Н. А. Шевченко, Е. Б. Старовойтенко. Рефлексивная методика «Рефлексия отношения Я-другой» Описание выборки: Настоящее исследование было выполнено на выборке 30 респондентов обоего пола, в возрасте от 20 до 35 лет. Исследование проводилось на базе НМИЦ ТИО им. ак. Шумакова. Всеми участниками было подписано информированное согласие на участие в исследовании.
Результаты. В ходе проведения анализа полученных результатов, было установлено, что пациенты с ишемической болезнью сердца обладают более низким уровнем жизнестойкости и показателей, характеризующих самотождество Я, чем здоровые испытуемые. В ходе исследования было установлено, что жизнестойкость имеет тесную связь с уровнем выраженности и достижения Самотождества в контексте диалога Я-Я-телесное. Эта связь реализуется сразу на нескольких уровнях, что свидетельствует о важной роли значимого другого и достижения индивидом самоотождествления Я через контакт с Я-телесным в развитии жизнестойкости, что подтверждает гипотезу о возможности ресурсирования жизнестойкости посредством укрепления самотождества Я в аспекте телесности.
Выводы.
Результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что у пациентов с ишемической болезнью сердца снижен уровень самоотождествления Я в контексте «Я» телесного и обосновывают необходимость создания специализированной программы психокоррекции.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СВЯЗАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ТЯЖЕЛОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С УЧЕТОМ СПЕЦИФИКИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Габбасова Л.А., Мастерова М.М., Чугунов А.А., Краснова Т.Н., Домашенко М.А., Камалов А.А., Георгинова О.А.
МНОИ МГУ (УК МГУ), г. Москва, Россия

Актуальность. В рамках исследования изучалась распространенность патологии костно-мышечной системы (КМС) и связанных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у работников тяжелой промышленности. Актуальность проводимого исследования обусловлена высокой социально-экономической значимостью и распространенностью ХНИЗ среди трудоспособного населения, что требует современной диагностики и профилактики.
Цель исследования. Комплексный анализ состояния здоровья сотрудников предприятия тяжелой промышленности, с фокусом на выявление патологии КМС, сопутствующие ХНИЗ и факторы риска заболеваний с учетом характеристики трудового процесса.
Материалы и методы. Работа состояла из нескольких этапов: на первый этап, после подписания информированного согласия, были приглашены 548 (260 мужчин и 288 женщины, возраст от 18 до 67 лет) работников предприятия тяжелой промышленности (ПАО «Магнитогорский Металлургический Комбинат», ММК), разделенных на три группы в зависимости от выполняемых функций на производстве. Для отбора респондентов с патологией КМС использовался валидированный опросник АРТРОВИЗ (коэффициент α-Кронбаха 0,798), позволяющий выявлять суставную патологию и связанные с ней коморбидные состояния. На второй этап приглашены 267 сотрудников ММК. Для оценки коморбидности применялся индекс Чарлсона. Статистический анализ выполнялся с помощью Statistica 10.
Результаты. Анкетирования показали высокую распространенность факторов риска и признаков патологии КМС (до 91%), эндокринных (около 70%) и сердечно-сосудистых (46%) заболеваний. Наиболее частые жалобы: артралгии (87-90%) и дорсалгии на поясничном уровне (70-85%). У 75% респондентов выявлен механический характер боли, у 25% воспалительный. Гиподинамией страдали около 30% респондентов. Используя фотоматериалы для самодиагностики 7.04% респондентов (1), 6.67% (2), 5.71% (3) группы диагностировали у себя псориаз; подагру определили 16.9% респондентов из (1), 27.78% из (2) и 22.86% из (3) групп. Индекс коморбидности Чарлсона у мужчин из группы легкого физического и умственного труда ровнялся 2[1;5] баллов ($p < 0.05$), по сравнению с остальными группами, что связано с более высоким числом факторов риска развития ХНИЗ.
Выводы.
Результаты свидетельствуют о необходимости развития адресных программ профилактики и раннего выявления ХНИЗ среди работников тяжелой промышленности с учетом особенностей их профессии и нагрузки. Низкая комплаентность к проводимой терапии, недостаточная осведомленность о состоянии здоровья и наличие отягощенных наследственных факторов подчеркивают важность разработки и внедрения программ медицинского просвещения и регулярного скрининга за состоянием здоровья сотрудников. Валидированный инструмент АРТРОВИЗ эффективно выявляет группы риска и может быть рекомендован для внедрения в систему медицинского наблюдения на производстве, что способствует сохранению здоровья и трудоспособности персонала предприятия.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИН ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Дисциплины терапевтического профиля, посвященные профилактике и факторам риска хронических неинфекционных заболеваний, играют важную роль в формировании клинического мышления будущих врачей.
Цель исследования. Описать особенности преподавания дисциплин по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у студентов разных курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета.
Материалы и методы. В фокусе внимания дисциплины: «Факторы риска неинфекционных заболеваний у подростков» (вариативная дисциплина по выбору для студентов 2 курса по специальности «Педиатрия»), «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни» (вариативная дисциплина по выбору для студентов 4 курса по специальности «Лечебное дело») и «Поликлиническая терапия» (обязательная дисциплина для студентов 5 и 6 курсов по специальности «Лечебное дело»). В рамках преподавания всех указанных дисциплин обсуждаются факторы риска и вопросы профилактики хронических неинфекционных заболеваний, ставятся цели сформировать способность и готовность осуществлять медицинскую деятельность по проведению профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, и включающих в себя формирование здорового образа жизни.
Результаты. Преподавание дисциплин имеет особенности в зависимости от курса, на котором обучаются студенты, а также специальности. Так, для студентов по специальности «Педиатрия», обучающихся на 2 курсе, делается акцент на поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний, разбираются методы раннего выявления факторов у подростков и методы коррекции, применимые у данной категории пациентов. Для студентов 4 курса, обучающихся по специальности «Лечебное дело», фокус направлен на изучение не только поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний среди различных возрастных групп населения, но формирование навыка обеспечения и реализации программ профилактики, а также обучения пациентов основам здорового образа жизни. Для студентов 5 и 6 курса по специальности «Лечебное дело» изучение основ профилактики неинфекционных заболеваний осуществляется в рамках обязательной дисциплины, предполагающей сдачу зачета и экзамена. Для данной категории обучающихся предусмотрено решение клинических кейсов с целью формирования навыка работы с пациентами в рамках оценки факторов риска и формирования программ профилактики неинфекционных заболеваний.
Выводы.
При осуществлении преподавательской деятельности важное значение для адекватного усвоения обучающимися предлагаемого материала, а также достижения поставленных целей в преподавании дисциплин является учет курса и специальности обучения.

ОЦЕНКА ПРОФИЛЯ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. В популяции лиц молодого возраста кардиометаболические заболевания в основном представлены стадией «предболезни», что обуславливает необходимость ранней оценки факторов риска для адекватной своевременной их коррекции с целью реализации мер первичной профилактики.
Цель исследования. Провести оценку распространенности основных факторов кардиометаболического риска и тревоги и депрессии среди студенческой молодежи.
Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст — 21,0 (19,0-22,0) год. Оценка основных факторов кардиометаболического риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики — с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Различия считали достоверными при $p<0,05$.
Результаты. Среди участников исследования распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям составила 51,8%, по сахарному диабету — 42,2%, по онкопатологии — 39,1%. Частота встречаемости пассивного курения — 49,2% (среди мужчин достоверно чаще, чем среди женщин — 56,9% и 47,0% соотв., $p<0,001$), активного курения — 13,9% (в мужской популяции достоверно выше в сравнении с женской — 23,1% и 11,2% соотв., $p<0,001$); алкогольные напитки в малых дозах употребляют 13,1% респондентов, избыточно — 1,7%, злоупотребление алкоголем выявлено у 0,4% опрошенных. Распространенность гиподинамии составила 60,7% (достоверно выше среди женщин, чем среди мужчин — 64,7% и 47,1% соотв., $p<0,001$), нерационального питания — 75,6%. Частота встречаемости синдрома тревоги составила 48,3% (субклинического уровня — 21,3%, клинического уровня — 27,0%), синдрома депрессии — 32,6% (субклинического уровня — 21,8%, клинического уровня — 10,9%); в женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше частота встречаемости синдрома тревоги (52,4% и 34,6% соотв., $p<0,001$).
Выводы.
В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкопатологии, высокая частота встречаемости пассивного курения, гиподинамии, нерационального питания, тревожно-депрессивной симптоматики, как субклинического, так и клинического уровня.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Высокий уровень распространенности тревожно-депрессивной симптоматики среди молодого населения, а также значимое доказанное влияние данного фактора на параметры соматического здоровья обуславливают необходимость разработки программ ранней диагностики с целью своевременной коррекции тревоги и депрессии.
Цель исследования. Разработать программы ЭВМ для раннего выявления рисков тревоги и депрессии среди студенческой молодежи.
Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст — 21,0 (19,0-22,0) год. Оценка основных факторов кардиометаболического риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики — с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. На основании полученной базы данных созданы программы ЭВМ «Способ прогнозирования тревоги у лиц молодого возраста» (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2025662841, 23.05.2025. Заявка № 2025660291 от 29.04.2025) и «Способ прогнозирования депрессии у лиц молодого возраста» (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2025661526, 07.05.2025. Заявка № 2025660243 от 29.04.2025.). Язык программирования: Python (Python 3). Особенности типа реализующей ЭВМ или другого компьютерного устройства: MS Windows 7/8/8.1/10/11. Тип и версия операционной системы: MS Windows 7/8/10.
Результаты. Программы представляют собой тест-опросники, учитывающие основные факторы кардиометаболического риска, такие как пол, возраст, статус курения и употребления алкоголя, наличие артериальной гипертензии, экзогенно-конституционального ожирения, абдоминального ожирения, гиподинамии и нерационального (нездорового) питания. Вероятность развития тревоги/депрессии рассчитывается в процентном соотношении: результат 50% и более указывает на повышенный риск.
Выводы.
Программы могут применяться в практическом здравоохранении врачами первичного звена (терапевтами, кардиологами, врачами общей практики) с целью скрининга тревоги и депрессии у пациентов молодого возраста, а также прогнозировании рисков при динамическом наблюдении. Программы позволяет быстро и достаточно эффективно прогнозировать вероятность тревоги и депрессии у лиц молодого возраста в клинической практике, что обеспечивает оптимизацию тактики ведения пациента благодаря своевременной маршрутизации лиц с повышенным риском на консультацию врача-психотерапевта.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия,
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Изучение уровня тревожно-депрессивной симптоматики и его взаимосвязи с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста является важным аспектом первичной профилактики.
Цель исследования. Провести анализ взаимосвязи тревоги и депрессии и факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди студенческой молодежи.
Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст — 21,0 (19,0-22,0) год. Оценка основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики — с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Различия считали достоверными при $p<0,05$.
Результаты. Среди участников исследования распространенность синдрома тревоги составила 48,3% (субклинического уровня — 21,3%, клинического уровня — 27,0%), синдрома депрессии — 32,6% (субклинического уровня — 21,8%, клинического уровня — 10,9%); в женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше частота встречаемости синдрома тревоги (52,4% и 34,6% соотв., $p<0,001$). Синдром тревоги ассоциирован с отягощенной наследственностью по онкопатологии (ОШ=1,43 [95% ДИ: 1,24; 1,64], $p<0,001$), сердечно-сосудистым заболеваниям (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,31; 1,72], $p<0,001$) и сахарному диабету (ОШ=1,38 [95% ДИ: 1,21; 1,59], $p<0,001$); пассивным курением (ОШ=1,6 [95% ДИ: 1,39; 1,83], $p<0,001$), активным курением в прошлом (ОШ=1,4 [95% ДИ: 1,22; 1,61], $p<0,001$) и настоящем (ОШ=1,63 [95% ДИ: 1,33; 1,99], $p<0,001$), потреблением алкоголя (ОШ=1,47 [95% ДИ: 1,22; 1,79], $p<0,001$), гиподинамией (ОШ=1,23 [95% ДИ: 1,07; 1,42], $p=0,004$), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26; 1,8], $p<0,001$). Синдром тревоги ассоциирован с абдоминальным ожирением (ОШ=1,65 [95% ДИ: 1,31; 2,07], $p<0,001$), отягощенной наследственностью по сахарному диабету (ОШ=1,16 [95% ДИ: 1,0; 1,34], $p=0,035$), пассивным курением (ОШ=1,26 [95% ДИ: 1,09; 1,46], $p=0,002$), активным курением в прошлом (ОШ=1,21 [95% ДИ: 1,04; 1,4], $p=0,014$), гиподинамией (ОШ=1,52 [95% ДИ: 1,3; 1,78], $p<0,001$), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26; 1,8], $p<0,001$).
Выводы.
В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики, как субклинического, так и клинического уровня; установлены ассоциативные связи между синдромом тревоги и курением, потреблением алкоголя, гиподинамией, нерациональным питанием; между синдромом депрессии и наличием абдоминального ожирения, курением, гиподинамией, нерациональны питанием.

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРЕВОГОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Гаврилова Е.С., Чулков В.С., Ткаченко П.Е.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. В молодежной популяции важной задачей является раннее выявление и коррекция факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.
Цель исследования. Провести оценку распространенности основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивной симптоматики среди обучающихся медицинского колледжа Южно-Уральского государственного медицинского университета.
Материалы и методы. Проведено обследование 276 студентов медицинского колледжа ЮУГМУ (мужчин — 14,9%, женщин — 85,1%), средний возраст — 19,7±2,5 лет. Оценка факторов риска проводилась по опроснику CINDI. Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0.
Результаты. Среди учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ частота встречаемости отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям составила 45,7%, распространенность активного курения составила 18,5%, пассивного курения — 56,9%. Алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев употребляли 70,9% опрошенных, при этом распространенность употребления алкоголя в малых дозах составила 26,4%, избыточного употребления алкоголя — 4,3%. Выявлена высокая распространенность низкой физической активности (55,1%) и нерационального питания (83,6%). Установлено, что распространенность избыточного употребления соли составила 62,3%, недостаточного употребления овощей и фруктов — 62,9%, избыточного употребления сахара — 32,0%. Дефицит массы тела был выявлен у 9,4% респондентов, предожирение — у 8,7%, абдоминальное ожирение у — 8,7%, АГ — у 4,4%. Распространенность тревоги составила 37,7% (субклинического уровня — 24,3%, клинического уровня — 13,8%), депрессии — 20,3% (субклинического уровня — 16,3%, клинического уровня — 4,0%). Выявлено, что среди женщин выше распространенность низкой физической активности (58,3% и 36,6% соотв., $p<0,05$) и ниже частота встречаемости курения (15,7% и 34,1% соотв., $p<0,05$).
По результатам множественной логистической регрессии установлено, что риск тревоги увеличивается при наличии АГ — в 5,3 раза, избыточного употребления соли — в 2,0 раза, протективным эффектом обладает употребление алкоголя в малых дозах, снижающее риск развития тревоги в 2,0 раза; риск депрессии увеличивается при наличии ИМТ ≥25,0 кг/м^2 — в 3,8 раза, абдоминального ожирения — в 2,6 раза, нерационального питания — в 3,00 раза, недостаточного употребления овощей и фруктов — в 2,5 раза, низкой физической активности — в 2,2 раза, среднего балла успеваемости ≤ 3,9 — в 2,5 раза, и уменьшается при наличии среднего балла успеваемости ≥4,0 — в 2,5 раза.
Выводы.
В популяции учащихся медицинского колледжа выявлена высокая распространенность пассивного курения (56,9%), употребления алкоголя (70,9%), низкой физической активности (55,1%), нерационального питания (83,6%), тревоги (37,7%). Риск тревоги увеличивается при наличии АГ и избыточного употребления соли, и уменьшается — при употреблении алкоголя в малых дозах. Риск депрессии увеличивает ИМТ≥25,0 кг/м^2, абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, низкий средний балл успеваемости (≤3,9), уменьшает — высокий средний балл успеваемости (≥4,5).

АССОЦИАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С УРОВНЕМ ОБРАЗОВАНИЯ, ТРЕВОГОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ

Гаврилова Е.С., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Основные факторы риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и тревожно-депрессивная симптоматика реализуют свое действие среди лиц молодого возраста, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи.
Цель исследования. Провести сравнительную оценку ФР ХНИЗ, тревоги и депрессии среди учащихся начальных и старших курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ) и медицинского колледжа ЮУГМУ.
Материалы и методы. Обследовано 281 студентов 1 курса (средний возраст 18,1±1,4 лет) и 6 курса 169 студентов ЮУГМУ (средний возраст 22,9±0,8 лет), а также 166 учащихся младших курсов (средний возраст 19,0±1,0 лет) и 178 учащихся старших курсов (средний возраст 20,0±1,0 лет) медицинского колледжа ЮУГМУ. Оценка поведенческих ФР ХНИЗ проводилась по опроснику CINDI, уровня тревоги и депрессии — по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0.
Результаты. Среди студентов 1 курса ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов медицинского колледжа ЮУГМУ достоверно ниже распространенность нерационального питания (75,0% и 82,9% соотв., $p<0,05$), тревоги субклинического уровня (21,0% и 27,0% соотв., $p<0,05$), достоверно выше распространенность низкой физической активности (55,6% и 21,0% соотв., $p<0,05$), избыточного употребления соли (64,6% и 34,5% соотв., $p<0,05$), тревоги клинического уровня (21,4% и 10,7% соотв., $p<0,05$), больше среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (6,5 (5,0-12,0) и 5,0 (3,0-8,0) шт. соотв., $p<0,05$), среднее количество этанола, употребляемого в сутки (5,5 (3,5-11,4) и 3,5 (0,0-9,6) мл соотв., $p<0,05$). Установлено, что у студентов 1 курса ЮУГМУ риск депрессии увеличивается при наличии абдоминального ожирения — в 3,6 раза, тревоги — в 4,2 раза, и уменьшается при среднем балле успеваемости ≥4,5 — в 2,5 раз. Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении с учащимися старших курсов медицинского колледжа ЮУГМУ достоверно ниже среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (5,0 (4,0-10,0) и 10,0 (6,0-11,8) соотв., $p<0,05$), ниже распространенность нерационального питания (86,4% и 99,1% соотв., $p<0,05$), избыточного употребления соли (30,2% и 60,2% соотв., $p<0,05$), тревоги клинического уровня (19,4% и 20,1% соотв., $p<0,05$) и выше частота встречаемости тревоги субклинического уровня (18,4% и 14,2% соотв., $p<0,05$). Риск тревоги уменьшается при среднем балле успеваемости ≥4,5 — в 2,1 раза, избыточного употребления соли — в 2,3 раза, и уменьшается при избыточном употреблении сахара — в 2,6 раз.
Выводы.
Среди студентов 1 курса ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов мед. колледжа достоверно выше распространенность низкой физической активности, тревоги клинического уровня, больше среднее количество выкуриваемых в сутки сигарет, среднее количество этанола, употребляемого в сутки, и ниже частота встречаемости нерационального питания, тревоги субклинического уровня. **2.** Среди студентов 6 курса ЮУГМУ в сравнении со студентами старших курсов мед. колледжа достоверно ниже распространенность курения, нерационального питания, тревоги клинического уровня, меньше количество сигарет, выкуриваемых в сутки и выше частота встречаемости тревоги субклинического уровня. **3.** У первокурсников ЮУГМУ риск депрессии увеличивается при наличии абдоминального ожирения, риск тревоги и депрессии снижается при среднем балле успеваемости ≥ 4,5. У шестикурсников ЮУГМУ риск тревоги уменьшается при среднем балле успеваемости ≥4,5.

МАСТОЦИТОЗ ПОД МАСКОЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гаврилюк Е.В., Калугин А.А., Железнова Н.В., Корниеенко Т.Г., Краснорудская М.О., Шурова Т.И., Степченко А.А.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. Мастоцитоз — гетерогенная группа заболеваний, которые характеризуются чрезмерной пролиферацией и накоплением клональных (неопластических) тучных клеток (ТК) в одном или нескольких органах (Valent P., Akin C., Hartmann K., et al., 2017). Мастоцитоз является редким заболеванием из группы миелоидных новообразований. Распространенность во всем мире составляет 0,89 случая на 100000 населения (Абдулхаликова З.К., Барабанщикова М.В., Морозова Е.В., и соавт., 2022)]. Диагностировать СМ достаточно сложная задача, связанная с разнообразием клинической картины и развитием жизнеугрожающих состояний.

Описание случая. Пациент М., 61 год, поступил в гастроэнтерологическое отделение с предварительным диагнозом: цирроз печени токсикоалиментарного генеза, активная фаза, класс А по «Чайлд-Пью» На момент поступления предъявлял жалобы на: выраженную общую слабость, кожный зуд (уменьшался при приеме антигистаминных препаратов), снижение веса на 6 кг за последние 3 месяца, высыпания коричневого цвета на коже живота, голеней и стоп, наличие кашицеобразного стула с примесью слизи с частотой до 5 раз в сутки. Из анамнеза известно: с января 2025 года стал отмечать снижение веса, тогда же появился кожный зуд, кожная сыпь, при механическом воздействии на элементы которой появлялись мелкие пузырьки (феномен Дарье-Унны). Длительное время наблюдался у дерматовенеролога. Из анамнеза жизни удалось выяснить, что отец пациента страдал такими же жалобами, однако за медицинской помощью не обращался. Факт наличия данной симптоматики у отца больного позволяет предположить наличие возможной мутации в гене c-KIT, которая выявляется более чем у 90% больных СМ. При объективном обследовании — наличие папулезной сыпи на коже грудной клетки, нижних конечностях, следы расчесов, участки гиперпигментации коричневого цвета до 0,5 см с нечеткими контурами, гепато- и спленомегалия; при лабораторных обследованиях — в анализе крови: снижение уровня гемоглобина 120 г/л, в биохимическом анализе крови: увеличение АЛТ до 76.1 Ед/л, ГГТП до 91,9 Ед/л; в иммунограмме — повышение IgA до 2,3 г/л, снижение IgM до 0,5 г/л% при УЗИ ОБП — диффузные изменения печени по типу цирротических, спленомегалия. Результаты биопсии кожного лоскута: в дерме инфильтраты тучных клеток без признаков атипизации, расположены периваскулярно и в виде определенных скоплений. На основании жалоб, анамнеза, объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований пациенту был поставлен диагноз: Системный мастоцитоз с поражением печени, селезенки и кожи. Вторичная портальная гипертензия: варикозное расширение вен пищевода стволовая форма, I ст. Холестероз стенки желчного пузыря. Хронический гастрит. Ремиссия. Катаральный дуоденит. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени АГ. ГМЛЖ. Риск 3 (высокий). Целевой уровень АД 120-129/80 мм.рт.ст. Назначена терапия: урсодезоксихолевая кислота (урсосан, урдокса), антигистаминные препараты — кетотифен. В дальнейшем пациент был направлен в Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова и Национальный медицинский исследовательский центр гематологии Минздрава РФ для дообследования и подбора терапии (цитостатики — кладрибин; ИНФα).

Заключение.

Данный клинический случай показывает, что у пациента с кожным зудом, измененной по типу цирротической, печенью и симптомами портальной гипертензии, необходимо тщательно проводить осмотр кожных покровов на предмет гиперпигментаций, под маской которых в сочетании с остальными симптомами может скрываться системный мастоцитоз. Таким пациентам необходимо выполнять биопсию кожного лоскута, для подтверждения диагноза.

ВАРИАНТЫ АНЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Гавришко О.П., Маркин А.Д., Окулова В.А., Уткина Е.В., Фомина Н.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. В группе пациентов с диффузными заболеваниями соединительной ткани (ДЗСТ) одним из осложнений заболевания является анемия. По данным различных исследований, уровень анемии среди пациентов с ДЗСТ может превышать 50%.
Цель исследования. Изучить взаимосвязь анемического синдрома с показателями активности воспаления у больных с диффузными заболеваниями соединительной ткани.
Материалы и методы. В исследование включены 94 пациента Кузбасской областной клинической больницы имени С.В. Беляева, г. Кемерово в возрасте от 21 до 72 лет с ДЗСТ (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия и др.), оценены лабораторные и биохимические анализы крови. Статистическая обработка данных производилась с использованием программы STATISTICA 10.
Результаты. Анемия встречалась у 39 пациентов (41,4%). Среди них 33 женщины (85%) и 6 мужчин (15%) в возрасте от 23 до 72 лет (средний возраст 54 года). Количество пациентов с микроцитарной гипохромной анемией составило 12 (30,7%), нормохромной нормоцитарной анемией у 23 (59%) пациентов, макроцитарной гиперхромной анемией была у 1 пациента (2,6%), нормоцитарная гипохромная анемия наблюдалась у 2 (5,1%) пациентов, нормоцитарной гиперхромной анемией у 1 (2,6%) пациента. Уровень гемоглобина у пациентов с анемией составил — Me 111 г/л [101; 116], без анемии — Me 136 г/л [129; 147], p=0,003. В группе пациентов с анемией появлялся достоверно более высокий С-реактивный белок — Me 6,8 [1,5; 25,5] в сравнении с группой пациентов без анемии — Me 2,9 [1,1; 8,5] (p=0,001). Показатели СОЭ оказались достоверно выше в группе пациентов с анемией — Me 28 [18; 59] в сравнении с группой пациентов без анемии — Me 12 [4; 21] (p=0,001). Выявлена статистически значимая корреляционная связь между СОЭ и концентрацией гемоглобина (r=-0,55, p=0,000), средней силы между СОЭ и содержанием эритроцитов в крови (r=-0,36, p=0,0004). Статитически значимых связей между уровнем СРБ и концентрацией гемоглобина не было выявлено (r=-0,15, p=0,152).
Выводы.
Анемический синдром был выявлен у 41,4% пациентов. У пациентов с ДЗСТ в 59% случаев определялась анемия хронического заболевания. В группе пациентов с анемией регистрировались достоверно более высокие показатели С-реактивного белка и СОЭ в сравнении с группой без анемии. Достоверно установлено, что при повышении активности воспалительного процесса (увеличении СОЭ) снижается уровень гемоглобина крови у пациентов с ДЗСТ.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Гадаборшева Л.М., Муталиева М.Б., Нальгиева М.А.
ФГБОУ ВО ИнгГУ, г. Магас, Россия

Актуальность. Изучение коморбидных патологий на фоне ХОБЛ является приоритетным направлением в современной медицине. Полиморфная клиника при ХОБЛ приводит к нарушению функции нескольких органов и систем, а это зачастую затрудняет диагностику и лечение, что требует внимания врачей разных специальностей.
Цель исследования. Выявить коморбидные состояния у пациентов с ХОБЛ на стационарном этапе лечения в реальной практике.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 87 пациентов с диагнозом ХОБЛ, пролеченных в пульмонологическом отделении в 2024 и 2023 г.г.
Результаты. Анализ показал, что преобладающими в исследовании были мужчины (76,6%). Группа пациентов в возрасте 20-60 лет составила 28%, в основном были пациенты 60-90 лет, что составило 72%. Преобладало тяжелое течение ХОБЛ в большинстве случаев с ДН тяжелой степени тяжести, что составило 72,9% и крайне тяжелой степени тяжести 24%. По МСКТ данным преобладал эмфизематозный паттерн рентгенологических изменений, что составило 62,5%, бронхоэктазы были выявлены у 22,2% больных, буллезные изменения представлены в 15,3% случаев. Достоверно известно, что с повышением возраста пациентов количество заболеваний растет. По литературным данным 50% больных в возрасте старше 65 лет имеется в среднем — 3 заболевания, а у половины из них ≥ 5. При анализе пациентов с ХОБЛ в отделении пульмонологии выявлены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия — у 88% больных, ишемическая болезнь сердца — 37%, сахарный диабет — 18%, неврологические заболевания — 11%, онкология — 7%, заболевания желудочно-кишечного тракта — 3%. В основном представлены пациенты с сочетанной патологией более 3 нозологий. Кроме этого, у 26,1% пациентов с ХОБЛ индекс массы тела выше 30.
Выводы.
Таким образом, среди пациентов с ХОБЛ преобладали возрастные пациенты мужского пола, для которых характерна большая тяжесть заболевания.

ИЗМЕНЕНИЯ ИОНОГРАММЫ ПРИ РТУТНОЙ НЕФРОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЕЙ-РЕПЕРФУЗИЕЙ ПОЧЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гадиева В.А.
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, г. Владикавказ, Россия

Актуальность. Изменения в ионограмме являются важным инструментом для диагностики и мониторинга течения острого повреждения почек, включая ртутную нефропатию.
Цель исследования. Изучение изменений ионограммы при экспериментальной ртутной нефропатии, индуцированной хлоридом ртути (HgCl2), в сочетании с ишемией-реперфузией почки у крыс.
Материалы и методы. Исследование проводилось на 40 самцах крыс линии Wistar массой 250-300 г, разделенных на четыре группы: Контрольная группа: Крысы получали физиологический раствор внутрибрюшинно и подвергались ложной операции (лапаротомия без пережатия почечной артерии). Группа «Ртуть»: Крысам вводили хлорид ртути внутрибрюшинно в дозе 5 мг/кг массы тела. Группа «Ишемия-Реперфузия»: Крысам выполняли билатеральную ишемию почек путем пережатия почечной артерии и вены на 45 минут с последующей реперфузией. Группа «Ртуть + Ишемия-Реперфузия»: Крысам вводили хлорид ртути внутрибрюшинно (5 мг/кг), а через 24 часа выполняли билатеральную ишемию-реперфузию почечной артерии и вены (45 минут ишемии, затем реперфузия). Эксперимент проводился в соответствии с этическими нормами, утвержденными локальным этическим комитетом. Через 24 часа после реперфузии у крыс забирали кровь из хвостовой вены. Определяли уровни натрия, калия, хлора, кальция и фосфора в сыворотке крови с использованием автоматического биохимического анализатора. Статистический анализ проводился с использованием программы GraphPad Prism. Данные представлены как среднее ± стандартное отклонение (M ± SD). Для сравнения между группами использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.
Результаты. Результаты исследования показали, что в группе «Ртуть» отмечалось снижение уровня натрия и кальция, а также увеличение уровня калия. Уровень хлора существенно не отличался от контрольной группы. В группе «Ишемия-Реперфузия» также наблюдались изменения в ионограмме, характеризующиеся гиперкалиемией и гипокальциемией. Однако снижение уровня натрия в этой группе было менее выраженным, чем в группе «Ртуть». Наиболее выраженные изменения в ионограмме (гипонатриемия, гиперкалиемия, гипокальциемия и гиперфосфатемия) были зарегистрированы в группе «Ртуть + Ишемия-Реперфузия». Результаты свидетельствуют о том, что ртутная нефропатия в сочетании с ишемией-реперфузией приводит к значительным изменениям в ионограмме, отражающим нарушения почечной функции и электролитного баланса.
Выводы.
Полученные результаты подчеркивают важность мониторинга электролитного баланса у пациентов с ртутной нефропатией, особенно при наличии сопутствующих состояний, которые могут приводить к ишемии-реперфузии почек. Дальнейшие исследования необходимы для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения электролитных нарушений при ртутной нефропатии в сочетании с ишемией-реперфузией.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО И ВОССТАНОВЛЕННОГО ГЛУТАТИОНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРФУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гадиева В.А.
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, г. Владикавказ, Россия

Актуальность. Ишемически-реперфузионное повреждение почек является распространенным и серьезным осложнением при различных клинических состояниях, таких как трансплантация почек, хирургические вмешательства на аорте, сепсис и острая почечная недостаточность. Патофизиология данного повреждения сложна и включает в себя каскад событий, приводящих к оксидативному стрессу, воспалению и апоптозу клеток почек. Глутатион является одним из основных антиоксидантов в клетках организма, играющим важную роль в защите от оксидативного стресса. Он существует в двух формах. Соотношение восстановленного и окисленного глутатиона является важным показателем антиоксидантного статуса клетки. Исследования последних лет показали, что определение уровня общего и восстановленного глутатиона в плазме крови может быть полезным для диагностики повреждения различных органов. Однако данные о применении этого метода для диагностики ишемически-реперфузионного повреждения почек в экспериментальных условиях ограничены.

Цель исследования. Разработка способа определения ишемически-реперфузионного повреждения почек в эксперименте на основе определения уровня общего и восстановленного глутатиона в плазме крови и установление его взаимосвязи с гистологическими изменениями и биохимическими показателями функции почек.

Материалы и методы. Животные были разделены на контрольную группу (10 крыс) и экспериментальную группу (10 крыс) с ишемией-реперфузией почек. Ишемию почек вызывали путем временного пережатия почечной артерии (25 минут), после чего восстанавливали кровоток. У животных обеих групп через 24 часа от момента восстановления кровотока проводили забор крови для определения уровня общего и восстановленного глутатиона в плазме крови, креатинина, мочевины. После завершения эксперимента проводили гистологическое исследование почек для оценки степени повреждения. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения Microsoft Excel. Для сравнения групп использовался t-критерий Стьюдента. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Статистически значимым считался уровень $p<0,05$.

Результаты. Результаты исследования показали, что у животных с ишемией-реперфузией почек наблюдается значительное снижение уровня общего и восстановленного глутатиона в плазме крови по сравнению с контрольной группой. Также выявлена статистически значимая взаимосвязь между уровнем глутатиона в плазме крови, степенью гистологического повреждения почек и биохимическими показателями функции почек. Снижение уровня глутатиона коррелировало с более выраженным повреждением почек и ухудшением функции почек.

Выводы.

Определение уровня общего и восстановленного глутатиона в плазме крови является перспективным методом диагностики ишемически-реперфузионного повреждения почек в эксперименте. Снижение уровня глутатиона коррелирует с гистологическим повреждением почек и ухудшением биохимических показателей функции почек. Дальнейшие исследования необходимы для определения диагностической значимости этого метода в клинической практике.

ЗАВИСИМОСТЬ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТ УРОВНЯ ТРОПОНИНА ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Галенко А.С., Рыбин Е.В.
СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Известно, что повышенный уровень тропонина является специфическим маркером повреждения миокарда при остром коронарном синдроме. У пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) после экстренной ангиопластики и стентирования коронарных артерий высокий уровень тропонина может указывать на более значительное повреждение миокарда, что напрямую влияет на систолическую функцию левого желудочка и, соответственно, снижает толерантность к физической нагрузке. Это требует персонализированного подхода к построению программ кардиореабилитации на стационарном этапе лечения, что является актуальной задачей для раннего восстановления физической работоспособности пациентов. Исследования, посвященные оценке толерантности к физической нагрузке в раннем периоде ОИМ, в доступной отечественной и зарубежной литературе крайне малочисленны.

Цель исследования. Оценить зависимость толерантности к физической нагрузке у пациентов с ОИМ, определяемую при выполнении нагрузочных проб при выписке из стационара, от уровня тропонина, определенного через 24-48 часов после экстренной ангиопластики и стентирования коронарных артерий.

Материалы и методы. Обследовано 128 пациентов, экстренно поступивших в региональный сосудистый центр с ОИМ (Q-ОИМ — 65 пациентов, не-Q-ОИМ — 63 пациента) в возрасте от 38 до 79 лет (средний возраст — 59 лет), 95 (74,2%) мужчин и 33 (25,8%) женщины). Пациентам проводилась экстренная ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Далее пациенты были разделены на 3 группы: до 100 верхних границ нормы (ВГН) уровня тропонина Т после экстренного эндоваскулярного вмешательства — 39 (30,5%) пациентов (средний 579±118 нг/мл), от 100 до 1000 ВНГ — 40 (31,2%) пациентов (средний 3869±465 нг/мл) и более 1000 ВНГ — 49 (38,3%) пациентов (средний 27719±5880 нг/мл). При выписке из стационара проводились нагрузочные пробы: тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ) и велоэргометрия (ВЭМ) на вертикальном или горизонтальном велоэргометре (Schiller).

Результаты. В группах, разделенных по уровню тропонина Т через 24-48 часов после эндоваскулярного вмешательства, были выявлены различия по толерантности к физической нагрузке. В первой группе средняя дистанция ТШХ составила 394±11 метра и максимальная нагрузка при выполнении стресс-лимитированного теста на велоэргометре 97±6 Вт, во второй группе соответственно 360±18 метров и 85±8 Вт. Группа с максимальным значением тропонина Т показала худшие результаты нагрузочных проб — ТШХ 318±16 метра и ВЭМ — 68±12 Вт ($p<0,05$ с группами 1 и 2).

Выводы.

Степень повышения кардиоспецифических ферментов у пациентов с ОИМ после реваскуляризации может являться одним из показателей для прогнозирования толерантности к физической нагрузке и ее следует учитывать при составлении персонализированных программ физической реабилитации.

СВЯЗЬ ВЕЙПИНГА И ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА

Галиханова Ю.И., Дударев В.М., Шкляев А.Е.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Электронные системы доставки никотина (ЭСДН) становятся важной медико-социальной проблемой, так как они широко распространены, популярны среди молодежи, а их влияние на функционирование органов и систем изучено недостаточно.
Цель исследования. Исследование висцеральной гиперчувствительности желудка у лиц молодого возраста, употребляющих ЭСДН.
Материалы и методы. Проведено обследование 126 участников в возрасте 20-25 лет, распределенных на три группы, сопоставимых по возрасту и полу: 1-я — лица, использующие ЭСДН (n=42), 2-я — некурящие добровольцы (n=42), 3-я — курящие традиционные сигареты (n=42). Для оценки функционального состояния желудка применялся питьевой тест: участники натощак потребляли воду различной температуры (25°C и 40°C) до субъективного ощущения полного насыщения, фиксируя объем выпитой жидкости. Оценка гастроэнтерологической симптоматики выполнялась с использованием опросника GSRS. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью MS Excel, Statistica.
Результаты. По данным опросника GSRS, диспепсический синдром отмечен у 92,9% пользователей ЭСДН, а вторым по частоте симптомом оказалась абдоминальная боль. Сравнительный анализ трех групп выявил статистически значимые различия в объеме выпитой воды как при температуре 25°C ($p=0,031$), так и при температуре 40°C ($p=0,035$). Попарный анализ продемонстрировал, что существенные различия отмечены исключительно между пользователями ЭСДН и некурящими лицами (при 25°C — $p1\text{-}2=0,009$, при 40°C — $p1\text{-}2=0,013$); различий же между курильщиками классических сигарет и некурящими выявлено не было (при 25°C — $p2\text{-}3=0,107$, при 40°C — $p2\text{-}3=0,093$). Так, у 38,1% вейперов объем выпитой жидкости уменьшился на 50,0% и более при изменении температуры, свидетельствуя о температурной гиперчувствительности, в отличие от некурящих, у которых подобное явление встречалось лишь у 9,5%. Обнаруженные корреляционные связи показали, что у пользователей ЭСДН с увеличением стажа парения повышался уровень висцеральной гиперчувствительности, что проявлялось снижением объема выпитой жидкости 25°C и 40°C ($r=-0,594$ и $r=-0,637$).
Выводы.
Проведенное исследование продемонстрировало, что у пользователей ЭСДН формируется более выраженная висцеральная гиперчувствительность желудка по сравнению с некурящими, интенсивность которой усиливается с увеличением стажа парения.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НИКОТИНСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ

Галиханова Ю.И., Муравцева О.В., Пантюхина А.С., Шкляев А.Е.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Высокая популярность никотинсодержащих продуктов (НСП), особенно современных электронных систем доставки никотина (ЭСДН), среди молодежи обусловливает необходимость всестороннего изучения их влияния на здоровье и качество жизни (КЖ). Полученные научные данные могут стать основой для разработки профилактических мероприятий и терапевтических подходов, направленных на снижение рисков, связанных с потреблением никотина.
Цель исследования. Исследование КЖ пользователей НСП с помощью опросника SF-36.
Материалы и методы. Обследовано 126 участников в возрасте от 20 до 25 лет, разделенных на 3 равнозначные по половозрастному составу группы: 1-я — включала лиц, использующих ЭСДН (n = 42); 2-я — состояла из курящих обычные сигареты (n = 42); 3-я — была представлена некурящими участниками (n = 42). Для оценки КЖ применялся стандартизированный опросник SF-36. Обработка полученных статистических данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и пакета анализа данных Statistica.
Результаты. По данным опросника SF-36 было выявлено, что у пользователей НСП уровень КЖ был заметно ниже, чем у тех, кто ведет здоровый образ жизни и не употребляет никотиновую продукцию. Анализ данных по опроснику качества жизни SF-36 выявил статистически значимые различия по показателю «Интенсивность боли» (BP) и шкале «Общее состояние здоровья» (GH) между тремя независимыми группами (p=0,000). Участники, курившие как электронные сигареты (медиана BP: 73,0 [52,0; 84,0], медиана GH: 67,0 [52,0; 72,0]), так и традиционные сигареты (медиана BP: 70,0 [52,0; 84,0], медиана GH: 62,0 [47,0; 72,0]) демонстрировали более низкую оценку указанных показателей по сравнению с некурящими лицами (медиана BP: 100,0 [84,0; 100,0], медиана GH: 72,0 [62,0; 82,0], p=0,000-0,002). Это свидетельствует о большей выраженности болевых ощущений и низкой самооценке здоровья у пользователей НСП. Корреляционный анализ подтвердил наличие статистически значимых связей большинства шкал опросника SF-36.
Выводы.
Полученные данные продемонстрировали, что использование НСП (электронных и обычных сигарет) отрицательно влияет на КЖ, усиливает болевые ощущения и ухудшает самооценку здоровья. Результаты исследования подтвердили аналогичный характер негативного воздействия обоих типов сигарет на организм.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ОРМОНДА

Гараева Н.А., Оленева С.А., Рахматуллина Э.Н., Печерских М.В.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Болезнь Ормонда (ретроперитонеальный фиброз (РПФ) — редкое заболевание, проявляющееся формированием фиброзно-воспалительной ткани в забрюшинном пространстве, приводящее к компрессии мочеточников, аорты, нижней полой вены и других анатомических структур данной области. Этиология до настоящего времени остается дискутабельной. Триггеры провоцируют иммунный ответ, способствуя воспалительному поражению брюшины, исходом которого становится фиброз.
Описание случая. Пациент А., 56 лет, в июне 2025 г. обратился с жалобами на постоянные ноющие боли внизу живота и в поясничном отделе позвоночника слева (по ВАШ 4 балла), отрицает связь с приемом пищи, мочеиспусканием и дефекацией, на фоне приема НПВП наблюдает уменьшение боли. Кроме того, беспокоила периодическая боль и утренняя скованность в суставах пальцев кистей, боли в левом тазобедренном суставе. Объективные данные без особенностей. Считает себя больным с мая 2019 г., когда впервые появилась жалобы на постоянные ноющие боли внизу живота. Обращался к урологу, выявлены признаки обострения простатита, назначено антибактериальное лечение без положительной динамики. По результатам КТ ОБП выявлен инфильтрат в парааортальной клетчатке забрюшинного пространства. Консультирован онкологом — данных за злокачественный характер образования не выявлено. В августе 2019 г. была проведена телемедицинская консультация в ФГБУ центра хирургии им А.В. Вишневского, диагноз подтвержден, рекомендована гормонотерапия: пульс-терапия метилпреднизолоном 500 мг в/в кап №3, далее 14 таблеток преднизолона в сутки с последующим постепенным снижением до 0,5 таб/сут, на фоне которой боли в животе исчезли. По данным МРТ наблюдалась положительная динамика в отношении размеров инфильтрата. На фоне уменьшения дозировки ГКС вновь появились боли в животе. Инициирована терапия метотрексатом 20 мг. В 2021 г. появились боли в области плечевых суставов, повышение температуры тела до 37,5С°. Консультирован в НИИР им. В.А. Насоновой, рекомендована отмена метотрексата и начата терапия циклофосфамидом 600 мг в/в кап №1. Учитывая прогрессирование заболевания по данным МРТ, развитие ГКС-опосредованных негативных реакций (гиперкортицизм, стероидная катаракта, начальные признаки иммунодефицита) инициирована терапия ГИБП (ритуксимаб), с последующим продолжением терапии каждые 6 мес. С августа 2024 г. ГКС не принимает, ухудшения не отмечает.
Заключение.
В представленном клиническом случае заболевание развивалось без специфических проявлений, с нечеткой клинической картиной. Постановка диагноза и выбор тактики ведения пациента представляли значительные трудности, потребовав привлечения мультидисциплинарной команды специалистов и экспертного мнения врачей ведущих российских клиник. Диспансерное наблюдение пациента позволило своевременно выявить гормональную зависимость, скорректировать лечение, инициировав терапию ГИБП.

СОЧЕТАНИЕ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ — КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Гасанов М.З.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Поликистоз печени представляет собой наследственное хроническое заболевание, характеризующееся множественными кистами. Первые симптомы обычно появляются после 40 лет. Около трети случаев обусловлены мутациями генов PRKCSH и SEC63, заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу. Поликистоз печени часто сочетается с поликистозом почек, а кисты могут обнаруживаться и в других органах.
Описание случая. Больная Б., 67 лет, поступила с жалобами на тошноту, частую рвоту, боли в правом подреберье, горечь во рту, вздутие живота, запоры, выраженную слабость и потерю веса до 10 кг за последний год. Заболевание впервые выявлено 28 лет назад при обследовании на поликистоз печени; до последних месяцев состояние оставалось удовлетворительным, наблюдалась амбулаторно. Общее состояние удовлетворительное, астеническое телосложение, признаки снижения питания, бледность кожи и слизистых. Лимфатические узлы не увеличены, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 18/мин. Пульс 84/мин, АД 150/95 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. Живот слегка вздут, печень увеличена, выступает на 12 см из-под реберной дуги, неровная, представлена конгломератом кистозных образований, умеренно болезненных при пальпации. Селезенка не увеличена. Стул — склонность к запорам, мочеиспускание — без особенностей. Общий анализ крови: анемия (Hb 89 г/л, эритроциты $2{,}78\times10^{12}$/л, Ht 24,8%), СОЭ 38 мм/ч, лейкоциты и тромбоциты в пределах нормы. Общий анализ мочи без особенностей. Серологические тесты на HBsAg, HCV, ВИЧ, сифилис отрицательные. Уреазный и дыхательный тесты на H. pylori — отрицательные. В б/х анализе крови — умеренное повышение ГГТП (223 Ед/л), креатинин 244 мкмоль/л, мочевина 14,1 ммоль/л, остальные показатели в пределах нормы. На СКТ органов брюшной полости обнаружено значительное увеличение печени (кранио-каудальный размер правой доли 209 мм, билобарный 226 мм) с множественными кистами до 111 мм, частично обызвествленными; желчные протоки не расширены. Почки увеличены, обе с множественными кистами до 36 мм, единичные с гиперденсивной структурой; выявлены Р-контрастные конкременты до 9 мм. В малом тазу определяется небольшой объем свободной жидкости. Пассаж бариевой массы и рентгеноскопия желудка выявили гастроптоз, замедленную эвакуацию, гипомоторную дискинезию тонкого и толстого кишечника, выраженный колоноптоз. Фиброгастродуоденоскопия показала рубцово-деформированную язву луковицы 12-перстной кишки диаметром 0,7 см. Пациентке был поставлен диагноз поликистоза печени и почек, ХБП 4 стадии (СКФ по CKD-EPI 21 мл/мин/1,73м^2), МКБ, хронического вторичного пиелонефрита (ремиссия), анемии смешанного генеза, симптоматической АГ 2 стадии, II степени, высокого риска, язвенной болезни 12-перстной кишки с локализацией язвы в луковице, в стадии обострения, Н.р. «-». На момент осмотра хирургическое вмешательство не требовалось. Было рекомендовано наблюдение и лечение у гастроэнтеролога и нефролога с обсуждением вопроса о подготовке пациентки к ЗПТ. Прогноз при поликистозе печени в целом относительно благоприятный, однако в сочетании с поликистозом почек зависит от скорости прогрессирования почечной дисфункции.
Заключение.
Пациенты с поликистозной болезнью печени и почек могут достигать пожилого возраста даже при наличии крупных кист, при условии регулярного динамического наблюдения и своевременной комплексной терапии. Эффективное ведение включает контроль сопутствующих заболеваний, коррекцию осложнений и поддерживающую медикаментозную терапию, что позволяет влиять на качество жизни и прогноз.

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР САРКОПЕНИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Павар Н.Д., Абдуллаева Л.Б., Викторов А.В.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Распространенность хронической болезни почек (ХБП) странах СНГ и России составляет 11,4%, что выше глобальной медианы в 9,5%. Прогрессирование заболевания приводит к формированию терминальной хронической почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа. По имеющимся данным до 74% осложнений, связанных с ХБП у пациентов на заместительной почечной терапии, обусловлены развитием уремической саркопении — синдрома генерализованной потери мышечной массы, силы и выносливости на фоне прогрессирующей почечной дисфункции. Основными механизмами формирования уремической саркопении у больных на хроническом гемодиализе являются нарастающая белково-энергетическая недостаточность и дисбаланс катаболических и анаболических процессов.
Цель исследования. Оценить влияние белково-энергетической недостаточности (БЭН) на снижение мышечной силы у пациентов, получающих гемодиализ.
Материалы и методы. Было обследовано 80 пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии (ХБП5Д): 47 мужчин и 33 женщины, средний возраст которых составил 51,7 ± 11,6 года. Все участники получали программный гемодиализ с продолжительностью лечения 33,5 (0,5; 236) месяцев. Пациенты прошли сбор клинико-анамнестических данных, физикальное обследование и лабораторно-инструментальные исследования. Мышечная сила оценивалась с помощью кистевой динамометрии, а стадию БЭН определяли по комплексной методике G.L. Bilbrey и T.L. Cohen. Суточное потребление калорий рассчитывалось на основании индивидуальных трехдневных дневников питания. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США).
Результаты. В исследуемой когорте была выявлена высокая распространенность белково-энергетической недостаточности (БЭН) — 90% пациентов, при этом преобладали легкая степень БЭН (61,25%) и умеренные нутритивные нарушения (27,5%), а у одного пациента диагностирована тяжелая стадия. Самостоятельного значимого влияния БЭН на снижение мышечной силы выявлено не было. Вместе с тем, проведенная комбинированная оценка влияния нутритивного дисбаланса совместно с ухудшением функциональных показателей позволила выявить закономерности: снижение силы лишь одной конечности оценивалось как степень 1, снижение обеих конечностей — как степень 2, отсутствие снижения силы — 0. Анализ по Спирмену показал положительную корреляцию комбинированного показателя с женским полом ($r = 0,3$; $p<0,05$). Кроме того, нарастание БЭН было связано с прогрессирующей потерей силы как верхних, так и нижних конечностей ($r = 0,75$; $p<0,05$), при этом наибольшая значимость отмечена для функционального состояния мышц кистей: достоверное снижение силы правой и левой руки определялось по данным динамометрии ($r = 0,50$; $p<0,05$). Также установлено, что ограничение суточного калоража у пациентов с нарастающими нутритивными нарушениями сопровождалось усилением слабости периферических мышц ($r = 0,42$; $p<0,05$).
Выводы.
Нами была установлена высокая распространенность белково-энергетической недостаточности (БЭН), являющейся ключевым предиктором уремической саркопении у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью. Алиментарные факторы существенно способствуют прогрессированию БЭН, усиливая существующие функциональные нарушения. Использование кистевой динамометрии для оценки снижения мышечной силы является важным инструментом в диагностике саркопении у больных с ХБП5Д.

ВКЛАД ГИПОКСИИ В ФОРМИРОВАНИЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Павар Н.Д., Пархомович К.И., Ахмедова А.Р.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Прогрессирование ХБП до терминальной стадии (5Д) сопровождается развитием белково-энергетической недостаточности (БЭН), которая является важным предиктором уремической саркопении. Классическими факторами, способствующими БЭН, являются сниженное потребление нутриентов, хроническое воспаление, ацидоз, гормональные нарушения и ограниченная физическая активность. Однако роль системной гипоксии в развитии БЭН остается недостаточно изученной. Гипоксия может усиливать катаболизм и снижать синтез белка, способствуя прогрессированию БЭН, ухудшению функционального состояния пациентов и прогноза основного заболевания. Дальнейшие исследования для оценки вклада гипоксии в развитие БЭН и ее влияние на прогноз у пациентов с ХБП представляют исследовательский интерес.
Цель исследования. Оценить роль гипоксией-индуцибельного фактора 1 (HIF-1) в развитии белково-энергетической недостаточности у пациентов с ХБП 5Д стадии.
Материалы и методы. В исследование было включено 80 пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии (ХБП5Д): 47 мужчин и 33 женщины, средний возраст — 51,7 ± 11,6 года. Все участники получали программный гемодиализ с длительностью лечения 33,5 (0,5; 236) месяцев. Пациенты прошли сбор клинико-анамнестических данных, физикальное обследование и лабораторно-инструментальные исследования. Мышечная сила оценивалась с помощью кистевой динамометрии, а стадию белково-энергетической недостаточности (БЭН) определяли по комплексной методике G.L. Bilbrey и T.L. Cohen. Суточное потребление калорий рассчитывалось на основании индивидуальных трехдневных дневников питания. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США).
Результаты. В исследуемой когорте белково-энергетическая недостаточность (БЭН) была выявлена у 90% пациентов: на I стадию приходилось 49 (61,25%) человек, на II стадию — 22 (27,5%), и у одного пациента (1,25%) диагностирована тяжелая БЭН. Установлены статистически значимые различия в уровнях сывороточного альбумина и индекса массы тела между пациентами с БЭН и без него ($p = 0,049$ и $p = 0,019$ соответственно). Концентрация HIF-1α в крови колебалась от 0,16 до 0,27 нг/мл, медиана составила 0,17 (0,16; 0,21) нг/мл. В связи с отсутствием референсных значений HIF-1α у пациентов с ХБП, для анализа была сформирована группа с повышенными показателями относительно медианы. Дисперсионный анализ не выявил самостоятельного вклада повышенного уровня HIF-1α в развитие БЭН (36 [85,7%] и 36 [94,7%], ANOVA Brown-Forsythe, $p = 0,18$), а различия средних уровней HIF-1α между пациентами с I, II и III степенями тяжести БЭН также не подтвердились ($p >0,05$). Тем не менее, среди пациентов с БЭН значительно чаще наблюдалась гемическая гипоксия: анемия I степени выявлялась у 43 (88%) и 12 (55%) пациентов по сравнению с 4 (50%) случаями в группе без БЭН ($p <0,05$). Эти данные указывают на необходимость учета длительности и тактики лечения эритропоэз-стимулирующими агентами при оценке риска БЭН.
Выводы.
Нами была выявлена высокая распространенность БЭН и анемического синдрома среди пациентов с ТПН, при этом выраженность анемии демонстрировала обратную корреляцию с уровнем HIF-1α. В то же время, самостоятельного влияния HIF-1α на развитие БЭН у пациентов с ХБП5Д не было установлено, что требует дальнейшего изучения.

РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ В МЕТАБОЛИЗМЕ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Павар Н.Д., Глушко Л.И.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Саркопения является одним из наиболее значимых осложнений хронической болезни почек (ХБП), ассоциированных с повышенной смертностью и снижением функционального статуса пациентов. Системное воспаление, в частности повышение уровня интерлейкина-6, играет ключевую роль в развитии и прогрессировании саркопении при ХБП.
Цель исследования. Изучить влияние интерлейкина-6 на обмен мышечной ткани у пациентов с ХБП3А-5Д стадиями
Материалы и методы. В исследование были включены 80 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) стадий 3А-5Д, среди которых 34 (42,5%) мужчины и 46 (57,5%) женщин. Средний возраст участников составил 58,9 ± 13,1 года. В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на две группы: первую (додиализную) группу составили 40 больных с ХБП 3А — 5 стадий, не получающих лечение гемодиализом, вторую (диализную) — 40 пациентов с ХБП 5Д стадии, находящихся на программном гемодиализе. У всех обследованных определяли концентрацию интерлейкина-6 в сыворотке крови с использованием набора «Интерлейкин-6» (ELISa Cloud-Clone Corp., США); диапазон измерений составлял 7,8-500 пг/мл, чувствительность — 0,1 нг/мл.
Для диагностики саркопении применялись критерии Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых людей (EWGSOP2). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 12 (StatSoft Inc., США).
Результаты. В общей когорте пациентов уровень интерлейкина-6 (ИЛ-6) превышал нормальные значения у 85% обследованных (в 1-й группе — у 92,5%, во 2-й — у 77,5%). Средняя концентрация ИЛ-6 составила 18,8 ± 2 пг/мл, что более чем в два раза превышало референтные значения. Несмотря на более высокую частоту повышенного уровня ИЛ-6 в додиализной группе, его количественные показатели достоверно различались между группами и составили 13,1 ± 0,9 пг/мл и 24,5 ± 3,8 пг/мл соответственно. Отмечено выраженное увеличение уровня ИЛ-6 по мере снижения скорости клубочковой фильтрации, что подтверждалось сильной отрицательной корреляцией ($r = –0,72$). Вероятно, данная закономерность обусловлена нарушением клиренса цитокина и усилением системного воспалительного ответа на фоне нарастающей уремической интоксикации. У всех пациентов оценивались риск развития саркопении, показатели мышечной силы и физической работоспособности. Количество баллов по опроснику SARC-F было достоверно выше у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й (2,85 ± 2,3 против 1,85 ± 1,9; $p < 0,05$). Показатели кистевой динамометрии как на правой, так и на левой руке были статистически значимо выше в 1-й группе (29,7 ± 11 и 27,7 ± 10,2 кг соответственно), чем во 2-й группе (26,4 ± 12,1 и 24,9 ± 11,4 кг; $p < 0,05$). По данным теста шестиминутной ходьбы, дистанция, преодоленная пациентами 1-й группы, также была значительно больше (360,2 ± 75,6 против 224 ± 102,7 м; $p < 0,05$). Частота выявления саркопении составила 12,5% в 1-й группе и 42,5% во 2-й.
При сравнении уровней интерлейкина-6 (ИЛ-6) у пациентов с саркопенией и ХБП между группами статистически значимых различий не выявлено (18,3 против 20,3 пг/мл; $p = 0,66$), что, вероятно, обусловлено ограниченным размером выборки и влиянием программного гемодиализа на данный показатель. Однако в целом уровень ИЛ-6 в исследуемой когорте превышал референтные значения более чем в два раза.
Выводы.
У пациентов с ХБП отмечается высокая распространенность саркопении, особенно на диализной стадии заболевания. Повышенный уровень интерлейкина-6 ассоциируется со снижением функции почек и выраженностью мышечной слабости.

ОЦЕНКА КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Чулков В.С., Крюкова П.А., Понкрашова Д.А.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Одним из осложнений хронической болезни почек (ХБП) является белково-энергетическая недостаточность (БЭН), которая ухудшает прогноз заболевания и снижает качество жизни пациентов, получающих заместительную почечную терапию.
Оценка компонентного состава тела с помощью биоимпедансометрии (БИМ) позволяет своевременно выявлять эти нарушения и корректировать терапию.
Цель исследования. Оценка компонентного состава тела пациентов с ХБП5Д и БЭН.
Материалы и методы. Нами было проведено поперечное исследование 347 пациентов с ХБП5Д, среди которых было 183 мужчины (52,7%) и 164 женщины (47,3%). Средний возраст пациентов в группе составил: 54,8±0,7 лет (мужчин 54,2±1 лет, женщин 55,4±1,1 лет). Всем пациентам была выполнена БИМ с помощью анализатора (АВС-02 «Медасс», ООО НТЦ «Медасс», Россия). Для верификации белково-энергетической недостаточности применялась комплексная методика в модификации G.L. Bilbrey и T.L. Cohen (1989).
Результаты. Распространенность БЭН в общей когорте составила 85% (n=295). Причем в подгруппе мужчин этот показатель оказался достоверно выше, чем в подгруппе женщин (86,9% и 82,9% соответственно). При ранжировании БЭН по стадиям, были получены статистически значимые различия ($p<0,05$) встречаемости стадий БЭН в подгруппах мужчин (1 стадия — 59%, 2-я — 23%, 3-я — 4,9%) и женщин (1 стадия — 54,9%, 2-я — 21,3%, 3-я — 6,7%). Нами не были обнаружены статистически значимые различия в возрасте пациентов с БЭН и без нее (мужчины: 54,7±13,8 лет и 51,3±12,8 лет ($p=0,3$), женщины: 54,6±13,9 лет и 59,2±12,1 лет ($p=0,1$)) и длительности анамнеза получения гемодиализа (49,5±45,3 против 42,6±34 месяцев ($p=0,4$); 61,9±54,7 против 44,2±38,1 месяцев ($p=0,1$)). Проведенная БИМ продемонстрировала следующие результаты в подгруппах мужчин и женщин с БЭН и без нее: объем скелетной мускулатуры (ОСММ) (27,9±5,1 против 29,9±5,3 кг ($p=0,08$); 20±4,4 против 19,5±4,5 кг ($p=0,6$)), жировой массы (17,8±9,4 против 23,8±12,4 кг ($p=0,006$); 20±9,4 против 27,5±14,3 кг ($p<0,01$)), активной клеточной массы (35,2±7,3 против 38,7±9,3 кг ($p=0,03$); 27,4±6,3 против 25,5±5,6 кг ($p=0,15$)), внеклеточной жидкости (15,6±2,9 против 16,8±3,1 кг ($p=0,06$); 12,9±2,6 против 13,6±3 кг ($p=0,2$)), внутриклеточной жидкости (25,6±3,6 против 27,7±4,4 кг ($p=0,01$); 21,3±13,5 против 19,6±3,2 кг ($p=0,5$)) и основного обмена (1638,3±251 против 1778±270 ккал/сут ($p=0,01$); 1390±173,2 против 11381,2±171 ккал/сут ($p=0,5$)). В подгруппе пациентов с БЭН мы провели корреляционный анализ между ОСММ и другими показателями у мужчин и женщин: с возрастом ($r=0,1$; $r=0$), ИМТ ($r=0,35$; $r=0,24$), длительностью анамнеза гемодиализа ($r=-0,06$; $r=-0,14$), а также с показателями биоимпедансометрии — жировой массой ($r=0,07$; $r=0,13$), безжировой массой ($r=0,73$; $r=0,81$), активной клеточной массой ($r=0,3$; $r=0,51$), объемом общей жидкости ($r=0,88$; $r=0,9$), объемом внеклеточной жидкости ($r=0,83$; $r=0,83$), объемом внутриклеточной жидкости ($r=0,9$; $r=0,12$), основным обменом ($r=0,42$; $r=0,71$).
Выводы.
Таким образом, нами обнаружена высокая распространенность БЭН у пациентов с ХБП5Д, она встречалась чаще у мужчин и ассоциировалась со снижением жировой и активной клеточной массы, внутриклеточной жидкости и основного обмена. Проведенный корреляционный анализ подтвердил диагностическую значимость биоимпедансометрии для оценки нутритивного статуса и прогноза.

ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И САРКОПЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Гасанов М.З., Батюшин М.М., Чулков В.С., Понкрашова Д.А., Крюкова П.А.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) сопровождается высоким риском развития саркопении, ассоциированной со снижением качества жизни, увеличением сердечно-сосудистого риска и ухудшением прогноза, что требует своевременной диагностики и коррекции.
Цель исследования. Оценка компонентного состава тела пациентов с ХБП5Д и саркопенией.
Материалы и методы. Нами было проведено поперечное исследование 347 пациентов с ХБП5Д, среди которых было 183 мужчины (52,7%) и 164 женщины (47,3%). Средний возраст пациентов в группе составил: 54,8±0,7 лет (мужчин 54,2±1 лет, женщин 55,4±1,1 лет). Всем пациентам был определен компонентный состав тела биоимпедансным анализатором (АВС-02 «Медасс», ООО НТЦ «Медасс», Россия). Для верификации саркопении пользовались критериями Европейской рабочей группы по саркопении и кахексии у пожилых (EWGSOP2, 2019).
Результаты. Нами было проведено поперечное исследование 347 пациентов с ХБП5Д, среди которых было 183 мужчины (52,7%) и 164 женщины (47,3%). Средний возраст пациентов в группе составил: 54,8±0,7 лет (мужчин 54,2±1 лет, женщин 55,4±1,1 лет). Всем пациентам был определен компонентный состав тела биоимпедансным анализатором (АВС-02 «Медасс», ООО НТЦ «Медасс», Россия). Для верификации саркопении использованы критерии Европейской рабочей группы по саркопении и кахексии у пожилых (EWGSOP2, 2019). Распространенность саркопении в общей когорте составила 29,7% (n=103). Причем в подгруппе мужчин этот показатель оказался ниже, чем в подгруппе женщин (26,7% и 32,9% соответственно). Тяжелая саркопения встречалась в 13,6% (n=14) случаев среди всех пациентов с саркопенией. Объем скелетной мышечной массы (ОСММ) составил: в общей группе — 24,3±0,3 кг (у мужчин 28,2±0,4 кг, у женщин — 19,9±0,3 кг). Нами были обнаружены статистически значимые различия ($p<0,05$) в ряде показателей как у мужчин, так и у женщин с саркопенией по сравнению с пациентами без нее: лица с саркопенией были моложе (мужчины — 49,3±15,3 против 56±12,6 лет; женщины — 52,2±13,4 против 56,9±13,7 лет), имели более длительный анамнез получения гемодиализа (65,6±8,7 против 42,4±3 месяцев; 69,6±7,5 против 53,7±4,8 месяцев соответственно), характеризовались меньшими значениями ОСММ (23,3±2,5 против 30±4,7 кг; 16,5±2,8 против 21,6±4 кг), жировой массы (13,9±9,7 против 20,3±9,7 кг; 17,6±7,5 против 23,1±11,6 кг), внеклеточной жидкости (13,2±2,1 против 16,8±2,7 кг; 11,1±1,5 против 14±2,6 кг), внутриклеточной жидкости (22,6±2,5 против 27,1±3,5 кг; 17,6±2,1 против 22,7±14,8 кг) и основного обмена (1564,3±222,1 против 1690,3±261,5 ккал/сут; 1295,8±139,9 против 1433,9±169 ккал/сут). В подгруппе пациентов с саркопенией мы провели корреляционный анализ между ОСММ и возрастом ($r=-0,13$), ИМТ ($r=-0,03$), длительностью анамнеза гемодиализа ($r=0,04$), а также с показателями биоимпедансометрии: ЖМ ($r=-0,19$), безжировой массой ($r=0,85$), активной клеточной массой ($r=0,63$), объемом общей жидкости ($r=0,9$), объемом внеклеточной жидкости ($r=0,66$), объемом внутриклеточной жидкости ($r=0,89$), основным обменом ($r=0,63$).
Выводы.
Таким образом, саркопения у пациентов с ХБП5Д ассоциирована с более молодым возрастом, большей длительностью гемодиализа и выраженными изменениями компонентного состава тела. Это подчеркивает необходимость ее своевременного выявления и коррекции, причем биоимпедансометрия остается простым и доступным методом для выполнения этой оценки.

ВОЗМОЖНОСТИ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕПТИДА ПРОКОЛЛАГЕНА III ТИПА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Гейвандова Н.И., Больбат Г.К.
ГАУЗ СК «Городская поликлиника №3» г. Ставрополя, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) алкогольной этиологии — тяжелое прогрессирующее заболевание, приводящее к развитию недостаточности функции печени, формированию гепатоцеллюлярного рака и летальным исходам. N-терминальный пептид проколлагена lll типа (PIIINP) — белок, образующийся в процессе фиброгенеза, является чувствительным биомаркером фиброза. Однако его роль в прогнозировании исходов цирроза не определена.
Цель исследования. Определить возможность прогнозирования исходов алкогольного ЦП по содержанию PIIINP в крови.
Материалы и методы. Обследовано 58 пациентов с алкогольным ЦП. Возраст пациентов составил 49,6±9,3 лет, женщин было 18, мужчин 40. Класс А по шкале Чайлд-Пью был диагностирован у 11 пациентов, класс В — у 26, а класс С — у 21. Содержание PIIINP в плазме крови определяли методом ИФА с помощью коммерческих тест-систем «Cloude-Clone Corporation» (США). Контрольную группу составили 22 здоровых добровольца, не употребляющих алкоголь в гепатотоксических дозах.
Результаты. У пациентов с алкогольным ЦП содержание PIIINP в плазме крови было повышено и составило 9,8 (7,5-12,4) нг/мл, тогда как у здоровых пациентов этот показатель был 5,7 (3,6-8,9) нг/мл, p 0,05. С 2017 г. по 2024 г. умерло из группы ЦП 23 чел. (39,6%). Среди умерших 18 чел. (78,3%) на момент исследования имели класс С по Чайлд-Пью, а у 5 пациентов (21,7%) диагностировали класс В. Средняя продолжительность жизни пациентов с ЦП после момента их включения в исследования составила 2,9±1,55 лет. Содержание PIIINP у умерших и выживших пациентов было соответственно: 10,3 (8,4-12,4) нг/мл и 9,5 (7,0-11,2) нг/мл; p = 0,068.
Выводы.
Содержание PIIINP при алкогольном ЦП повышено и зависит от тяжести цирроза, при этом уровень PIIINP не может быть предиктором выживаемости, а скорее отражает общую тяжесть заболевания, как и шкала Чайлд-Пью.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПсА (ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ)

Георгинова О.А., Краснова Т.Н., Канина А.О.
ФФМ МНОИ МГУ, г. Москва, Россия

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) — хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание из группы серонегативных спондилоартритов, для которого характерна высокая распространенность коморбидной патологии, в частности, метаболического синдрома и его компонентов. Лучшее понимание особенностей коморбидности у пациентов с ПсА позволит повысить эффективность лечения больных.
Цель исследования. Описать основные клинико-патогенетические варианты коморбидной патологии при ПсА.
Материалы и методы. В ходе когортного исследования с ретроспективным анализом данных выполнен анализ 76 историй болезни пациентов с ПсА, получавших как стационарное, так и амбулаторное лечение в Университетской клинике МНОИ МГУ в период с 1 января 2020 г. по 29 апреля 2025 г. В окончательную обработку вошло 60 из 76 историй болезни: 33 истории болезни принадлежали женщинам и 27 мужчинам. При проведении анализа историй болезни особое внимание уделялось клиническому варианту ПсА, возрасту его дебюта, наличию у больных сосуществующих с основным заболеванием патологий, получаемой ими лекарственной терапии, значениям индекса DAPSA.
Результаты. В структуре коморбидности у больных ПсА преобладали заболевания эндокринной (90%), сердечно-сосудистой (66,7%), костно-мышечной (50%) и пищеварительной (43,3%) систем. Наиболее распространенными коморбидными патологиями выступали дислипидемия (83,3%), гипертоническая болезнь (61,7%), ожирение (45%), метаболический синдром (35%) и хронический гастрит (30%). Статистически значимо большая выраженность коморбидности была характерно для женщин, пациентов в возрасте 50 лет и старше, пациентов с возрастом дебюта ПсА в возрасте 40 лет и старше. Для больных псориатическим спондилитом характерна большая распространенность хронического гастрита по сравнению с олигоартритической и ревматоидоподобной формами ($p=0,026$). Для больных с высокой активностью ПсА по индексу DAPSA характерна большая вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,045$) в целом и гипертонической болезни ($p=0,045$) в частности по сравнению с группой низкой активности. Для стенозирующего атеросклероза брахицефальных артерий установлена большая распространенность среди пациентов с высокой активностью заболевания по индексу DAPSA в сравнении с группами умеренной ($p=0,0243$) и низкой ($p=0,058$) активности.
Выводы.
Для пациентов с ПсА характерен высокий уровень коморбидности. Статистически значимо большая выраженность коморбидности связана с женским полом, возрастом пациентов (50 лет и старше) и возрастом дебюта ПсА (40 лет и старше). Существует взаимосвязь между клиническим вариантом ПсА и распространенностью хронического гастрита; активностью заболевания по индексу DAPSA и распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний в целом и гипертонической болезни, стенозирующего атеросклероза брахицефальных артерий в частности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО КОНТАКТА С ПЕСТИЦИДАМИ

Георгинова О.А., Макаров Е.А., Мичурина А.А., Авдеев В.Г., Стрижаков Л.А., Краснова Т.Н., Гришанина Е.А.
МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия

Актуальность. Системная склеродермия (ССД) — редкое аутоиммунное заболевание соединительной ткани, характеризующееся васкулопатией, активацией фибробластов и развитием фиброза кожи и внутренних органов. Заболеваемость колеблется от 8 до 56 случаев на миллион населения в год, преимущественно у женщин. Патогенез связывают с генетическими факторами и внешними триггерами, включая химические вещества. Пестициды, обладающие нейротоксическими и иммуномодулирующими свойствами, могут вызывать эндотелиальное повреждение, окислительный стресс и иммунные нарушения, что делает их потенциальными факторами риска развития аутоиммунных заболеваний.

Описание случая. Пациентка Х., 42 года, с 2010 г. работает дезинфектором, регулярно контактирует с инсектицидами и родентицидами (циперметрин, хлорпирифос, бромадиолон). Химические средства перевозила без защиты. Первые симптомы появились в ноябре 2023 г. — отеки кистей. С марта 2024 г. возник двухцветный феномен Рейно при холоде, позже — боли в области околоногтевых валиков. В июне 2024 г. при обследовании выявлены плотные отеки кистей, по данным капилляроскопии — сужение большинства капилляров, ANA 1:1280, антитела к Scl-70 3+++. Диагностирована системная склеродермия, назначены метотрексат, преднизолон, амлодипин, пентоксифиллин. В июле-сентябре 2024 г. состояние ухудшилось: индурация кожи кистей, предплечий и лица, рубчики на кончиках пальцев, слабость. Rodnan — 27/51. В ноябре 2024 г. после ОРВИ усилился феномен Рейно, на КТ грудной клетки выявлены признаки интерстициального поражения легких. ЭХО-КГ — фракция выброса ЛЖ 60%, значимой клапанной патологии нет. Проведена пульс-терапия циклофосфамидом, отеки кистей регрессировали, но сохранялся синдром Рейно. В январе 2025 г. вновь возникли отеки кистей, боли в лучезапястных и коленных суставах, общая слабость. В феврале при повторной госпитализации ANA достиг 1:5120, CRP — 13,2 мг/мл, Rodnan — 28/51. Отмечались индурация кожи лица и конечностей, болезненность мелких суставов, ограничение движений в правом плечевом суставе. КТ подтвердило прогрессирование интерстициального поражения легких. Проведены пульс-терапии циклофосфамидом и метилпреднизолоном, метотрексат заменен на микофенолата мофетил 1 г/сут. К моменту выписки кожный счет снизился до 18/51, уменьшились отеки и частота приступов Рейно, улучшилось самочувствие. Пациентка выписана с диагнозом: системная склеродермия, диффузная форма, подострое течение, синдром Рейно, полиартралгии, интерстициальное поражение легких.

Заключение.
Случай демонстрирует развитие системной склеродермии после многолетнего воздействия пестицидов, используемых в профессиональной деятельности. Выявление связи между заболеванием и химическим фактором требует тщательного сбора профессионального анамнеза, оценки условий труда и привлечения профпатолога для определения возможного профессионального характера патологии и профилактики дальнейшего воздействия.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д., Соловьева В.И., Марачкова Д.О., Толмачева А.А.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Пациенты с тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) составляют особую когорту в реабилитационном аспекте, так как имеют значительное снижение качества жизни и ограничение жизнедеятельности.

Описание случая. Пациент Г., 73 лет, поступил в стационарное отделение медицинской реабилитации взрослых для пациентов с соматическими заболеваниями ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» с жалобами на одышку смешанного характера, возникающую при минимальной физической нагрузке и в покое, общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, периодически возникающий кашель с вязкой мокротой, чувство психоэмоциональной подавленности, выраженное снижение качества жизни. Реабилитационный потенциал оценен как средний. Клинический диагноз: ХОБЛ, крайне тяжелая степень тяжести (ОФВ1/ФЖЕЛ=50%, ОФВ1=25%), категория Е (выраженные клинические симптомы, частые обострения), эмфизематозный фенотип. Эмфизема легких. Хроническая дыхательная недостаточность, II степень. Гипертоническая болезнь, III стадии. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4. Дислипидемия 2а тип. Бессимптомная гиперурикемия. Предстадия сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса. Нефропатия сложного генеза, ХБП С3а (СКФ CKD-EPI=46 мл/мин/1,73 м^2). Специалистами мультидисциплинарной команды (МДРК) была разработана индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР), направленная на увеличение толерантности к физической нагрузке и повышение качества жизни пациента, которая включала в себя: коррекцию базовой медикаментозной терапии, лечебную физкультуру (дыхательная гимнастика, индивидуальные занятия с инструктором), коррекцию психосоматического состояния, обучение пациента принципам самоконтроля и методам самопомощи для повышения приверженности лечению и профилактики осложнений, диетотерапию, физиотерапию. Продолжительность курса реабилитации составила 15 дней. По результатам лечения у пациента была отмечена положительная динамика: повышение толерантности к физической нагрузке (тест 6-минутной ходьбой — 150 м при поступлении/ 210 м при выписке), уменьшение выраженности одышки (шкала Борга 7 баллов/5 баллов, mMRS — 3 балла / 2 балла, CAT — 30 баллов/ 18 баллов при поступлении и выписке, соответственно), стабилизация психоэмоционального состояния (шкала тревоги и депрессии HADS — 10/10 баллов до лечения, 5/6 баллов после лечения), улучшение качества жизни (EQ-5D 45 баллов при поступлении, 60 баллов при выписке).

Заключение.

Данный клинический случай демонстрирует положительную динамику клинико-функциональных показателей в результате проведения индивидуальной программы медицинской реабилитации пациенту с крайне тяжелой степенью тяжести ХОБЛ. Полученные результаты подчеркивают важность включения пациентов данной категории в комплексные программы восстановительного лечения с целью благоприятного влияния на течение заболевания.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА — КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д., Марачкова Д.О., Соловьева В.И., Тулупова Д.В., Толмачева А.А.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Особую клиническую значимость представляют случаи инфаркта миокарда, манифестирующие синкопальными состояниями, что усложняют первичную диагностику и приводят к возможным когнитивным нарушениям в ближайшем и отдаленном периодах.
Описание случая. Пациентка К. 71 год, поступила в стационарное отделение медицинской реабилитации взрослых для пациентов с соматическими заболеваниями ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, общую слабость, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, снижение качества жизни и памяти. Клинический диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения. ФК II. ПИКС (острый передне-боковой ИМ ЛЖ без подъема сегмента ST от 26.06.2025 г.). Операция ЧТКА со стентированием ОА от 03.07.2025 г. Постгипоксическая энцефалопатия, умеренные когнитивные нарушения. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий предсердий, тахисистолический вариант, CHA2DS2-VASC 5 баллов, HAS-BLED 2 балла. Гипертоническая болезнь III стадии. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4. Дислипидемия 2а тип. Ожирение 2 степени (ИМТ 37 кг/м^2). Нефропатия гипертензивная, ХБП С3а (СКФ CKD-EPI=46 мл/мин/1,73 м^2). ХСНсФВ I стадии (ФВ ЛЖ 64%), ФК II (NYHA).
В отделении медицинской реабилитации специалистами мультидисциплинарной команды разработана и реализована индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР), которая включала: лечебную физкультуру (групповые занятия, индивидуальные занятия с инструктором, в том числе с использованием тренажеров с биологической обратной связью), коррекцию психосоматического состояния с учетом осложненного течения постинфарктного периода в виде постгипоксической энцефалопатии, умеренных когнитивных нарушений, обучающие программы с целью коррекции сердечно-сосудистых факторов риска, диетотерапию. Продолжительность курса реабилитации составила 14 дней. По результатам восстановительного лечения отмечается положительная динамика, в виде повышения качества жизни пациента (EQ-5D — 60/85 баллов до и после лечения, соответственно), уменьшения одышки (шкала Борга 5 баллов/3 балла), увеличение переносимости физических нагрузок (результаты теста с 6-минутной ходьбой — 275м / 380 м), нормализации психоэмоционального состояния (шкала тревоги и депрессии HADS — 8/7 баллов до лечения, 5/4 баллов после лечения), субъективного улучшения памяти, а также по шкалам (результаты Монреальской шкалы оценки когнитивных функций — 17 баллов при поступлении, 22 балла при выписке). Динамика по шкале реабилитационной маршрутизации составила — 4 балла при поступлении, 3 балла при выписке пациента.
Заключение.
Представленный клинический случай показывает эффективность персонифицированной программы медицинской реабилитации у пациента с осложненным течением раннего постинфарктного периода, что подчеркивает важность своевременного проведения комплексного восстановительного лечения с целью улучшения клинико-функциональных показателей течения заболевания.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Герасименко О.Н., Толмачева А.А., Бехтенов Д.А.
ГБУЗ НСО НОКГВВ№3, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Несмотря на положительные тенденции, достигнутые в лечении ИБС, больные, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ), имеют крайне высокий риск неблагоприятного исхода. Улучшение прогноза у данной категории больных может достигаться не только своевременной и оптимальной коррекцией острого коронарного синдрома (ОКС), но и использованием методов кардиореабилитации.
Цель исследования. Изучить клинико-функциональные характеристики пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда в рамках второго этапа медицинской реабилитации.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов (n = 74), госпитализированных в отделение медицинской реабилитации ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» с целью проведения II этапа кардиореабилитации после перенесенного инфаркта миокарда с 10 января 2025 года по 11 марта 2025 года. Группа включала 74 человека, из них 55 (74,3%) мужчин и 19 (25,7%) женщин, средний возраст мужчин составил 59,2 ± 7,6 лет и женщин 64,3 ± 4,7 лет.
Результаты. По данных эхокардиографии, выполненной в рамках госпитализации, отмечаются зоны а- и гипокинезии в базальных отделах левого желудочка у 58,1% человек, в передней, перегородочной, передне-перегородочной и верхушечной областях зоны нарушения кинетики миокарда выявлены у 60,5% пациентов. При оценке хронических заболеваний выявлено, что наиболее частой сопутствующей патологией являлась гипертоническая болезнь (87,84%) и сахарный диабет 2 типа (29,73%), атеросклероз БЦА был выявлен у четверти пациентов (24,32%), фибрилляция предсердий у 10,81% пациентов. У большинства пациентов (77,0%) фракция выброса левого желудочка оставалась сохранной, умеренная сниженная ФВ обнаружена у 10,6% пациентов, и лишь у 5,2% человек ФВ составляла менее 40%. У 91,2% было выявлено нарушение диастолической функции левого желудочка по 1 типу. При осмотре мультилисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) проведена оценка реабилитационного статуса и потенциала, в соответствии с реабилитационным диагнозом разработаны и осуществлены индивидуальные программы медицинской реабилитации (ИПМР). В рамках ИПМР все пациенты посещали: физические тренировки (групповые занятия, индивидуальные занятия на тренажерах — велэргометр, беговая дорожка), занятия с медицинским психологом с целью коррекции психосоматического статуса, «школы здоровья» с целью коррекции сердечно-сосудистых факторов риска и обучения пациентов. По показаниям проводились — физиотерапевтические процедуры (36,5%), лечебный массаж (43,51%). По результатам завершения курса медицинской реабилитации отмечалась положительная динамика в виде увеличения толерантности к физическим нагрузкам (тест шестиминутной ходьбы до лечения 295±5, против 398±10.
Выводы.
Полученные результаты демонстрируют важность мультидисциплинарного подхода в ведении больных после перенесенного инфаркта миокарда в условиях медицинской реабилитации, поскольку большая часть пациентов данной группы имеют отягощенный коморбидный фон.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Актуальность. Актуальность проблемы раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) обусловлена их высокой распространенностью, значительной долей в структуре общей смертности населения, склонностью к латентному прогрессированию и развитию тяжелых осложнений, приводящих к стойкой утрате трудоспособности.
Описание случая. В марте 2025 г. пациентка Б. обратилась в ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» с целью проведения диспансеризации взрослого населения. При осмотре жалобы на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, сердцебиение, боль слабой интенсивности при движениях в коленных суставах. Из анамнеза известно в течении 7 лет страдает ожирением I ст. Объективные данные: рост 168 см, вес 89 кг, ИМТ 31,5 кг/м^2, окружность: талии 99 см, бедер 121 см, запястья 17 см, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 87 в мин., АД 130/75 мм. рт. ст. По результатам исследования выявлено: дислипидемия (ХС-ЛПНП 3,24 ммоль/л); изменения печени по типу жирового гепатоза по данным ультразвукового исследования печени; увеличением жировой массы тела (46,99 кг; 55%) по данным биоимпедансметрии; рентгенологические признаки остеоартрита коленных суставов I ст. по Kellgren-Lawrence. Клинический диагноз: первичное ожирение I степени (ИМТ 31,5 кг/м^2), дислипидемия 2а тип, остеоартрит коленных суставов 1 ст. Рекомендовано: индивидуальное психологическое консультирование с последующей коррекцией психосоматического статуса, школы здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением, гипокалорийная диета, регулярные аэробные физические упражнения умеренной интенсивности продолжительностью не менее 150 минут в неделю. Результаты осмотра пациентки Б. через 5 месяцев: рост 168 см, вес 81 кг, ИМТ 28,7,5 кг/м^2, окружность: талии 94 см, бедер 115 см, запястья 16 см, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78 в мин., АД 125/75 мм. рт. ст. По результатам исследования выявлено: дислипидемия (ХС-ЛПНП 3,05 ммоль/л); увеличением жировой массы тела (41,24 кг; 51%) по данным биоимпедансметрии.
Заключение.
Данный клинический случай показывает, что профилактические осмотры и диспансеризация является основополагающей стратегией в раннем выявлении хронических неинфекционных заболеваний. Своевременное проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий является ключевым фактором в улучшении течения заболевания и прогноза.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И РИСК СМЕРТИ: ДАННЫЕ ЭССЕ-РФ и ЭССЕ-РФ2

Гоманова Л.И., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Ивлев О.Е., Куценко В.А., Евстифеева С.Е., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Психоэмоциональный стресс (ПЭС) — значимый фактор риска (ФР), оказывающий влияние на здоровье населения.
Цель исследования. Изучить вклад высокого уровня ПЭС в риск смерти популяции Российской Федерации (РФ) 25-64 лет в зависимости от их анамнеза.
Материалы и методы. Обследованы представительные выборки с откликом выше 70% в исследованиях «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах России», ЭССЕ-РФ и ЭССЕ-РФ2, когорта проспективного наблюдения n=23815, в том числе: n=9780 (41,1%) мужчин и n=14035 (58,9%) женщин. ПЭС оценивался по Шкале воспринимаемого стресса-10 (Perceived Stress Scale-10). Высокий уровень ПЭС — 20-40 баллов. Определяли конечные точки (КТ) — смерть от всех причин, сердечно-сосудистую смерть (ССС), а также комбинированную КТ (ККТ) — ССС и/или нефатальные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (инфаркт миокарда, инсульт). Анализ ассоциаций ПЭС и КТ проведен с использованием модели пропорциональных рисков Кокса. Анамнестические особенности включали в себя анализ наличия артериальной гипертонии (уровень систолического артериального давления≥140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления≥90 мм рт.ст., и/или прием антигипертензивных препаратов), ожирения (индекс массы тела ≥30,0), абдоминального ожирения (окружность талии≥102 см для мужчин, ≥88 см — для женщин), наличия инфаркта миокарда, инсульта, ишемической болезни сердца, аритмии, сахарного диабета 2 типа, злокачественных новообразований, бронхиальной астмы, хронического бронхита, заболеваний почек, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе (определяли по положительному ответу на вопрос «Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас имеются/имелись следующие болезни?»), глюкозы крови≥7,0 ммоль/л (оценивали в венозной крови, натощак). Уровень значимости принят равным 0,05. Статистический анализ проведен при помощи среды R 4.2 с открытым исходным кодом.
Результаты. Обнаружено, что в российской популяции высокий уровень ПЭС повышает общий риск смерти в 1,48 раза ($p<0,001$), риск смерти от ССЗ — в 2,29 раза ($p<0,001$), риск фатального и/или нефатального ССЗ — в 1,4 раза ($p<0,001$). Для лиц хотя бы с одним хроническим неинфекционным заболеванием (ХНИЗ) и/или патологическим состоянием в анамнезе (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, аритмия, сахарный диабет 2 типа, злокачественные новообразования, бронхиальная астма, хронический бронхит, заболевания почек, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, ожирение, абдоминальное ожирение, гипергликемия) высокий уровень ПЭС имеет худшее прогностическое значение в отношении риска наступления фатального и/или нефатального ССЗ ($p=0,046$) в сравнении с лицами с высоким уровнем ПЭС, но без ХНИЗ и/или патологических состояний из перечня выше.
Выводы.
ПЭС — значимый прогностический ФР для российской популяции, требующий скрининга и коррекции.

УРОВЕНЬ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО АДИПОНЕКТИНА И РЕЦЕПТОРОВ К АДИПОНЕКТИНУ В ЖИРОВОЙ ТКАНИ ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ И ПЕРИКОРОНАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Горбатовская Е.Е., Долматова С.Е., Груздева О.В., Дылева Ю.А.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Многочисленные исследования подтверждают роль адипонектина (АН) в патофизиологии сердечно-сосудистой системы (ССС). Клинические данные свидетельствуют об ассоциации низкого уровня АН в сыворотке крови с ишемической болезнью сердца (ИБС) и повышенным риском атеросклероза. Недостаток данных об экспрессии высокомолекулярной формы адипонектина (ВМАН) и его рецепторов в жировой ткани (ЖТ) эпикардиальной (ЭЖТ) и перикоронарной (ПКЖТ) подчеркивает необходимость дальнейших исследований для понимания их роли в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).
Цель исследования. Оценить особенности экспрессии общего адипонектина (АН), высокомолекулярной формы адипонектина (ВМАН) и его рецепторов в эпикардиальной жировой ткани (ЭЖТ) и перикоронарной жировой ткани (ПКЖТ) пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).
Материалы и методы. В исследование были включены 156 пациентов со стабильной ИБС. Во время оперативного вмешательства были получены экспланты подкожной, эпикардиальной и перикоронарной ЖТ (ПЖТ, ЭЖТ, ПКЖТ). Экспрессию гена адипонектина (ADIPOQ) определяли методом количественной полимеразной цепной реакции в реальном времени (qRT-ПЦР). Концентрацию общего АН, ВМАН и рецепторов к АН определяли методом иммуноферментного анализа согласно протоколам производителей. Статистический анализ проводился с использованием GraphPad Prism 8 и Statistica 12.0.
Результаты. Пациенты с коронарным атеросклерозом имели низкий уровень мРНК ADIPOQ, низкое содержание общего АН и рецептора AdipoR1 в культуре адипоцитов ЭЖТ в сравнении с адипоцитами ПЖТ. Уровень ВМАН и AdipoR2 был минимальным в культурах адипоцитов ЭЖТ и ПКЖТ. Тяжелое и крайне тяжелое поражение КА было ассоциировано с низкой экспрессией мРНК ADIPOQ и низким содержанием ВМАН в ЭЖТ и ПКЖТ и дефицитом AdipoR2 в ЭЖТ.
Выводы.
Атеросклероз КА характеризуется наличием дефицита ВМАН и рецепторов к АН не только в адипоцитах ЭЖТ, но и в адипоцитах ПКЖТ. Снижение уровня секреции ВМАН в адипоцитах ЭЖТ и ПКЖТ, и экспрессии AdipoR2 в ЭЖТ ассоциировано с более тяжелым поражением коронарного русла.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДАННЫХ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА, С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ НЕФАТАЛЬНЫХ СЕРЕДЕЧНО-СОСУДСТЫХ СОБЫТИЙ

Горбунов В.М., Лукьянов М.М., Кошеляевская Я.Н., Ильина Т.С.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Взаимосвязь параметров суточного мониторирования артериального давления (СМАД), полученных в условиях стационара в реальной клинической практике, с сердечно-сосудистыми событиями (ССС), в том числе нефатальными, в настоящее время не изучена.
Цель исследования. Оценить прогностическое значение параметров СМАД, полученных в условиях стационара, в отношении нефатальных ССС: нефатальный острый инфаркт миокарда (ОИМ), нефатальное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), операции и госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).
Материалы и методы. На базе госпитального регистра ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (РЕКВАЗА-КЛИНИКА) выполнено ретро-проспективное когортное исследование. В окончательный анализ были включены 358 пациентов с неосложненной артериальной гипертонией (АГ) или АГ в сочетании с одним или несколькими сопутствующими болезнями системы кровообращения (БСК), проходивших стационарное лечение в период с 01.04.2013 по 31.12.2015 гг. Критерии включения: постоянное проживание в Москве, наличие: артериальной гипертонии в анамнезе, валидного СМАД на госпитальном этапе (не менее 15 измерений в дневное время и 3 — в ночное), информированного согласия; отсутствие анамнестических данных о любой форме фибрилляции или трепетания предсердий, возможность установления телефонного контакта. Через 8-11 лет после референсной госпитализации был проведен телефонный контакт с участниками с целью выявления нефатальных ССС. Для обработки данных использовались методы описательной статистики, логистической регрессии.
Результаты. За период наблюдения выявлено 210 случаев нефатальных ССС (22-ОИМ, 25-ОНМК, 3-ТЭЛА, 112-госпитализации по поводу ССЗ, 48-операции по поводу ССЗ). В анализ включено 197 первых событий. Проведен многофакторный анализ. Вероятность возникновения нефатальных ССС была ассоциирована с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ОШ=3,60; 95% ДИ=1,95-6,65; $p<0,001$), возрастом (ОШ=1,04; 95% ДИ=1,01-1,07; $p=0,019$) и дневным систолическим АД (САДд) (ОШ=1,03; 95% ДИ=1,01-1,05; $p<0,001$). Взаимосвязи с полом и характером антигипертензивной терапии не отмечено.
Выводы.
Несмотря на выраженное влияние на исходы фактора полиморбидности, СМАД, проведенное в реальной клинической практике в условиях стационара, сохраняет прогностическое значение в отношении нефатальных ССС у пациентов с АГ и другими БСК. Мы обнаружили достоверную взаимосвязь с исходами у показателя СМАД.

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЛЯ БЛИЖАШЕГО ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гордиенко А.В., Татарин А.В., Мингазова Э.Р., Носович Д.В., Сотников А.В.
ФГБВОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Лечение инфаркта миокарда (ИМ) и осложнений язвенной болезни (ЯБ) до конца не разработано. В связи с этим прогноз у таких пациентов хуже из-за противоположной направленности терапевтических воздействий.
Цель исследования. Оценить значение факторов риска кардиоваскулярной патологии для неблагоприятного течения инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет с ЯБ для улучшения профилактики.
Материалы и методы. Изучены результаты лечения 124 мужчин 41-60 лет с язвенной болезнью (ЯБ) и ИМ I типа и скоростью клубочковой фильтрации (CKD-EPI, 2011) ≥30 мл/мин/1,73 м^2. Исследуемая группа представлена тремя пациентами (средний возраст 53,3 ± 5,8 лет) с неблагоприятным исходом ИМ. Группа сравнения составлена из 121 пациента (50,7±5,3 года, p=0,01), выживших в этот период. Изучали частоту регистрации основных и дополнительных факторов риска кардиоваскулярной патологии в выделенных группах и их влияние на абсолютный (АР) и относительный (ОР) риск неблагоприятного исхода (методом Хи-квадрат Пирсона). Количественные данные сравнивали по критерию Манна-Уитни. Пациентов наблюдали в течение восьми недель ИМ.
Результаты. Среди основных и дополнительных факторов риска кардиоваскулярной патологии значимое влияние на риск неблагоприятного течения ИМ в изучаемый период времени получено для: отягощенной наследственности по ИБС (АР 10,3%; p=0,002; развития ИМ на фоне гипертонического криза (АР 13,3%; ОР: 14,53 (1,40; 150,72); p=0,003), длительности межинфарктного периода менее одного года (АР 13,3%; ОР: 14,53 (1,40; 150,72); p=0,003), отсутствия хронических очагов инфекций (АР 6,0%; p=0,03), редкой (менее одного раза в год) частоты регистрации острых респираторных инфекций (АР 14,3%; ОР: 8,36 (0,86; 81,39); p=0,04), концентрации общего холестерина сыворотки крови 6,6 ммоль/л и более в первые 48 часов ИМ (АР 5,6%; p=0,04).
Выводы.
Перечисленные сочетания факторов необходимо использовать для формирования групп риска неблагоприятного исхода ИМ у мужчин моложе 60 лет с ЯБ для более активного обследования и лечения. Их также целесообразно рассматривать в качестве перспективных в отношении прогностического моделирования.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ БИОМАРКЕРА ST-2 У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА

Гостева Е.В., Брежнева Н.А., Васильева Л.В., Крышка А.А.
БУЗ ВО «ВГКП №1», г. Воронеж, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается основной причиной утраты трудоспособности и повышения риска смертности. При этом у большинства пациентов с ХСН наблюдаются сопутствующие заболевания, которые часто ухудшают ее течение, в частности синдром обструктивного апноэ сна (ОАС).
Цель исследования. Изучить диагностическую значимость растворимого ST2 (sST-2) у больных с ХСН ишемического генеза, ассоциированной с обструктивным апноэ сна.
Материалы и методы. Исследование, проведено на базе ВГКП№1, включено 64 больных с ХСН с умеренно низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНунФВ), II-III ФК (по NYHA), индекс апноэ/гипопноэ 5-15, средний возраст 60,4±5,7 лет. Определение уровня (sST-2) в сыворотке крови проводили с помощью иммуноферментного анализа с использованием реактивов ELH-IL1 (RayBio, США). Все пациенты разделены на 2 группы: 1 — ХСНунФВ ишемического генеза без коморбидности (n=30, из них 20 муж, 10 жен), 2 — ХСНунФВ ишемического генеза с ОАС (n=34, из них 16 муж., 18 жен.). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v.4.8.7 (Россия). Сравнение двух групп выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни, дискриминационная способность количественных признаков при прогнозировании определенного исхода оценивалась методом ROC-анализа.
Результаты. В 1 группе (ХСН) 19 чел. (63,3%) имели IIФК и 11 чел. (36,7%) IIIФК, в то время как в группе 2 (ХСН+ОАС) IIФК — 13 чел. (38,2%) и IIIФК 21 (61,8%). Уровень sST-2 (нг/мл) у больных 1 группы с IIФК составил 22,56 (20,43; 33,15), с IIIФК — 29,24 (25,1; 35,06), в группе 2 — у IIФК 26,73 (22,14; 38,36), с IIIФК — 36,02 (27,24; 38,0). У больных IIФК в группе ХСН+ОАС уровень sST-2 был на 18,5% ($p<0,01$) выше, чем у ХСН, а IIIФК на 18,8% ($p<0,01$). У пациентов 1 группы увеличение sST-2 в зависимости от ФК составило 22,8% ($p<0,01$), в группе 2 — 25,8% ($p<0,01$). Уровень sST2 являлся предиктором увеличения ФК у пациентов с ХСН+ОАС (AUC 0,773; $p<0,001$), с предсказательной чувствительностью 67,2% специфичностью 85,4%, при пороговом значении превышающим 33,12 нг/л. Проведен анализ уровня sST-2 в зависимости от гендерных различий, достоверной разницы между мужчинами и женщинвми не выявлено.
Выводы.
У больных ХСНунФВ ишемического генеза с ОАС уровень биомаркера sST2 статистически значимо выше, чем без ОАС. Увеличение уровня sST-2 в зависимости от ФК у пациентов с ОАС выше. Гендерных различий уровня sST-2 не установлено.

СВЯЗЬ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С СООТНОШЕНИЕМ ТРОМБОЦИТОВ И ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гостева Е.В., Суслова Е.Ю., Брежнева Н.А., Купцов М.А., Васильева Л.В.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия
БУЗ ВО «ВГКП № 1», г. Воронеж, Россия
БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1», г. Воронеж, Россия

Актуальность. Когнитивные расстройства, в частности умеренные когнитивные нарушения (УКН), представляют собой одну из значимых медико-социальных проблем в старшей возрастной группе. Все больше доказательств свидетельствует, что инфламейджинг играет ключевую роль в механизмах развития когнитивных нарушений. В качестве интегрального и доступного показателя системного воспаления широко используется соотношение тромбоцитов/лимфоцитов (PLR). Воспалительная функция тромбоцитов становится объектом пристального изучения. Открытие феномена «иммунотромбоза» демонстрирует, что тромбоциты и лейкоциты тесно взаимодействуют, влияя на процессы свертывания и воспаления.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между индексом PLR и наличием УКН у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 126 пациентов пожилого возраста (средний возраст 69,0±2,5 года), которые были разделены на две группы: 1 (основная) — 66 пациентов с АГ и диагностированными умеренными когнитивными нарушениями; 2 группа (сравнения) — 60 пациентов с АГ и сохранными когнитивными функциями. Всем участникам в утренние часы натощак проводился забор периферической крови для клинического анализа с подсчетом абсолютного количества тромбоцитов и лимфоцитов на основе которых вычислялся индекс PLR. Для статистического анализа связи между уровнем PLR и риском УКН применялся метод многомерной логистической регрессии. Диагностическая ценность PLR и определение его оптимального порогового значения для прогноза УКН оценивались с помощью ROC-анализа. Статистически достоверным считали $p<0,05$.

Результаты. При сравнении изучаемых показателей в основной группе пациентов средний показатель PLR был достоверно выше, чем в группе сравнения (238 [219; 288] против 159 [141; 190]; $p<0,001$). Метод многомерной логистической регрессии подтвердил, что повышенный уровень PLR является независимым фактором риска развития УКН. При увеличении PLR вероятность наличия когнитивных нарушений возрастала в 4,01 раза (ОШ=4,01; 95%ДИ: 2,23-6,15; $p<0,001$). ROC-анализ подтвердил, что индекс PLR обладает значительной прогностической способностью в отношении УКН. Оптимальным пороговым значением было признано PLR=196. При этом значении чувствительность теста составила 68,5%, а специфичность 66,7%, R2=0,698.

Выводы.

Проведенное исследование демонстрирует наличие значимой ассоциации между повышенным уровнем системного воспаления (по PLR) и риском развития УКН у пожилых пациентов с АГ. Значение PLR≥196 может служить прогностическим маркером, указывающим на высокую вероятность наличия УКН. Таким образом, простой и доступный расчет PLR может быть полезным инструментом в клинической практике для раннего выявления пациентов группы риска по когнитивным расстройствам.

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ ПО ШКАЛЕ Life's Essential 8 У НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО СИБИРСКОГО РЕГИОНА

Гринштейн Ю.И., Шабалин В.В., Руф Р.Р.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Шкала Life's Essential 8 является наиболее современным инструментом интегральной оценки индивидуального и популяционного сердечно-сосудистого здоровья на основе 8 параметров, рассчитанных по известным факторам сердечно-сосудистого риска. Поскольку распространенность этих факторов различается в зависимости от социодемографических данных, аналогичные различия ожидаются и в интегральном показателе Life's Essential 8.
Цель исследования. Оценить интегральный показатель сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8 в различных социодемографических условиях крупного сибирского региона.
Материалы и методы. У членов репрезентативной выборки населения Красноярского края (1203 жителя города Красноярска и 400 жителей Березовского района Красноярского края), сформированной нами в рамках исследования ЭССЕ-РФ, выявлялись факторы сердечно-сосудистого риска путем анкетирования, измерялись артериальное давление, антропометрические показатели, липидограмма крови и уровень гликемии натощак. По шкале Life's Essential 8 рассчитан интегральный показатель сердечно-сосудистого здоровья исходя из продолжительности сна, характера питания, курения, физической активности, индекса массы тела, уровней глюкозы и липидов крови. Значение показателя здоровья подразделялось на высокое (80-100 баллов), среднее (50-79 баллов) и низкое (49 баллов и ниже). По критерию хи-квадрат с поправкой Бонферрони оценена значимость различий в распределении значений показателя Life's Essential 8 в зависимости от пола, возраста, уровня образования и типа поселения.
Результаты. В целом по выборке 10,0% обследованных имели низкое сердечно-сосудистое здоровье, 76,3% — среднее и 13,7% — высокое. Высокие значения показателя значимо чаще наблюдались у женщин по сравнению с мужчинами, в младших возрастных группах по сравнению со старшими, у лиц с высшим образованием по сравнению со средним и ниже, а также у городского населения по сравнению с сельским. Для всех сравнений различия были статистически значимыми ($p<0,001$).
Выводы.
Оценка сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8 подтвердила известные взаимосвязи факторов сердечно-сосудистого риска с социодемографическими характеристиками. Более низкое здоровье (а значит более высокий риск) демонстрировали мужчины, лица старшего возраста, люди с низким уровнем образования и сельские жители.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО СИБИРСКОГО РЕГИОНА ПО АТЕРОГЕННОМУ ИНДЕКСУ ПЛАЗМЫ И ШКАЛЕ Life's Essential 8

Гринштейн Ю.И., Шабалин В.В., Руф Р.Р.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Совершенствование вычислительной техники и знаний о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний позволяет разрабатывать более точные методы оценки индивидуального и популяционного риска. В этой связи показательно сравнение одного из простых и универсальных методов оценки сердечно-сосудистого риска с наиболее современным инструментом.
Цель исследования. Сравнить показатели сердечно-сосудистого риска по атерогенному индексу плазмы (АИП) и сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8 в популяции крупного сибирского региона.
Материалы и методы. В рамках исследования ЭССЕ-РФ нами сформирована репрезентативная выборка из 1203 жителей города Красноярска и 400 жителей Березовского района Красноярского края. У всех участников исследования выявлены факторы сердечно-сосудистого риска путем анкетирования, измерены артериальное давление, антропометрические показатели, липидограмма крови и уровень гликемии натощак. АИП рассчитан как десятичный логарифм соотношения концентраций триглицеридов и липопротеидов высокой плотности. По шкале Life's Essential 8 в зависимости от параметров сна, питания, курения, физической активности, индекса массы тела, глюкозы и липидов крови рассчитан интегральный показатель сердечно-сосудистого здоровья.
Результаты. В зависимости от значения АИП 73,5% членов выборки оказались в группе низкого риска (АИП 0,21). В то же время по шкале Life's Essential 8 к группе высокого сердечно-сосудистого здоровья (80-100 баллов) были отнесены только 13,7% обследованных, 10,3% имели низкое сердечно-сосудистое здоровье (49 баллов и ниже) и у 76,3% был средний уровень здоровья (50-79 баллов).
Выводы.
Шкала Life's Essential 8 позволила дать комплексную оценку сердечно-сосудистого здоровья трудоспособного населения Красноярского края и отдельных его представителей. Здоровье большинства жителей региона отнесено к среднему уровню, что требует разработки и реализации персонализированных программ управления сердечно-сосудистым риском.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАЗНЫЕ СРОКИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Гришечкина И.А.
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире, которое в ряде случаев заканчивается летальным исходом. Сроки санаторно-курортного лечения для этих пациентов были разработаны и обоснованы в 50-60 гг. прошлого века. Важным вопросом современной курортологии является разработка и научное обоснование оптимальных сроков санаторно-курортного лечения с учетом современных научных рекомендаций.
Цель исследования. Оценить клиническую эффективность санаторно-курортного лечения (СКЛ) пациентов с БА продолжительностью в 7, 14, 18 и 21 день с целью определения его оптимальных сроков.
Материалы и методы. В 2024 г. на базе 3 научно-клинических филиалов ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России проведено многоцентровое рандомизированное исследование, включающее 64 пациента с БА. До и после лечения проведены: общеклинический осмотр, тестирование (переносимость физической нагрузки, тест качества жизни, тест «АСТ (Asthma Test Control)», госпитальная шкала тревоги и депрессии), спирометрия. Лечение пациентов включало: аэротерапию, галоингаляцию («Галонеб», Россия), лечебную гимнастику по методике при заболеваниях органов дыхания, воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением на проекцию корней легких («Милта-Ф-8-01»), воздействие переменным магнитным полем на область задней поверхности грудной клетки («Полимаг 02», Россия), ингаляции с минеральной водой (ингалятор «Little Doctor», Польша), газовоздушные углекислые ванны, («Реабокс», Россия), дозированную ходьбу по маршрутам терренкура.
Результаты. После СКЛ сроком 7 дней отмечено статистически достоверное уменьшение числа приступов удушья, потребности в симптоматической терапии и улучшение показателей опросника АСТ, которое сохранялось при продолжительности СКЛ 14, 18 и 21 день.
При сроках СКЛ 14, 18 и 21 день статистически достоверно снизилось число пациентов с жалобами на одышку, увеличились значения ОФВ1, ЖЕЛ, индекса Тиффно. У пациентов всех групп отмечен статистически достоверный прирост дистанции, проходимой в тесте 6-минутной ходьбы, при сроках СКЛ 14, 18, 21 день — повышение качества жизни, при сроке 21 день — снижение уровня депрессии. При сравнении прироста или убыли показателей между группами пациентов статистически достоверных различий не выявлено.
Выводы.
Оптимальный срок, позволяющий достигнуть клинической эффективности санаторно-курортного лечения у пациентов с БА, составляет 7 дней. Срок СКЛ 14, 18 и 21 день позволяет дополнительно улучшить показатели функции внешнего дыхания (ОФВ 1), тем самым способствуя снижению риска будущих обострений БА.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гришина И.Ф., Полетаева Н.Б., Серебренников Р.В., Стяжкина Ю.А.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Возвращение к труду после аортокоронарного шунтирования (АКШ) — важный показатель успешности операции. Имеются данные, что повышенная тревожность может влиять на процессы послеоперационного восстановления. Изучение взаимосвязи между тревожностью и параметрами систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с различной скоростью восстановления после АКШ представляет значительный клинический интерес для совершенствования лечебных подходов.
Цель исследования. Выявить влияние реактивной и личностной тревожности на процесс восстановления у пациентов с ИБС перенесших АКШ.
Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов через 1 месяц после АКШ. Дана оценка личностной и ситуативной тревожности пациентов с использованием шкалы Спилбергера-Ханина, проведено эхокардиографическое исследование ЛЖ с оценкой параметров систолической функции ЛЖ: индекс конечно-диастолического объема (ИКДО), индекс конечно-систолического объема (ИКСО) и фракцию выброса (ФВ), дополнительно определялся NT-proBNP. Через 4 месяца наблюдения пациенты были разделены на две группы по факту возвращения к труду: 58 пациентов с восстановлением к труду <4 месяцев (группа 1) и 42 пациента с восстановлением ≥4 месяцев (группа 2).
Результаты. У пациентов второй группы регистрировался значимо более высокий уровень NT-proBNP, чем среди пациентов первой группы: (372 (320,5-445,0) против 287,5 (232,5-391,3) нг/мл); (p=0,002) соответственно. Аналогичные данные были получены и в отношении значений ИКДО (76,1 (71,43÷81,67) против 66,35 (59,12÷71,05) мл/м², p=0,01), тогда как показатель ФВ напротив оказался значимо ниже у пациентов второй группы в сравнении с первой (46 (45÷48) против 53 (50÷56), p=0,01). Обращал на себя внимание и значимо более высокие уровни как реактивной (44,76±0,18 против 42,43±1,19 баллов), так и личностной тревожности (47,76±1,05 против 42,22±0,18 баллов) у пациентов второй группы в сравнении с первой (p=0,001). Корреляционный анализ во второй группе показал наличие связи между уровнем реактивной тревожности ФВ (r=-0,538, p=0,001) и NT-proBNP (r=0,439, p=0,004), что может свидетельствовать о значимом вкладе реактивной тревожности в процесс восстановления трудоспособности у пациентов с ИБС перенесших АКШ.
Выводы.
Раннее включение в процесс реабилитации пациентов с ИБС перенесших АКШ, психотерапевта, возможно, позволит оказать положительное влияние на сроки восстановления трудоспособности данной категории больных.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СКОРОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гришина И.Ф., Полетаева Н.Б., Серебренников Р.В., Стяжкина Ю.А.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Одной из ключевых задач аортокоронарного шунтирования (АКШ) является возвращение пациента к трудовой деятельности. Прогнозирование скорости восстановления трудоспособности на основании комплексного влияния клинических, инструментальных, лабораторных и социально-психологических факторов представляет значительный практический интерес для разработки персонализированных реабилитационных программ.
Цель исследования. Разработать математическую модель для прогнозирования скорости возвращения к трудовой деятельности у пациентов после АКШ.
Материалы и методы. Проведен анализ 100 историй болезни пациентов после АКШ с известным исходом восстановления трудовой деятельности к 4-му месяцу реабилитации. Методом дискриминантного анализа отобраны значимые предикторы из данных анамнеза, клинико-лабораторного и инструментального обследований. Сформированы функции классификации групп при уровне значимости отличий $p<0,001$, что свидетельствует о достоверном разделении совокупности объектов на 2 группы.
Результаты. Полученная дискриминантная функция (D) включила 8 предикторов: социальное положение (рабочий, служащий), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ); г/м^2, индексированный конечно-систолический объем (ИКСО); мл/м^2, фракция выброса; %, индекс сферичности левого предсердия (ИСЛП); усл. ед., уровень галектина-3; нг/мл, уровень Nt-proBNP; пг/мл и величина конечно-диастолического давления (КДД); мм.рт.ст. При $D>0$ — прогноз благоприятный, прогнозируемое время восстановление после АКШ менее 4 месяцев, при $D < 0$ — предсказывается затяжное восстановление трудоспособности на срок более 4 месяцев (чувствительность — 98,3%, специфичность — 95,2%). Проведенный ROC анализ для оценки качества полученной прогностической модели установил высокую ценность разделяющей функции AUC 99,9±0,01% (95% CI 99,6; 100) %, ($p=0,000$).
Выводы.
Разработанная прогностическая модель позволяет проводить индивидуальную оценку вероятности затяжного возвращения к труду после АКШ. Ее использование в клинической практике позволит персонализировать программы реабилитации и оптимизировать терапевтические подходы.

АССОЦИАЦИИ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Губарева И.В., Габерман О.Е.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность. Профессия работников железнодорожного транспорта, в частности, работников локомотивных бригад (РЛБ): машинистов и их помощников, является высокострессовой и имеет социальную значимость для обеспечения безопасности движения поездов. Изучение метаболического синдрома (МС) с целью выявления наиболее ранних критериев, является важной проблемой для снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.
Цель исследования. Выявить ассоциации компонентов МС у работников железнодорожного транспорта.
Материалы и методы. В исследование включен 161 работник железнодорожного транспорта с артериальной гипертензией (АГ). По профессиональному признаку пациентов разделили на две группы. I группу составили 80 РЛБ (машинистов и их помощников), имеющие высокое психоэмоциональное напряжение. Во II группу был включен 81 ремонтник вагонов, профессиональная деятельность которых не связана с безопасностью движения поездов. Средний возраст составил 49,05±7,61 лет и 50,52±7,72 лет (p>0,05), соответственно в I и во II группах. Анализировали следующие показатели: общий холестерин, ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицериды, глюкоза крови натощак и через 2 часа после еды.
Результаты. Частота МС составила 70% и 67,5% соответственно в I и II группах (p>0,05). Достоверных отличий по распространенности МС между I и II группами не выявлено. Три компонента МС среди мужчин I группы встречалось у 16 пациентов (20%), во II группе — у 25 пациентов (31%). Четыре компонента МС среди РЛБ определены у 20 мужчин (25%), у ремонтников вагонов — у 16 мужчин (20%). Пять компонентов МС в I группе обнаружено — у 20 пациентов (25%), во II группе — у 13 пациентов (16%). При сочетании трех компонентов наиболее часто встречалась следующая комбинация: АГ, абдоминальное ожирение (АО): объем талии >94 см и повышение ЛПНП>3 ммоль/л: 21% и 10% соответственно в I и II группах. При сочетании четырех компонентов МС наибольшую распространенность имела комбинация АО, АГ, гипертриглицеридемия и повышение ЛПНП>3 ммоль/л: 15% у пациентов I группы и у 9% пациентов II группы (р3 ммоль/л, снижение ЛПВП.
Выводы.
Частота МС составляет 70% у РЛБ и 67,5% у ремонтников вагонов. В I группе чаще встречается сочетание четырех и пяти компонентов МС. Во II группе чаще отмечается сочетание трех компонентов МС.

ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Губарева И.В., Токарев С.А., Шван Л.Ю.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность. Нарушения вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы представляют собой ключевой патофизиологический механизм прогрессирования артериальной гипертензии и метаболического синдрома. Ортостатическая проба является высокоинформативным неинвазивным методом оценки функционального состояния барорефлекторных механизмов и симпато-парасимпатической регуляции.
Цель исследования. Комплексная оценка вегетативного статуса пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с метаболическим синдромом посредством активной ортостатической пробы с определением диагностической значимости различных параметров автономной дисфункции.
Материалы и методы. В исследовании включены 94 пациента с верифицированной гипертонической болезнью, из которых 49 имели сопутствующий метаболический синдром. Использовались методы суточного мониторирования артериального давления, анализа вариабельности сердечного ритма, оценки барорефлекторной чувствительности, спектрального анализа гемодинамических параметров.
Результаты. Результаты продемонстрировали значимое снижение барорефлекторной чувствительности в группе с метаболическим синдромом (8,2±3,1 vs 12,7±4,5 мс/мм рт.ст., $p<0,001$), уменьшение парасимпатической активности по данным анализа вариабельности сердечного ритма (RMSSD: 18,4±7,2 vs 28,6±9,4 мс, $p<0,001$), увеличение ортостатической нестабильности (положительная проба у 67,2% vs 28,4%, $p<0,001$). Установлена обратная корреляционная связь между индексом массы тела и барорефлекторной чувствительностью ($r=-0,68$, $p<0,001$), прямая зависимость между окружностью талии и степенью ортостатических нарушений ($r=0,54$, $p<0,001$).
Выводы.
Полученные данные свидетельствуют о выраженной автономной дисфункции у пациентов с коморбидной патологией, требующей целенаправленной коррекции для оптимизации прогноза и качества жизни.

ГРАДАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И COVID-19 В АНАМНЕЗЕ

Губарева И.В., Шван Л.Ю., Токарев С.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность. В последнее десятилетие все большее внимание уделяется влиянию симпатической нервной системы и хронического провоспалительного статуса, особенно у пациентов с полиморбидностью. Последняя выступает как самостоятельный фактор, определяющий развитие и течение ряда заболеваний, включая и заболевания сердечно-сосудистой системы. Новая пандемия неинфекционных заболеваний, в большей степени сердечно-сосудистых (ССЗ), вызвана пандемией COVID-19. Согласно результатам последних исследований, наличие COVID-19 способствует более тяжелому течению сердечно-сосудистых заболеваний, а также увеличению смертности до 3,3 раз, по мнению разных источников.

Цель исследования. Оценить структуру тяжести нарушения фаз дыхания и сна у больных с артериальной гипертензией (АГ) разного сердечно-сосудистого риска с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС), отследить его взаимосвязь с показателями суточного мониторирования ЭКГ и нарушений дыхания.

Материалы и методы. Данное исследование нарушений фаз дыхания, сна и гемодинамики было проведено у пациентов, перенесших COVID-19 в 2020 и 2021 г.г., в количестве 155 человек (85 мужчин и 70 женщин), средний возраст — 54,2 года, прошедших стационарное лечение в рамках кардиологического отделения ЧУЗ СО ДКБ «РЖД-Медицина». Всем исследуемым проведены общеклинические исследования: выполнены общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ на микроальбуминурию. Исследования проводилось при помощи полисомнографии, эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования АД. Выделены следующие группы: 1 группа (n=50) — пациенты с АГ, перенесшие COVID-19 в 2020 г.; 2 группа (n=55) — пациенты с АГ, перенесшие COVID-19 в 2021 г.; контрольная группа (n=50) — пациенты с АГ без COVID-19 в анамнезе.

Результаты. У лиц с перенесенной инфекцией COVID-19 выявлено учащение эпизодов нарушения дыхания и повышения их длительности в среднем на 22.9% в сравнении с контрольной группой.

Выводы.

Корреляционный анализ данных определил прямую, статистически слабую взаимосвязь между SDANN — интегрального показателя, характеризующего вариабельность сердечного ритма (ВСР) в целом за период проведенных записей ХМ ЭКГ, и зависящего от воздействия как симпатического, так и парасимпатического отделов ВНС, и количеством эпизодов апноэ сна >40 сек., (r=0, 3022; p=0,33), что позволяет утверждать об увеличении риска внезапной сердечной смерти у больных с АГ, СОАС и COVID-19 в анамнезе. Увеличение эпизодов апноэ сна >40 секунд в 1-й группе выше на 39% в сравнении с контрольной группой.

ЭЛАСТИЧНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И СТРУКТУРНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гузенко Д.С.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия
ГУЗ Поликлиника №2, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Пациенты с артериальной гипертонией (АГ) и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) имеют повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений.
Цель исследования. Оценить эластические свойства магистральных артерий и структурное состояние миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК).
Материалы и методы. В исследование включено 100 человек. Пациенты были разделены на две сопоставимые по клинико-демографическим характеристикам группы: 1 группа (основная) больные с АГ и ОААНК, 2 группа (контрольная) с АГ без ОААНК. Проводили клиническое обследование, оценивали ригидность магистральных артерий, структурное состояние сердца.
Результаты. У пациентов АГ и ОААНК по сравнению с больными с изолированной АГ было выявлено достоверное увеличение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в артериях мышечного типа на 58,4% (14,1[13,2-15,4]vs8,9[8,4-8,1], p=0,001) и эластического типа на 98,6% (15,1[12,6-15,3]vs7,6[7,57-9,7], p=0,001), снижение СРПВм/СРПВэ на 11% (1,01[0,94-1,02]vs1,135[0,97-1,18], p=0,001) и более частая парадоксальная реакция на пробу с реактивной гиперемией (88vs50%, p=0,001). У больных основной группы по сравнению с контрольной установлено значимое увеличение КДР ЛЖ на 9,5% (52±2,4vs47,5±3,7 p=0,0001), КСР ЛЖ на 12,1% (34,4±2,5vs30,7±3,4, p=0,0001), утолщение ЗСЛЖ на 18,7% (12,6±1vs10,6±1,3, p=0,0001), увеличение ОТС на 8% (48,5±3,8vs44,9±3,9, p=0,0001), ММЛЖ на 29,3% (231±37,4vs178,7±45,7, p=0,0001) и ИММЛЖ на 26% (120,5±20,1vs95,6±25, p=0,0001), достоверно чаще встречались концентрическая гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) на 63% (62% vs 38%, p=0,0001), эксцентрическая ГЛЖ (8% vs 0%, p=0,0001). Проведен бинарный логистический регрессионный анализ для определения вероятности развития гипертрофии левого желудочка в зависимости от СРПВ у пациентов с АГ и ОААНК. Установлено, что повышение СПРВм на 1 м/с увеличивает риск развития гипертрофии ЛЖ в 1,21 раза (95% ДИ: 1,05-1,4). Специфичность и чувствительность метода составили 58,7% и 63,0%, соответственно.
Выводы.
У пациентов основной группы по сравнению с контрольной достоверно выше СРПВ в артериях мышечного (на 58,4%) и эластического (на 98,6%) типов, более низкое соотношение СРПВм/СРПВэ (на 11%), на 76% более частое выявление парадоксальной реакции на пробу с реактивной гиперемией, что указывает на эндотелиальную дисфункцию. Выявлены достоверные различия в частоте развития концентрической ГЛЖ (на 63% чаще) и эксцентрической ГЛЖ у пациентов с АГ и ОААНК по сравнению с пациентами с АГ без ОААНК. При анализе кардиоваскулярных взаимоотношений у пациентов с АГ и ОААНК установлено, что рост СРПВм на 1 м/с достоверно повышает риск развития гипертрофии левого желудочка в 1,21 раза.

КЛИНИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ПОРОШКА КОРНЕПЛОДА СВЕКЛЫ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ — ПИЛОТНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Гуманова Н.Г., Королев А.И., Богданова Н.Л., Драпкина О.М., Саматова К.С.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Клиническое проявление эндотелиальной дисфункции в виде артериальной гипертонии (АГ) обусловлено нарушением регуляции сосудистого тонуса, проявляющимся в устойчивом повышении артериального давления (АД). Экспериментальные и клинические исследования подтверждают, что основные факторы сердечно-сосудистого риска ассоциированы с недостаточностью продукции важнейшего регуляторного медиатора — оксида азота (NO). Международные исследования подтверждают, что компенсировать недостаточность NO в организме можно путем введения в рацион пищевых добавок растительного происхождения — источников экзогенных нитрат- и нитрит-ионов (NOx). Поскольку сырая свекла относится к овощам с очень высоким содержанием NOx, этот пищевой продукт был выбран в качестве сырья для приготовления сухого порошка с целью проведения клинического испытания (КИ). В открытом доступе нет информации о КИ с применением пищевых продуктов из свеклы в России.
Цель исследования. Оценить предварительные результаты влияния порошка корнеплода свеклы на показатели липидного профиля, воспаления и другие биохимические маркеры в первом российском КИ на пациентах с АГ.
Материалы и методы. Пилотное тестирование проводили с участием 22 мужчин с начальной стадией АГ, первыми выполнивших протокол исследования. Пероральная доза нитрата и нитрита была эквивалентна 800 мг NOx в день в составе 20 г порошка корнеплода свеклы, курс — 7 дней. Забор крови из локтевой вены у участников проводили трижды — на этапе включения в исследование, по завершении 7-дневного приема порошка свеклы, и по завершении 7-дневного наблюдения вне приема порошка свеклы. Уровень маркеров липидного профиля, воспаления, транспорта кислорода, печеночных ферментов и др. в сыворотке крови определяли силами клинико-диагностической лаборатории.
Результаты. Пилотное тестирование проводили путем сравнения результатов анализов крови на стадии включения участника в исследование и по завершении приема 7-дневного курса порошка свеклы. Было показано, что употребление порошка свеклы способствует снижению уровня общего холестерина на 10% и аланинаминотрансферазы на 18,5% ($p<0,05$) у всех участников КИ (N=22). У 71% участников отмечалось снижение уровня гемоглобина на 3,2% от исходного значения ($p=0,001$). Снижение уровня С-реактивного белка в 1,7 раз и лейкоцитов на 1,2х109/л наблюдалось у 57% и 62% участников, соответственно ($p<0,05$). Более чем у половины участников наблюдалось снижение уровня глюкозы, креатинина, аспартатаминотрансферазы, холестерина триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности, а также тромбоцитов в крови.
Выводы.
Контроль потребления питательных веществ и их прямая связь с образованием NO могут иметь большое значение для профилактики хронических воспалительных и сердечно-сосудистых заболеваний.

СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ МАССЫ ТЕЛА

Гусева А.В.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующие позиции в структуре смертности лиц трудоспособного возраста, в связи с чем необходим поиск новых подходов, направленных на раннее выявление сосудистого ремоделирования для начала своевременной первичной профилактики.
Цель исследования. Изучить ассоциированность показателей сосудистой жесткости в виде сердечно-лодыжечного васкулярного индекса (CAVI), толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и индекса массы тела (ИМТ) у лиц молодого возраста.
Материалы и методы. В исследование включено 284 человека в возрасте от 18 до 25 лет, из них 132 юноши и 152 девушки. Все обследуемые были разделены на три группы с учетом ИМТ и пола: 1-я группа — недостаточная масса тела (МТ) (47 человек, из них 21 юноша), 2-я группа — нормальная МТ (168 человек, из них 62 юноши), 3-я группа — избыточная МТ и ожирение (69 человек, из них 49 юношей). Ангиологический скрининг проводился на аппарате VaSera VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония) с определением показателя CAVI справа и слева. Толщину КИМ определяли в общей сонной артерии (ОСА) с помощью ультразвукового сканера «РуСкан 70П» (НПО «Сканер», Россия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета Statistica 10.0 (StatSoftInc, США). Сравнение в двух независимых выборках проводили с помощью t-критерия Стьюдента, в трех группах использовали систему ANOVA.
Результаты. Исследование показателя сосудистой жесткости у юношей показало, что при увеличении ИМТ показатель CAVI снижается с двух сторон (справа p1-2 =0,041 и p1-3 =0,027, слева p1-3 =0,029, p2-3 =0,001 и по результатам ANOVA — p =0,047 слева). Толщина КИМ увеличивается при повышении МТ, и особенно четко эта тенденция прослеживается с левой стороны (p1-3 =0,023 и p2-3 =0,043). Среди обследуемых девушек наблюдается достоверное снижение показателя CAVI при увеличении МТ с двух сторон (справа p1-3 =0,00004 и p2-3 =0,00002, а слева p1-3 =0,000006 и p2-3 =0,00008 соответственно, по результатам ANOVA — p =0,00002 справа и p =0,000004 слева). Толщина КИМ правой ОСА увеличивается при повышении ИМТ (p2-3 =0,028, p2-3 =0,028). С левой стороны такой четкой ассоциированности между КИМ и ИМТ нет.
Выводы.
Как у юношей, так и у девушек при увеличении МТ прослеживается разнонаправленные изменения со стороны разных слоев артериальной стенки, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий среди молодежи.

ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-го ТИПА В УСЛОВИЯХ ВИБРООПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ

Давыдова Е.В., Олейник В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа (СД2) — сложное заболевание с многофакторным патогенезом, часто приводящее к сердечно-сосудистым осложнениям (ССЗ). ССЗ остаются ведущей причиной смертности, а СД2 способствует развитию кардиоренальных нарушений. Микроповреждения, вызванные СД2, распространяются на крупные сосуды, нарушая кровообращение. Исследуются экзогенные и эндогенные факторы, влияющие на прогрессирование заболевания. Особое внимание уделяется образу жизни, включая условия труда. У наших пациентов выявлен экзогенный фактор — длительный стаж работы в условиях производственной вибрации (ПВ), подтвержденный диагнозом, вибрационная болезнь (ВБ).
Цель исследования. Комплексное изучение метаболических дисфункций, углеводный, липидный обмен, а также гормональный статус, в частности уровень тестостерона, у пациентов с СД 2 длительное время подвергавшихся воздействию производственной вибрации.
Материалы и методы. С 2023 по 2025 г. проведено комплексное исследование 1906 мужчин, страдающих СД2. Сформированы две группы пациентов: первая группа (СД, n=121) включала пациентов, которые никогда не подвергались воздействию вредных производственных факторов, вторая группа (СД2 и вибрационная болезнь, СДВБ, n=146) состояла из лиц, длительное время работавших в условиях производственной вибрации со средним стажем 20 [14; 30] лет. Анализ демографических характеристик обеих групп выявил отсутствие статистически значимых различий по возрасту. В первой группе средний возраст составил 58 [52,1; 64] лет, во второй — 59 [49,3; 64,0] лет (p=0,536). Данное наблюдение позволяет исключить возрастные факторы как потенциальную конфаундерную переменную при анализе влияния производственной вибрации на течение СД2.
Результаты. Получены статистически значимые различия в уровне гликированного гемоглобина, общего холестерина, липопротеидов высокой плотности, триглицеридов, общего тестостерона и креатинина между группами сравнения. В группе СДВБ были выявлены достоверные отклонения, что подтверждает патогенетическую роль производственной вибрации в развитии метаболических нарушений. Возраст, индекс массы тела и длительность СД2 не показали статистически значимых различий. Эти данные поддерживают гипотезу о том, что производственная вибрация запускает каскад патогенетических механизмов, которые усугубляют течение СД2.
Выводы.
В группе СДВБ, наблюдаются достоверное отличия гликемического, липидного и андрогенного статуса.

ПОРОГОВЫЙ ЭФФЕКТ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ТРЕВОЖНО-ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Данилина Н.О., Гулова Ш.Г., Мохаммед Х.Х.А., Шадрикова А.Д., Павлов А.Ф., Курникова И.А.
РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (нДСТ) имеет широкий спектр клинических проявлений. Остается неясным, существует ли пороговый уровень выраженности нДСТ, при котором манифестируют тревожно-вегетативные расстройства.
Цель исследования. Определить взаимосвязь между степенью выраженности нДСТ и развитием клинически значимых тревожно-вегетативных расстройств у женщин репродуктивного возраста.
Материалы и методы. Обследовано 47 женщин с верифицированной нДСТ в возрасте 21-28 лет (25,0±2,9 года). Проведена балльная оценка выраженности признаков ДСТ, оценка вегетативной дисфункции (опросник Вейна), определен вегетативный индекс Кердо (ВИК), выполнен суточный мониторинг ВСР. Уровень тревожности оценивался клинически с разделением на отсутствие/умеренный уровень (n=24) и клинически значимый уровень (n=23). Статистический анализ: корреляция Пирсона, критерий χ^2, размер эффекта (d Коэна).
Результаты. В единой когорте пациенток с нДСТ выявлен четкий пороговый эффект: при баллах ДСТ ≥28 в 100% случаев развивались клинически значимые тревожно-вегетативные расстройства (φ=1,0, χ^2=7,0, p<0,01). Две субпопуляции внутри нДСТ: 1. Субклиническая нДСТ (n=24): баллы ДСТ 20,2±2,6, баллы ВСД 0, ВИК -14,5±4,8 (ваготония), отсутствие или умеренная тревожность без клинической значимости 2. Манифестная нДСТ (n=23): баллы ДСТ 31,7±5,8, баллы ВСД 18,0±1,0, ВИК +2,1±7,4 (симпатикотония), клинически значимая тревожность Разница в баллах ДСТ составила 43% (95% ДИ [0,67; 18,46], d=2,2, p<0,05). Выявлена сильная положительная корреляция в общей группе нДСТ: 1. Баллы ДСТ ↔ баллы ВСД: r=0,846 (p<0,01) 2. Баллы ДСТ ↔ ВИК: r=0,747 (p<0,05) 3. Баллы ВСД ↔ ВИК: r=0,864 (p<0,01) Парадоксальный феномен ВСР: При манифестной форме, несмотря на симпатикотонию, LF/HF снижен на 23% (0,42±0,19 против 0,55±0,20), что указывает на срыв адаптации при превышении порогового уровня ДСТ.
Выводы.
1. Внутри популяции женщин с нДСТ существует критический порог выраженности дисплазии (~28 баллов), при превышении которого происходит манифестация тревожно-вегетативных расстройств.
2. Переход от субклинической к манифестной форме нДСТ характеризуется сменой ваготонии на симпатикотонию и развитием парадоксальной вегетативной дисрегуляции.
3. Балльная оценка нДСТ может использоваться для стратификации риска и определения показаний к превентивным вмешательствам.
4. Необходима валидация пороговых значений на расширенной выборке для создания прогностической модели.

ПОЗДНИЕ СТАДИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ — ПРОБЛЕМЫ МАРШРУТИЗАЦИИ И ДИАГНОСТИКИ

Дворовкин А.Э.
ООО «ММЦ», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Анкилозирующий спондилит — хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание, поражающее крестцово-подвздошные сочленения и позвоночник. Ранняя диагностика и своевременное назначение лекарственной терапии позволяют предотвратить формирование анкилоза и тяжелую деформацию позвоночника.
Описание случаев. Два мужчины (36 и 39 лет) обратились к ревматологу с выраженным ограничением подвижности в шейном отделе позвоночника и болями в пояснично-крестцовой области. В анамнезе — длительный (более 4-5 лет) болевой синдром воспалительного характера с постепенным нарастанием ограничения движений, неоднократные обращения к неврологам, отсутствие консультаций ревматолога.
У обоих пациентов при объективном обследовании выявлено полное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, проба «козелок-стена» составила 15 см у одного пациента и 18 у другого, при лабораторном исследовании выявлено повышение уровня С-реактивного белка (до 16 и 20 мг/л), выявлено носительство HLA-B27-антигена у обоих пациентов. При рентгенологическом исследовании у обоих пациентов выявлены синдесмофиты в шейном отделе позвоночника, у одного пациента частичный, а у другого — полный анкилоз в крестцово-подвздошных сочленениях.
Заключение.
В обоих случаях диагноз был установлен лишь спустя несколько лет от начала заболевания, на поздней стадии, что существенно ограничило возможности терапии и негативно сказалось на качестве жизни пациентов. Ключевыми факторами задержки явились: недооценка воспалительного характера боли, маршрутизация пациентов преимущественно к неврологам, отсутствие ранней визуализации крестцово-подвздошных сочленений и консультации ревматолога. Несмотря на доступность современных критериев и методов визуализации, поздняя диагностика анкилозирующего спондилита остается актуальной проблемой. Повышение настороженности врачей первичного звена и специалистов смежных дисциплин, а также внедрение маршрутизации пациентов с хронической воспалительной болью в спине, имеют ключевое значение для своевременного выявления и начала терапии.

ОПЫТ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕМБРАНОЗНОМ ВАРИАНТЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дедкова М.Л., Чеснокова Л.Д.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Согласно современным представлениям, мембранозная нефропатия является формой гломерулопатии, наиболее частых причин нефротического синдрома (НС), характеризующейся субэпителиальной и интрамембранозной депозицией иммунных комплексов. Изменения подоцитов и структуры гломерулярной базальной мембраны приводят к выраженной протеинурии и НС. Диагностика и подтверждение диагноза остаются сложными, так как не все регионы России оснащены необходимыми технологиями.
Цель исследования. Поиск оптимальной терапии для пациента с мембранозной нефропатией.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки В., проходившей обследование и лечение в отделении нефрологии и диализа ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева в период с мая 2024 г. по август 2025 г.
Результаты. У пациентки 27 лет (май 2024 г.) развился остро нефротический синдром с сохраненной функции почек. По результатам обследования: общий белок 38 г/л, альбумин 11 г/л, общий холестерин 12,8 ммоль/л, ЛПНП 9,5 ммоль/л, мочевина 2,9 ммоль/л, креатинин 29 мкмоль/л, aPLA2 R 1:10. Суточная протеинурия 22,74 гр. По данным УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости — асцит. ЭХО-КГ: гидроперикард. Рентгенография органов грудной клетки: двусторонни гидроторакс. Результаты на иммуносупрессивной терапии (АНФ 1:160, антитела к ДНК — 23,9) сомнительные для СКВ. Нефробиопсия: мембранозная нефропатия, окраска на амилоид отрицательной. Для оценки функции почек и подбора терапии госпитализирована в отделение нефрологии и диализа КОКБ. Проведена пульс — терапия: циклофосфан 1000 мг в/в (№1), метипред 1000 мг/сут. (№3), далее преднизолон внутрь 60 мг/сут. Клинический эффект не получен. С нарастанием тяжести НС проведена консультирована ФГБУ «НМИЦ ТИО им. акад. В.И. Шумакова». Рекомендовано снижение преднизолона до 30 мг и начало терапии ингибиторами кальциневрина (такролимус). Получен регресс НС (потеря веса 20 кг), альбумина 30 г/л, суточная протеинурия 3,27 гр, АТ к нативной ДНК 11.16 МЕ/мл. Продолжен прием такролимуса 4 мг/сут. с преднизолоном 5 мг/сут. В мае 2025 г. отменила самостоятельно прием такролимуса. Август 2025 г.: отеков нет, общий белок 66 г/л, альбумин 41 г/л, общий холестерин 4,2 ммоль/л, ЛПНП 1,5 ммоль/л, мочевина 4,3 ммоль/л, креатинин 56,53 мкмоль/л, суточная протеинурия 0,28 г.
Выводы.
Индивидуальный подход иммуносупрессивной терапии при МН позволил повысить эффективность терапии в достижении регресса нефротического синдрома.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Деев Д.А., Степанижова А.В.
ФГБОУ ВО НГУ, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Психосоциальные факторы оказывают значительное влияние на течение цирроза печени, что может негативно сказаться на клинических результатах лечения. Депрессивные расстройства выявляются у 23% пациентов с циррозом, что существенно снижает качество их жизни. Возникает необходимость в комплексном подходе к терапии и поддержке пациентов, страдающих циррозом печени.
Цель исследования. Исследовать особенности психосоциональных факторов и их влияние на течение цирроза печени.
Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов с циррозом печени в возрасте 30-85 лет, распределенных по классификации Чайлд-Пью (классы A, B, C). Оценивались уровни тревоги и депрессии (шкала HADS), социальная поддержка, физическая активность, лабораторные показатели (гемоглобин, тромбоциты, АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин), параметры УЗИ органов брюшной полости. Согласно классу Чайлд-Пью пациенты разделены на группы: Группа 1 — класс A, n=2. Группа 2 — класс B, n=8, Группа 3 — Класс C, n=10.
Результаты. В группе A уровень депрессии составил 0,00 ± 0,00; в группе B — 0,11 ± 0,33; в группе C — 0,91 ± 0,30. Различия были статистически значимыми: между группами A и C ($p=0,05$), а также между группами B и C ($p=0,01$). Уровень тревоги достоверно не различался между группами ($p>0,05$). При оценке физического компонента качества жизни по шкале SF-36 результаты распределились следующим образом: в группе A — 1,0 ± 1,41, в группе B — 3,5 ± 3,54, в группе C — 4,0 ± 4,24. Различия были значимыми между группами A и C ($p=0,01$), а также между группами B и C ($p=0,02$), но не между A и B ($p>0,05$). Показатели воспринимаемой социальной поддержки по шкале MPSS достоверно не различались между всеми группами ($p>0,05$).
Выводы.
В исследовании выявлено, что по мере прогрессирования цирроза печени от класса A до класса C по шкале Чайлд-Пью у пациентов достоверно увеличивается уровень депрессии и снижается физический компонент качества жизни. При этом уровень тревоги и воспринимаемая социальная поддержка достоверно не различались между группами. Наблюдается тенденция к уменьшению приверженности к лечению и социальной поддержки у пациентов с более тяжелой стадией заболевания.

ОЦЕНКА ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Деев Д.А., Степанова Е.Р.
ФГБОУ ВО НГУ, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой проблему для современного здравоохранения из-за своей высокой распространенности, значительных ограничений физической активности у пациентов и ухудшения качества их жизни (Котляров С.Н. И др., 2020). Известно, что мужчины с ХОБЛ имеют повышенный риск развития андрогенного дефицита (Erenpreiss J. et al., 2020). Ранние признаки андрогенного дефицита могут играть значительную роль в патогенезе ХОБЛ и влиять на качество жизни (Aono K., Matsumoto J. et al., 2021).
Цель исследования. Оценить возрастной андрогенный дефицит и качество жизни у пациентов с ХОБЛ и с гипертонической болезнью.
Материалы и методы. Объектом исследования являются 40 пациентов-мужчин, n=20 — с ХОБЛ, n=20 — с гипертонической болезнью, в возрасте от 40 до 65 лет. Использованы общеклинические обследования, лабораторно-инструментальные методы диагностики, анкеты — опросники — CAT-тест, шкала одышки mMRC, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник возрастных симптомов андрогенного дефицита у мужчин (AMS), анкеты для оценки сексуального здоровья мужчины (МИЭФ-5).
Результаты. Среди исследуемых пациентов преобладал бронхитический фенотип ХОБЛ и 3 стадия по GOLD — 76% и 65% соответственно. Установлено, что ХОБЛ оказывает умеренное и сильное влияние на качество жизни пациентов в большинстве случаев — 40% и 45% соответственно. У исследуемых пациентов преобладали тяжелая и очень тяжелая степени одышки — 35%. У большинства пациентов средне выражены признаки андрогенного дефицита — 45%, а также преобладает легкая степень эректильной дисфункции — 40%. Установлена достоверная взаимосвязь между качеством жизни пациентов и эректильной дисфункцией ($p>0,05$). Также установлена достоверная взаимосвязь между выраженностью одышки и эректильной дисфункции ($p>0,05$). В нашем исследовании выявлена достоверная взаимосвязь между выраженностью бронхообструкции и андрогенным дефицитом ($p>0,05$).
Выводы.
У большинства пациентов с ХОБЛ, госпитализированных в стационар снижено качество жизни и выражена одышка. У мужчин с ХОБЛ выражены симптомы возрастного андрогенного дефицита. ХОБЛ оказывает негативное влияние на качество жизни и сексуальное здоровье мужчин. Андрогенный дефицит ухудшает течение ХОБЛ, негативно влияет на качество жизни и выраженность одышки.

ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Деев Д.А., Махрова А.Б.
ФГБОУ ВО НГУ, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) затрагивает около 1-2% населения во всем мире с годовым уровнем смертности около 10% (Schwinger R, 2021). После постановки диагноза примерно 50% пациентов умирают в течение 5 лет (Zehnder A, 2022). У пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса (ХСНсФВ) также часто наблюдается ухудшение качества жизни и функциональных возможностей, сопоставимые у пациентов с далеко зашедшими стадиями хронической болезни почек (ХБП) (Anker S, 2021). Трудность постановки диагноза ХСНсФВ обусловлена широким спектром гетерогенности, неспецифичностью жалоб, труднодоступностью диагностических возможностей.
Цель исследования. Изучить особенности пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса.
Материалы и методы. Исследование является простым одномоментным на одной когорте пациентов. В исследовании участвуют пациенты ГБУЗ НСО «ЦКБ» Региональный сосудистый центр № 6 (г. Новосибирск). Всего включено 36 пациентов — 12 мужчин и 24 женщин в возрасте от 41 до 86 лет. Проводился анализ клинико-анамнестических данных, физикального осмотра пациента, антропометрии, лабораторных данных (ОАК, БХ, коагулограммы, тропонинового теста, NT-pro BNP), инструментальных данных (ЭХО-КГ, КАГ). Статистический анализ данных выполняется с использованием статистического пакета STATISTICA 10.
Результаты. Установлено, что 100% пациентов с ХСНсФВ имели гипертоническую болезнь, а 30% — ишемическую болезнь сердца и 27,8% — фибрилляцию предсердий. 55,7% пациентов с ХСНсФВ имели избыточный вес и ожирение, 47,2% — метаболический синдром. Степень ожирения и наличие метаболического синдрома значимо не влияло на уровень NT-proBNP ($p>0,05$). Также взаимосвязь не выявлена между NT-proBNP и полом, возрастом, курением, саркопенией, наличием фибрилляции предсердий и анемии, а также биохимическими параметрами ($p>0,05$). Выявлена корреляция между NT-proBNP и размерами левого и правого предсердия, размерами печени, интервалом QT ($p<0,05$).
Выводы.
Самыми распространенными сопутствующими патологиями при ХСНсФВ являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение и фибрилляция предсердий. Достоверно выявлено, что увеличение размеров предсердий, размеров печени сопоставимо с увеличением уровня NT-proBNP. Повышение NT-proBNP также достоверно сопоставимо с укорочением интервала QT.

ИЗМЕНЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕГИСТРАЦИИ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Демина М.В., Сидорова Ю.Ю., Мохаммед Д.А., Разин В.А.
ФГБОУ ВО "УлГУ", г. Ульяновск, Россия

Актуальность. В Российской Федерации в настоящее время основной причиной смерти остаются сердечно-сосудистые заболевания, так в 2022 году сердечно-сосудистые заболевания послужили причиной 43,8% смертей (831,6 тысяча случаев). Одной из частых причин сердечно-сосудистой смерти могут быть различные нарушения сердечного ритма или острая ишемия миокарда. Причем из 25% становятся жертвами внезапной сердечной смерти. На основании ряда исследований было выявлено, что поздние потенциалы желудочков выявляются у 25-33% пациентов хронической ИБС, также, выявлены значимые различия количественных параметров СУ-ЭКГ у пациентов ИБС со стенозированными коронарными артериями и у здоровых лиц. При этом по данным некоторых исследователей у пациентов со стабильным течением ИБС медикаментозная антиангинальная терапия и транслюминальная ангиопластика не приводит к значимому изменению СУ-ЭКГ и частоты регистрации ППЖ.
Цель исследования. Изучить частоту регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) после плановой коронарной реваскуляризации.
Материалы и методы. Было обследовано 36 пациентов, которые были госпитализированы в кардиологическое отделение для проведения плановой эндоваскулярной реваскуляризации. Всем пациентам, включенным в исследование проведена запись сигнал усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) на аппарате Поли-Спектр-8/ЕХ, проведен анализ наличия ППЖ. СУ-ЭКГ проводилась до коронарной реваскуляризации, после реваскуляризации в первые сутки и 5-е сутки.
Результаты. Частота регистрации ППЖ у пациентов со стабильной ИБС до реваскуляризации составила 41,7% (ППЖ зарегистрированы у 15 пациентов из 36), в первые сутки после проведения чрезкожного коронарного вмешательства ППЖ зарегистрированы у 9 пациентов из 36 (25,0%) ($\chi2$=2,25, p=0,134). Следует отметить, что у 3 пациентов из 9 пациентов, у которых были зарегистрированы ППЖ после ЧКВ, ППЖ исходно не были зафиксированы. При регистрации СУ—ЭКГ на 5-е сутки после коронарной реваскуляризации ППЖ были зарегистрированы у 7 пациентов из 36 (19,4,0%) ($\chi2$=4,19, p=0,041). Причем уменьшение частоты регистрации ППЖ произошло за счет пациентов, у которых исходно ППЖ не регистрировались.
Выводы.
Таким образом, следует отметить, что показатели СУ-ЭКГ хотя и имеют положительную направленность изменений, но данные изменения не имели статистической значимости в первые сутки. При этом, эндоваскулярная коронарная реваскуляризация, у части пациентов, приводила к появлению поздних потенциалов, которые у них ранее не регистрировались. В последующие дни у 2-х из 3-х пациентов показатели СУ-ЭКГ нормализовались.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ПРЕДИКТОР УСПЕШНОЙ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Демкина А.Е.
Инновационная академия профессионального развития «Докстарклаб»
АНО «Созвездие», г. Москва, Россия

Актуальность. В условиях активной цифровизации здравоохранения от современного врача требуются не только профессиональные знания, но и развитые «мягкие» навыки и способность к быстрой адаптации. Внедрение информационных систем, телемедицины и систем поддержки принятия врачебных решений требует от специалистов, помимо технической грамотности, и эмоциональной готовности.
Цель исследования. Изучить уровень эмоционального интеллекта (ЭИ) у врачей РФ и его влияние на освоение специализированных цифровых компетенций.
Материалы и методы. В апреле-мае 2024 г. было проведено поперечное исследование среди врачей в формате онлайн-опроса. Анкета включала блоки для оценки социально-профессиональных характеристик, уровня базовой и специализированной цифровой грамотности и ЭИ по методике Н. Холла. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы jamovi ver. 2.3.28.
Результаты. В опросе приняли участие 420 врачей из 72 регионов РФ. Средний возраст респондентов составил 38,8±8,7 года; 96,6% участников — женщины. Исследование выявило низкий уровень интегрального ЭИ у 56,9% опрошенных врачей. Наиболее проблемной зоной оказалось «управление своими эмоциями», где низкие показатели продемонстрировали 73,1% респондентов. На уровень ЭИ не влияли пол, место проживания и наличие детей. Статистически значимыми факторами оказались место работы, комфортность бытовых и эмоциональных условий труда, а также прохождение ранее курсов по развитию ЭИ. Уровень базовых цифровых компетенций у врачей оказался высоким (28,3±2,6 балла из 30) и не показал связи с ЭИ. Однако была обнаружена прямая статистически значимая взаимосвязь между уровнем ЭИ и его субшкал со степенью владения специализированными (медицинскими) цифровыми навыками. Врачи с высоким уровнем ЭИ демонстрировали более уверенное владение профессиональными цифровыми инструментами. Наибольшие трудности у респондентов вызывало использование технологий дистанционного мониторинга и мобильного здравоохранения.
Выводы.
Результаты исследования подтверждают, что врачи с более высоким уровнем ЭИ показывают лучшие результаты в освоении специализированных цифровых компетенций. Низкий уровень ЭИ, особенно в части управления эмоциями, может служить барьером для эффективной адаптации к цифровой трансформации здравоохранения.

БИОМАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ ВЕЛИЧИНОЙ СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Денисевич Т.Л., Русак Т.В., Ковалкина Е.Е., Рязанцев И.В., Коренева Е.А., Митьковская Н.П., Соловей С.П.
РНПЦК, г. Минск, Россия

Актуальность. Поиск новых биомаркеров, характерных для разной степени выраженности коронарного атеросклероза при ишемической болезни сердца (ИБС), актуален для повышения эффективности диагностики и прогнозирования течения заболевания.
Цель исследования. Провести сравнительный анализ концентраций перспективных биомаркеров эндотелиальной дисфункции в крови у пациентов с обструктивной ИБС с различной величиной стенозирования коронарных артерий (КА).
Материалы и методы. У пациентов с обструктивной ИБС (стенозы ≥50%, n=34) в целях поиска количественных различий, изучаемых биомаркеров в зависимости от величины стенозирования КА были проанализированы результаты лабораторного исследования в 2-х подгруппах: 1а — с наличием стенозов в пределах 50-74% просвета КА (n=19) и 2б — с наличием стенозов 75-100% (n=15) при сопоставлении с показателями в группе 2 — с необструктивным поражением (<50% просвета, n=38). В качестве референсных значений использовались данные, полученные в выборке здоровых лиц без сердечно-сосудистых заболеваний. Оценивались следующие биомаркеры: L-аргинин, асимметричный диметиларгинин (ADMA), пентраксин-3, реналаза, ICAM, VCAM, эндотелин-1. Результаты представлены в виде медианы, интерквартильного диапазона.
Результаты. Концентрация L-аргинина оказалась ниже уровня здоровых лиц как в подгруппе 1а (34,34 (33,31; 36,96) мкмоль/л.
Выводы.
Для субкритического стенозирования КА (75-100% просвета) характерно повышенное содержание молекул клеточной адгезии (ICAM, VCAM) на фоне более низких концентраций L-аргинина и ADMA, тогда как промежуточное стенозирование (50-74% просвета) сопряжено со снижением уровня реналазы и L-аргинина.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОРЕНОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Денисенко А.С., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. В последнее время многие исследования подтверждают наличие взаимосвязи псориатического артрита и сопутствующих заболеваний метаболического спектра, уровень которой значительно выше, чем при других ревматологических заболеваниях. Учитывая разнообразие течения заболевания и мультидоменность поражений при псориатическом артрите, особый интерес вызывает влияние кардиоренометаболического синдрома на проявления основного заболевания.
Цель исследования. Изучить влияние кардиоренометаболических факторов на достижение целей лечения псориатического артрита у пациентов, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ).
Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Центральной городской клинической больницы города Великий Новгород и Новгородской областной клинической больницы. Обследованы 67 пациентов с псориатическим артритом, получающие ГИБТ. Проанализированы данные сведения о консультациях специалистов, + индекс массы тела, окружность талии, уровень гликемии натощак, параметры липидограммы, скорость клубочковой фильтрации, а также сведения об активности заболевания на протяжении последних 5 лет. Выделены 2 группы, не имеющие достоверных различий по возрастно-половым характеристикам: 38 пациентов, не имеющие признаков кардиоренометаболического синдрома, и 29 пациентов с выявленными кардиоренометаболическими факторами риска.
Результаты. В группе пациентов без кардиоренометаболического синдрома 35 человек (92,1%) смогли достичь устойчивой медикаментозной ремиссии или низкой степени активности псориатического артрита, 3 пациента (7,9%) на протяжении 10 лет достигали целей лечения, но время от времени демонстрировали значимое повышение активности основного заболевания. В группе пациентов с кардиоренометаболическим синдромом только 7 пациентов (24,1%) смогли достичь устойчивой низкой степени активности заболевания; 14 пациентов (48,3%) достигают целей лечения, но периодически степень активности псориатического артрита у них возрастает до высокой; 8 пациентов (27,6%), несмотря на выраженное уменьшение активности заболевания на фоне ГИБТ, сохраняют высокую степень активности заболевания.
Выводы.
Кардиоренометаболические факторы, зачастую сопутствующие псориатическому артриту, в значительной степени снижают возможность достижения целей лечения основного заболевания несмотря на адекватное применение ГИБТ. Вероятно, раннее распознавание и коррекция кардиоренометаболического синдрома может улучшить контроль над псориатическим артритом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Диомидова В.Н., Журавлева Н.В., Пушкина Н.С., Гурьянова Е.А., Аксенова А.В.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Инфекция *Helicobacter pylori (H. pylori)* является этиологическим фактором развития хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также ассоциирована с повышенным риском развития рака желудка и MALT-лимфомы. В виду высокой распространенности и серьезных последствий, своевременная диагностика и эффективное лечение *H. pylori*-ассоциированного гастрита приобретает особую актуальность.
Цель исследования. Изучить эпидемиологические и клинические особенности *H. pylori*-ассоциированного гастрита у амбулаторных пациентов, обратившихся на прием к терапевту.
Материалы и методы. В рамках исследования были проанализированы 60 амбулаторных карт пациентов с установленным диагнозом *H. pylori*-ассоциированного гастрита, которые наблюдались у терапевта в БУ «Центральная городская больница» г. Чебоксары в период с января по декабрь 2024 г. Для выявления инфекции *H. pylori* применялись неинвазивные диагностические методы, такие как 13С-уреазный дыхательный тест и серологическое исследование.
Результаты. Эпидемиологические характеристики: среди пациентов преобладали женщины — 35 человек (58,3%), мужчины составили 25 человек (41,7%).
Возраст обследованных варьировался от 18 до 75 лет, при этом средний возраст составил 45,2±2,1 года. Наиболее часто заболевание дебютировало у пациентов в возрасте 36-50 лет — 28 человек (46,7%). На втором месте оказалась возрастная группа 18-35 лет — 18 человек (30%), а на третьем — пациенты 51-75 лет — 14 чел. (23,3%). Основные жалобы пациентов на момент обращения к терапевту: эпигастральная боль — 42 чел. (70%); тошнота — 24 чел. (40%); отрыжка — 18 чел. (30%); чувство тяжести после еды — 15 чел. (25%). *H. pylori* выявлен у 53% обследованных. У 7,5% пациентов отягощен генеалогический анамнез по язвенной болезни желудка; у 1,5% пациентов — по раку желудка. Положительная динамика на фоне проведенной эрадикационной тройной терапии: полное купирование симптомов — 51,2% (31 пац.); улучшение с сохранением периодических жалоб на возникающую эпигастральную боль — 33,3% (20 пациентов); отсутствие эффекта — 9 пациентов (15%). Данные морфологического исследования: хронический неатрофический гастрит выявлен у 53,3% обследованных (32 чел.); хронический атрофический гастрит — 35,1% (21 чел.); кишечная метаплазия — 6,7% (4 чел.); дисплазия — 4,9% (3 чел.), среди которой низкая степень выраженности отмечалось в 3,3% (2 чел.), высокая степень выраженности — 1 чел. (1,6%).
Выводы.
H. pylori-ассоциированный гастрит чаще диагностируется у пациентов среднего возраста (36-50 лет) с преобладанием женщин. На фоне проведенной эрадикационной терапии *H.pylori* отмечена положительная клиническая динамика. Важная роль принадлежит врачу общей практики при выявлении и лечения заболевания, направлению на консультацию к узким специалистам, диспансерному наблюдению.

РОЛЬ АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

Диомидова В.Н., Куприянов С.В., Толмачева Н.В., Смирнова Т.Л., Журавлева Н.В.
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) — хроническое аутоиммунное заболевание, поражающее преимущественно суставы, приводящее к прогрессирующей инвалидизации и снижению качества жизни. Несмотря на значительные успехи в фармакотерапии РА, достигнутые за последние десятилетия, проблема сохранения функциональной активности и трудоспособности пациентов остается актуальной.
Цель исследования. Изучить эффективность реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе у больных РА для снижения уровня инвалидизации и улучшения качества жизни пациентов.
Материалы и методы. Было проведено исследование с участием 120 пациентов, имеющих подтвержденный диагноз РА в возрасте от 30 до 65 лет. Все пациенты находились на амбулаторном лечении у ревматолога и были разделены на две группы: основную (60 человек), где проводилась комплексная реабилитация, включающая базисную медикаментозную терапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, психологическую поддержку и обучение самоконтролю; и контрольную группу (60 человек), получающую базисную медикаментозную терапию без дополнительных реабилитационных мероприятий. Оценка эффективности проводилась через 6 и 12 месяцев с использованием шкал HAQ (Health Assessment Questionnaire), DAS28 (Disease Activity Score) и опросника SF-36 (Short Form Health Survey).
Результаты. Через 6 месяцев наблюдения в основной группе было зафиксировано существенное улучшение функционального состояния пациентов: показатель индекса HAQ снизился на 35% (с 1,8 до 1,2 балла), а активность заболевания по шкале DAS28 уменьшилась на 25% (с 5,1 до 3,8 балла). Спустя 12 месяцев у 70% участников основной группы сохранялась положительная динамика, тогда как в контрольной группе прогресс был менее значительным (снижение HAQ на 15%, DAS28 на 10%). Качество жизни, оцененное с помощью опросника SF-36, в основной группе улучшилось на 40% по параметрам физического и эмоционального состояния, в то время как в контрольной группе аналогичные показатели выросли лишь на 15%.
Выводы.
Комплексная реабилитация на амбулаторном этапе у больных РА способствует значительному снижению уровня инвалидизации, улучшению функционального статуса и качества жизни пациентов. При этом улучшается профессиональная и социальная адаптация, уменьшается активность заболевания. Внедрение реабилитационных программ в амбулаторную практику может рассматриваться как эффективный способ профилактики инвалидизации и повышения приверженности к лечению у пациентов с РА.

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЖЕНЩИН 40 ЛЕТ И СТАРШЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ЦИФРОВЫХ МАММОГРАММ

Долгушин Г.О.
МНОИ МГУ, г. Москва, Россия

Актуальность. Процедура определения сердечно-сосудистого риска (ССР) является фундаментом для разработки стратегий по его профилактике среди населения. Неэффективность современных методик определения ССР подразумевает создание более совершенных алгоритмов.
Цель исследования. Создание интегрированной системы оценки, способной повысить точность определения ССР среди женщин 40 лет и старше в рамках диспансеризации и оптимизировать подходы к профилактике ССЗ.
Материалы и методы. Исследование носило ретроспективный характер. Протокол был одобрен ЛЭК МНОЦ МГУ (Протокол №5, 16.10.2023). Проведен анализ 1068 архивированных маммограмм пациенток в возрасте 40 лет и старше, выполненных в рамках диспансеризации в 2019 г. в Университетской клинике МГУ. В окончательный анализ включены 1030 пациенток для которых были доступны данные, позволяющие оценить ССР. Изучаемые маммографические параметры: плотность МЖ, наличие сосудистых и несосудистых кальцинатов, количество калицинатов и количество квадрантов МЖ, в которых выявлены кальцинаты. Маммография осуществлялась на аппарате General Electric Senographe Essential. Оценка ПМЖ проводилась с использованием шкалы плотности молочных желез, разработанной Американским колледжем радиологии (англ. — ACR — American College of Radiology). Данные, необходимые для оценки ССР, были получены из медицинских карт пациенток. ССР определялся как низкий (1-я степень риска), умеренный (2-я степень риска), высокий (3-я степень риска) и очень высокий (4-я степень риска) в соответствие с рекомендациями Российского кардиологического общества.
Результаты. Наши данные показывают, что количественная оценка параметров, полученных при профилактической маммографии, позволяет разделить пациенток на 5 групп с разной вероятностью наличия у них высокого и очень высокого риска. Пациентки, распределенные на основании предложенного алгоритма в группы D1, D2, D3 и D4, демонстрировали соответственно в 2,1, 3,5, 4,9 и 13,8 раз большую вероятность иметь высокий или очень высокий ССР, чем пациентки в группе D0. В литературе не описаны аналогичные и альтернативные методы алгоритмов для оценки ССР по данным профилактической маммографии, однако существует большое количество данных, свидетельствующих о повышении вероятности развития сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от различных параметров маммографии.
Выводы.
Создание пошагового алгоритма оценки сердечно-сосудистого риска, пригодного для использования в клинической практике, позволит значительно облегчить и ускорить процесс выявления высокого сердечно-сосудистого риска у женщин старше 40 лет без использования инвазивных методов исследования.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Доренская А.А., Орлова Н.С., Колесникова И.Ю.
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Актуальность. Острые респираторные инфекции (ОРИ) поглощают значительные ресурсы системы здравоохранения, что обусловливает важность соблюдения клинических рекомендаций.
Цель исследования. Сопоставить особенности формулировки диагноза, диагностических и лечебных назначений пациентам с ОРИ на поликлиническом приеме в городе и селе.
Материалы и методы. Проведен анализ 75 амбулаторных карт городской поликлиники в г. Твери, и 75 — сельской врачебной амбулатории в период эпидемиологического подъема заболеваемости, путем сплошной выборки карт больных с клиническими признаками ОРИ. Всего было 39 мужчин и 111 женщин, в возрасте от 18 до 80 лет, медиана возраста 47 лет.
Результаты. При сопоставимых симптомах в городе чаще всего выставлялся диагноз J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная — 26 (34,7%) человек, реже J02.9 Острый фарингит неуточненный — у 17 (22,7%) пациентов и J00 Острый назофарингит — еще у 10 (13,3) человек. В сельской амбулатории эти диагнозы выставлены, соответственно, 58 (77,3%), 10 (13,3%) и 1 (1,3%) пациенту, другие диагнозы встречались в единичных случаях. В городе эпиданамнез указан в 9 (12,0%) картах, в селе — в 63 (84,0%). В большинстве случаев информация о вакцинации отсутствовала, указаний на отсутствие вакцинации было больше в сельской амбулатории: 19 (25,3%) против 3 (4,0%) в городе. Клинический анализ крови назначался лишь в 19 (12,7%) случаях, примерно поровну в городе и в селе. Мазок и экспресс-тест на грипп выполнен у 5 (3,3%) больных. Наиболее популярным лекарством был умифеновир, который назначен 46 (30,7%) больным, осельтамивир назначался в 18 (12,0%) случаях, имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты — в 9 (6,0%), в единичных случаях — арбидол, изопринозин, ингавирин. Не назначена противовирусная терапия 67 (44,7%) пациентам (44 (58,7%) в городе и 23 (30,7%) — в селе). Жаропонижающие назначены 109 (72,7%) больным, противокашлевые — в 21 (14,0%) случае, муколитики и экспекторанты — в 54 (36,0%) случаях. Хотя диагноз пневмония подтвержден лишь у 1 пациента, антибиотики назначались 29 (19,3%) больным, также 13 (8,6%) пациентам назначались антигистаминные препараты.
Выводы.
При ОРИ редко указывается информация об эпиданамнезе, редко назначается лабораторное дообследование. Почти в 60% случаев в городе и около 30% в селе назначается противовирусная терапия, более чем в половине случаев — жаропонижающие, а каждому пятому пациенту без показаний рекомендован прием антибиотиков.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКОТИАМИДА В ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Дорошенко Т.В.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. По данным статистики синдром диспепсии выявляется более чем у 50% пациентов, страдающих сахарным диабетом второго типа. Диспепсия при сахарном диабете характеризуется нарушение моторно-эвакуаторной функции пилорического отдела желудка, клинические проявления которого — раннее насыщение, чувство тяжести и переполнения в эпигастрии после приема пищи, дискомфорт в эпигастральной области. Гастропарез не только ухудшает качество жизни пациентов, но и способствует снижению контроля гликемии, нарушает всасывание глюкозы и пероральных сахароснижающих препаратов. Поэтому коррекция диспепсического синдрома является существенным фактором эффективности лечения сахарного диабета. Акотиамид — это прокинетик с новым механизмом действия, антагонист мускариновых рецепторов М1 и М2, а также ингибитор ацетилхолинэстеразы.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность терапии акотиамидом у пациентов с функциональной диспепсии с сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 24 пациента с сахарным диабетом II типа с симптомами функциональной диспепсии, находившихся на амбулаторном лечении в отделении гериатрии МГБ № 8 ЛНР. Среди них 16 женщин, 8 мужчин. Средний возраст пациентов составил 71,46 лет. Все пациенты принимали акотиамид в дозе 100 мг за 15-20 минут до приема пищи 3 раза в сутки в течение 4 недель. Основным критерием эффективности лечения являлся «ответ на терапию», оцениваемый пациентами по 7-балльной шкале Лайкерта. Вторичными критериями эффективности являлись: полный регресс или облегчение симптомов, улучшение качества жизни пациентов, которое оценивалось на основании краткого индекса диспепсии Nepean.

Результаты. Через 2 недели «ответ на терапию» зарегистрирован у 16 (66,67%) пациентов, к концу 4 недель положительная динамика выявлена у 21 (87,5%) пациента, 2 (8,3%) пациент отметили незначительное улучшение, у 1 (4,17%) пациента состояние осталось без изменений. Также после применения акотиамида отмечалось улучшение качества жизни у 23 (95,83%) пациентов, у 1 (4,17%) пациента без динамики. В ходе исследования не было зарегистрировано побочных эффектов ни у одного пациента.

Выводы.

Результаты проведенного нами исследования позволяют сделать вывод, что акотиамид является эффективным и безопасным средством для лечения симптомов функциональной диспепсии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, позволяет улучшить качество жизни пациентов и повысить эффективность лечения сахарного диабета.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ И ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

Дочкина И.С., Королева М.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. У пациентов пожилого и старческого возраста со старческой астенией наблюдается недостаточность питания (мальнутриция), которая является одним из ключевых проявлений и факторов, усугубляющих состояние. Оценка нутрициологического статуса требует комплексного подхода, включающего измерение веса, оценку мышечной силы, уровня активности и качества питания.
Цель исследования. Проанализировать особенности нутрициологического статуса у пациентов пожилого и старческого возраста со старческой астенией.
Материал и методы. Протестировано 87 пациентов (38 мужчин и 49 женщин) со старческой астенией. Средний возраст больных — 82,2 ± 4,1 лет. Все респонденты являются пациентами, которые были госпитализированы в терапевтическое отделение. Для выявления синдрома старческой астении применяли опросник «Возраст не помеха». При выявлении синдрома мальнутриции применялся опросник MNA, включающий две части: первая часть оценивала физические показатели пациента, вторая уточняла частоту и качество питания, а также возможные факторы, влияющие на пищевые привычки.
Результаты. Среди обследованных пациентов по данным опросника было выявлено, что только у 13 (14,9%) человек нормальный статус питания, у 53 (61%) — риск недостаточности питания (мальнутриции) и у оставшихся 21 (24,1%) уже имеется недостаточность в питании (мальнутриция). По данным развернутого скрининга обнаружено, что за последние 3 месяца у половины респондентов — 43 (49,4%) выявлено снижение количество съеденной пищи, а также снижение веса больше чем на 5 кг, у 17 (20%) нет нарушения в количестве поступающих нутриентов, однако имеются несоблюдения режима питания. У 17 (20%) обследуемых придерживаются здорового образа жизни, 24 (28%) — стараются вести здоровый образ жизни, но имеют по одной вредной привычке, и 46 (52%) — ведут пассивный образ жизни, не способны следить за своим рационом и режимом питания из-за отсутствия функциональной активности и мобильности. 54 (62%) человека испытывают в своем рационе нехватку белка и клетчатки, употребляют недостаточно овощей и фруктов, 16 (18,4%) человек поддерживают рациональное питание, но на нерегулярной основе и только 17 (19,6%) человек питаются сбалансированно и правильно. По количеству жидкости большинство 80 (92%) человек пьют в сутки достаточное количество воды и только 7 (8%) пьют недостаточно жидкости. Также стоит отметить, что все респонденты питаются самостоятельно и не нуждаются в посторонней помощи.
Выводы.
Полученные результаты показывают, что большинство пациентов испытывают значительное ухудшение нутрициологического статуса. Это связано с серьезными проблемами в сбалансированном питании и недостаточным количеством поступающих питательных веществ. Такие нарушения приводят к нестабильному весу, снижению ИМТ, а также ухудшению общего самочувствия и увеличению заболеваемости.

АРИТМИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СТРЕСС-ТЕСТА — СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ И ПОЧЕСНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Дронов А.В., Перевозчикова Т.В., Журавлева А.Н., Наливайко А.А., Антропова О.Н.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Стресс-тесты остаются инструментом для диагностики ишемической болезни сердца, однако, клиническая значимость аритмий, которые могут развиваться во время стресс-тестирования остается неопределенной.
Цель исследования. Оценить клиническое значение нарушений ритма в восстановительном периоде велорэргометрического теста (ВЭМ) у бессимптомных пациентов, определив их возможную связь с ремоделированием сердца и почечной дисфункцией.
Материалы и методы. В одномоментное сплошное исследование были включены 44 бессимптомных мужчины, средний возраст 54,0 ± 11,8 лет, проходившие тестирование с физической нагрузкой и имеющие отрицательный ВЭМ тест. В зависимости от результатов ВЭМ теста пациенты были распределены на 1 группы: 1-ая группа (n=18) — имеющие в восстановительном периоде нарушения ритма по типу наджелудочковой и/или желудочковой экстрасистолии; 2-ая группа (n= 26) — не имеющие нарушения ритма при проведении ВЭМ. Проводилось общеклиническое обследование, рассчитывалось отношение альбумин/креатинин и скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Проводилась эхокардиография на ультразвуковом аппарате Philips 70, ВЭМ тест по стандартной методике на аппарате Philips AFFINITI 70.
Результаты. Пациенты обеих групп имели сопоставимый средний возраст, частоту факторов риска, артериальной гипертонии, сахарного диабета, имелась тенденция к увеличению распространенности курения, избыточной массы тела и ожирения у пациентов 1-ой группы по сравнению со 2-ой. Признаки дилатации левого предсердия были выявлены у 2 (11,1%) и 8 (30,8%), концентрический тип геометрии левого желудочка — у 6 (33,3%) и 10 (38,5%), гипертрофия ЛЖ — у 2 (11,1%) и 7 (26,9%), диастолическая дисфункция 1 типа — у 4 (22,2%) и 6 (23,1%) пациентов 1-ой и 2-ой групп соответственно, частота была сопоставима. Мужчины 1-ой группы, в отличие от 2-ой, имели большую частоту снижения СКФ на 28,3% (у 12 (66,7%) и 9 (38,4%) пациентов 1-ой и 2-ой групп, χ^2 =4,380, p=0,037) и альбуминурии в 2,4 раза (у 10 (55,6%) и 6 (23,1%) пациентов 1-ой и 2-ой групп, χ^2 =4,072, p=0,044). Значения СКФ в группах оказались сопоставимы, уровень альбуминурии у пациентов 1-ой группы был в 3,1 раза больше (79,2±4,7 и 25,9±7,2).
Выводы.
Мы не обнаружили достоверных различий в частоте клинических факторов и показателей ЭхоКГ у обследованных лиц, однако, интересными, требующими дальнейшего изучения, являются данные о частоте почечной дисфункции и альбуминурии у лиц с нарушением ритма в восстановительном периоде ВЭМ теста.

ОЦЕНКА КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ КОФЕИНСОДЕРЖАЩИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ

Дударев В.М., Пантюхина А.С., Шкляев А.Е.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. В России набирает популярность употребление энергетических напитков среди лиц молодого возраста, составляя по различным данным 8,8-24,7% населения в возрасте 18-35 лет. Проведенные ранее исследования в основном направлены на оценку негативного влияния энергетических напитков на сердечно-сосудистую и нервную системы, в то время как влияние энергетиков на пищеварительную систему остается малоизученным.
Цель исследования. Оценить влияние кофеинсодержащих энергетических напитков на кислотопродуцирующую функцию желудка.
Материалы и методы. В исследование включены 56 человек в возрасте 27 [18; 34] лет, которые ежедневно не менее 30 дней употребляли кофеинсодержащие энергетические напитки в количестве 450-500 мл в сутки. Включенным в исследование проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) на этапе включения в исследование, а также анализ уровня сывороточного гастрина и суточная pH-метрия аппаратом Гастроскан-ИАМ — на этапе включения и через 1 месяц после отказа от употребления энергетиков. Достоверность отличий оценивалась при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни.
Результаты. По данным ЭГДС у 56% включенных в исследование пациентов имелась недостаточность нижнего пищеводного сфинктера 1 степени, у 44% — патологии не обнаружено. Уровень сывороточного гастрина составил 12,6 [7,4; 26,9] пг/мл. По результатам суточной pH-метрии уровень pH в кардиальном отделе желудка 3,8 [2,2; 4,7], в нижнем отделе пищевода — 4,4 [3,6; 6,1]. Через 1 месяц после отказа от употребления энергетиков повторное определение уровня сывороточного гастрина у исследуемых показало его достоверное повышение — 32,4 [16,9; 51,7] пг/мл, p=0,031. При повторной суточной pH-метрии уровень pH в кардиальном отделе желудка составил 5,2 [4,3; 6,0], p=0,041, в нижнем отделе пищевода — 6,1 [5,4; 7,1], p=0,039.
Выводы.
Регулярное употребление кофеинсодержащих энергетических напитков способствует усилению кислотопродуцирующей функции желудка с забросом кислого содержимого желудка в пищевод. Отказ от употребления кофеинсодержащих энергетических напитков течение 1 месяца приводит к нормализации желудочной кислотопродукции при отсутствии фоновой патологии желудка.

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ГАЗИРОВАННЫХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА

Дударев В.М., Пантюхина А.С., Горбунов Ю.В., Шкляев А.Е.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Согласно эпидемиологическим данным, каждый девятый житель России в возрасте от 18 до 35 лет ежедневно употребляет газированные энергетические напитки. По данным научных исследований энергетические напитки пагубно влияют на систему кровообращения, нервную систему, а также на состояние слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, однако их влияние на моторную функцию верхних отделов пищеварительной системы изучено недостаточно.
Цель исследования. Оценить влияние газированных энергетических напитков на тонус нижнего пищеводного сфинктера.
Материалы и методы. Объектом исследование явились 43 человека в возрасте 24 [18; 31] лет, 24 мужчины и 19 женщин, употребляющие газированные энергетические напитки каждый день в количестве 500 мл на протяжении 1 месяца и более.
У всех включенных в исследование пациентов по результатам эзофагогастродуоденоскопии имелась недостаточность нижнего пищеводного сфинктера и отсутствовали признаки гастрита и эзофагита. Всем исследуемым на этапе включения, а также через 1 и 2 месяца после отказа от приема энергетиков проводился забор крови для определения уровня сывороточного мотилина и суточная pH-импедансометрия аппаратом Гастроскан-ИАМ для оценки суточного количества гастроэзофагеальных рефлюксов. Достоверность выявленных отличий определялась непараметрическим критерием Манна-Уитни.
Результаты. Уровень сывороточного мотилина у пациентов на этапе включения в исследование составил 74,4 [62,9; 110,2] пг/мл. Суточное количество жидких гастроэзофагеальных рефлюксов по данным суточной pH-импедансометрии — 68 [37; 79]. Повторные исследования уровня сывороточного мотилина показали следующие результаты: через 1 месяц после отказа от энергетиков уровень мотилина крови — 96,8 [71,5; 124,7] пг/мл, через 2 месяца — 148,6 [89,1; 197,2] пг/мл, $p<0,05$. Количество жидких гастроэзофагеальных рефлюксов при повторном проведении суточной pH-импедансометрии составило 44 [31; 56] и 32 [16; 40] через 1 и 2 месяца, соответственно, после отказа от употребления энергетических газированных напитков, $p<0,05$.
Выводы.
Ежедневное употребление газированных энергетических напитков снижает тонус нижнего пищеводного сфинктера, что способствует увеличению количества гастроэзофагеальных рефлюксов и может приводить к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Отказ от употребления газированных энергетических напитков обеспечивает нормализацию регуляции тонуса нижнего пищеводного сфинктера при отсутствии фоновой патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

«РЕНАЛЬНЫЕ» БИОМАРКЕРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Дударев М.В., Сарксян Д.С., Гилева О.Г., Ямолдинов Н.Р.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Особенностью SARS-CoV-2 является способность индуцировать развитие не только острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), но и тяжелого, потенциально фатального нарушения функции почек. Проведенные ранее исследования свидетельствуют о возможности использования биомаркеров почечного повреждения, в частности — цистатина С и липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (neutrophil gelatinase-associated lipocalin, NGAL), в качестве предикторов летального исхода при COVID-19, однако их результаты противоречивы.
Цель исследования. Оценить диагностическое значение определения концентрации цистатина С сыворотки крови и NGAL мочи для прогнозирования летального исхода у больных коронавирусной инфекцией COVID-19.
Материалы и методы. Проведено исследование концентраций цистатина С сыворотки крови и NGAL мочи у 102 пациентов (48 мужчин и 54 женщин), находившихся на лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице г. Ижевска с диагнозом «Коронавирусная инфекция COVID-19, тяжелое течение. Двусторонняя полисегментарная пневмония» в 2020-2021 гг.; критерием не включения являлось наличие в анамнезе хронической болезни почек. Забор крови и мочи осуществлялся на 3-5 сутки с момента госпитализации. Исследование концентраций цистатина С и NGAL производилось с использованием наборов «Цистатин С-ИФА-БЕСТ» («Вектор-Бест», Россия) и «human NGAL ELISA» (Hycult Biotechnology, Нидерланды) соответственно. Оценка межгрупповых различий осуществлялась при помощи критериев Манна-Уитни и $\chi 2$.
Результаты. Летальные исходы зафиксированы у 24 человек (возраст — 58,0 [44,3; 63,5] лет); из них у 11 (46%) было острое повреждение почек (ОПП), сопровождавшееся у 8 (33%) больных развитием сердечной недостаточности, что свидетельствует о кардиоренальном синдроме (КРС). В контрольной группе из 78 выздоровевших пациентов, не отличавшихся по возрасту (56,5 [38,8; 65,0] лет, $p=0,497$), частота развития ОПП и КРС была ниже: 23% ($p=0,031$) и 8% ($p=0,001$) соответственно. Концентрация цистатина С сыворотки крови в группе умерших составила 2,2 [1,4; 3,3] мкг/мл, что существенно превосходило ($p=0,001$) значение данного показателя у выживших — 1,3 [1,1; 1,9] мкг/мл. Уровень NGAL мочи в группе пациентов, у которых позднее был зафиксирован летальный исход, также превышал таковой в контрольной группе (4,4 [2,2; 8,4] нг/мл и 2,2 [1,5; 4,1] нг/мл соответственно; $p=0,003$).
Выводы.
Оценка сывороточных концентраций цистатина С сыворотки крови и NGAL мочи может применяться для стратификации риска летального исхода при коронавирусной инфекции.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА И РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ ПО ПРОШЕСТВИИ 2,5 ЛЕТ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) СО 100% ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Дударев М.В., Сарксян Д.С., Шкляев А.Е., Аникаев В.П., Ямолдинов Н.Р.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. В исходе крайне тяжелого течения коронавирусной инфекции нередко развивается патология системы кровообращения, а также легочный фиброз. В качестве иллюстрации представляем результаты клинического обследования пациента по прошествии 2,5 лет после перенесенного COVID-19, осложненного 100% поражением ткани легких.
Описание случая. Больной С. 34 лет находился на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице г. Ижевска с 01.07.2021 г. по 18.08.2021 г. (в т.ч. на процедуре экстракорпоральной мембранной оксигенации крови с 08.07 по 28.07.2021 г.) с диагнозом: Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован, крайне тяжелое течение. Двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония, тяжелой степени тяжести, КТ-4 (поражение легочной ткани — 100%), острая дыхательная недостаточность (ДН) 3. Синдром системного воспалительного ответа. Через 2,5 года (с 13.02.2024 г. по 17.02.2024 г.) пациент находился на обследовании в 1 Республиканской клинической больнице г. Ижевска. При осмотре — жалобы на умеренную одышку смешанного характера при ранее привычной физической нагрузке (при подъеме на 3 этаж). Данные физикального обследования, общего анализа крови и мочи, коагулограммы и рутинных биохимических маркеров в пределах нормы; сывороточный уровень N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида про-В типа (NT-proBNP) — 675 пг/мл. По данным ЭКГ — ритм синусовый, правильный, ЧСС — 70 уд/мин, рубцовые изменения нижней области: глубокий зубец Q и отрицательный зубец Т в отведениях III и aVF (по данным исследования, выполненного в острый период заболевания, указанных изменений зарегистрировано не было). По данным ЭхоКГ — недостаточность митрального клапана (НМК) 1 ст. По данным СКТ в паренхиме обоих легких субплеврально визуализируются ретикулярные изменения в виде единичных мелких воздушных кист, единичных фиброзных тяжей. По данным бодиплетизмографии жизненная емкость легких в пределах нормы (4,9 л, 95% от должного), общая емкость легких умеренно снижена (5,61 л). Отмечается резкое снижение функциональной остаточной емкости легких: величина остаточного объема легких — 0,79 л (37%); внутригрудной объем — 2,07 л (61%). Диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка неизвестной давности). НМК 1 ст. Предстадия ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. Легочный фиброз с минимальными изменениями. Субклиническая рестриктивная ДН.
Заключение.
Представленное наблюдение иллюстрирует возможность «выздоровления» больного тяжелой коронавирусной инфекцией со 100% поражением легких. Вместе с тем, перенесенный в периоде реконвалесценции заболевания инфаркт миокарда свидетельствует о целесообразности длительного динамического наблюдения за лицами, перенесшими коронавирусную инфекцию.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ СО СНИЖЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Дылева Ю.А., Долматова С.Е., Груздева О.В., Горбатовская Е.Е.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Лептинорезистентность (ЛР) и инсулинорезистентность (ИР) являются ключевыми метаболическими нарушениями, влияющими на течение острого инфаркта миокарда (ИМ). По данным научной литературы, лептин принимает участие в регуляции чувствительности к инсулину. Тогда как наличие ЛР может служить одним из пусковых механизмов развития ИР.
Цель исследования. Оценить взаимосвязь лептинорезистетности с наличием и степенью выраженности инсулинорезистентности в остром периоде инфаркта миокарда.
Материалы и методы. В исследование включено 114 пациентов в возрасте до 75 лет, мужского пола с установленным диагнозом ИМ с подъемом сегмента ST без сахарного диабета 1 и 2 типов в анамнезе. Концентрацию лептина и растворимого рецептора лептина в сыворотке крови определяли на 1-е сутки и 12-е сутки нахождения в стационаре методом иммуноферментного анализа. Индекс свободного лептина (ИСЛ) рассчитывали, как отношение концентрации лептина (нг/мл) к концентрации растворимых рецепторов лептина (нг/мл), умноженное на 100. ЛР фиксировали при уровне лептина> 6,45 и ИСЛ>25. Оценка выраженность ИР производилась согласно A. Katz et al. (2000), среднее значение QUICKI, равное 0,382±0,007, свидетельствовало о нормальной тканевой чувствительности к инсулину; значения QUICKI, равные 0,331±0,010 и 0,304±0,007 — об умеренной и выраженной степени тканевой ИР соответственно. Статистическая обработка данных была проведена с использованием «STATISTICA 12»
Результаты. У пациентов с ИМ на 1-е и 12-е сутки заболевания концентрация лептина была равна 11,6 [6,6; 20,5] нг/мл и 11,5 [5,4; 13,9] нг/мл соответственно. Содержание рецептора лептина не выходило за установленный референтный интервал в госпитальном периоде ИМ. ИСЛ в 1-е сутки заболевания равнялся 32,7 [14,3; 70,5], на 12-е сутки — 31,9 [16,2; 64,5]. Частота встречаемости ЛР составила 64%. В группе пациентов с ЛР установлено, что лишь у 28 человек (38,2%) отсутствовали признаки ИР. У больных с ИМ и без ЛР наблюдалась нормальная тканевая чувствительность к инсулину у 29 пациентов (70,8%). Умеренная степень ИР не имела статистически значимых различий между группами. Выраженная степень ИР в 5,2 раза чаще встречалась в группе пациентов с наличием резистентности к лептину, по сравнению с группой без ЛР. При проведении корреляционного анализа обнаружена достоверно значимая обратная корреляционная связь между индексом QUICKI на 12-е сутки и ИСЛ (r=-0,37, p=0,01).
Выводы.
Таким образом, установлена связь между наличием ЛР и снижением тканевой чувствительности к инсулину в остром периоде ИМ.

СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евдокимова Е.Д., Евдокимов Д.С.
ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Спекл-трекинг эхокардиография позволяет выявить ранние, доклинические нарушения сократительной функции миокарда, не определяемые при стандартном эхокардиографическом исследовании.
Цель исследования. Оценить результаты эхокардиографии с применением спекл-трекинг технологии у пациентов молодого возраста с острым инфарктом миокарда (ИМ) в остром периоде заболевания.
Материалы и методы. В проспективное исследование включен 51 пациент (47 мужчин, 4 женщины) в возрасте до 45 лет (средний возраст 41,2 ± 4,3 года) с верифицированным острым ИМ, госпитализированных в ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Всем пациентам в течение первых 7 суток заболевания проводилась трансторакальная эхокардиография на аппарате Vivid-4 (GeneralElectric). Помимо стандартной оценки фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) по методу Симпсона, выполнялся анализ деформационных характеристик миокарда методом спекл-трекинга с оценкой глобальной продольной деформации ЛЖ (GLS), циркулярной и радиальной деформации, а также механической диссинхронии ЛЖ.
Результаты. При обследовании средние показатели фракции выброса ЛЖ составили 56,8 ± 10,3%. При этом анализ деформационных параметров выявил более значительные нарушения сократительной функции: среднее значение GLS составило -14,2 ± 3,1% при референсных значениях <-18%. Снижение GLS>-16% отмечено у 73,5% (37) пациентов, в то время как сохранная ФВ (>50%) наблюдалась у 76,5% (39) больных. Наиболее выраженные нарушения продольной деформации выявлены в бассейне инфаркт-связанной артерии: в сегментах с нарушенной сократимостью пиковая систолическая продольная деформация достигала -4,1 ± 2,8%. Механическая диссинхрония ЛЖ (>65 мс) диагностирована у 25,5% (13) пациентов. У 41,2% (21) больных выявлены признаки ремоделирования ЛЖ с увеличением индекса массы миокарда >115 г/м². Статистически значимых различий в показателях деформации между пациентами с ИМ м подъемом ST и ИМ без подъема сегмента ST не выявлено (p>0,05).
Выводы.
Применение спекл-трекинг технологии у пациентов молодого возраста с острым ИМ позволяет выявить субклинические нарушения сократительной функции миокарда ЛЖ, не обнаруживаемые при стандартной эхокардиографической оценке. Значительное снижение глобальной продольной деформации, выявленное у более чем 70% пациентов даже при сохранной фракции выброса, свидетельствует о раннем начале процессов ремоделирования миокарда.

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Евдокимова Е.Д., Береснева В.Т., Расмагина И.А.
ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Болезнь Крона (БК) ассоциирована с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, включая периферический атеросклероз и ишемическую болезнь сердца, что может быть обусловлено хроническим воспалением и эндотелиальной дисфункцией. Однако данные о состоянии эндотелий-зависимой вазодилатации у таких пациентов остаются ограниченными. Метод периферической артериальной тонометрии (Endo-PAT2000) позволяет неинвазивно и точно оценить функцию эндотелия, что имеет важное значение для раннего выявления сосудистых осложнений.
Цель исследования. Оценить функцию эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) методом периферической артериальной тонометрии при помощи аппарата Endo-PAT2000 у пациентов с болезнью Крона.
Материалы и методы. В исследование было включено 19 пациентов с БК хронического течения без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Всем пациентам проводилось необходимое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование согласно действующим клиническим рекомендациям по БК. Дополнительно выполнялась оценка функции ЭЗВД методом периферической артериальной тонометрии при помощи аппарата Endo-PAT2000. Наличие ЭЗВД определялось при значении индекса реактивной гиперемии (RHI) менее 1,67. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10,0.
Результаты. Средний возраст обследуемых составил 35,1±9,8 лет, средняя длительность течения заболевания с момента дебюта симптомов 8,7 ±6,9 лет. По локализации БК было следующее распределение: у 8-х пациентов наблюдался колит, у 6 — илеоколит, у остальных — илеита, но при этом отсутствовало вовлечение верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У 9 человек имелись внекишечные проявления БК (3 кожные, 6 суставные). Все пациенты анамнестически имели первую атаку среднетяжелой активности. На момент обследования активность у пяти человек оценивалась как клиническая ремиссия, у одиннадцати как легкая атака, у троих как среднетяжелая атака. По данным Endo-PAT2000 у всех обследованных больных с БК значение RHI было ниже порогового значения 1,67 (1,43±0,19). При корреляционном анализе была выявлена обратная корреляционная связь средней силы между значением RHI и уровнем лейкоцитов ($r=-0,42$; $p<0,05$), RHI и уровнем С-реактивного белка ($r=-0,56$; $p<0,05$).
Выводы.
Проведенное исследование показало, что у пациентов с БК, независимо от активности заболевания, наблюдается значимое снижение эндотелий-зависимой вазодилатации, что подтверждается низкими значениями RHI. Выявленная обратная корреляция между RHI и маркерами воспаления свидетельствует о связи эндотелиальной дисфункции с системным воспалением. Эти данные подчеркивают важность оценки эндотелиальной функции у пациентов с БК для раннего выявления сердечно-сосудистого риска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Евдокимов В.В., Белая О.Л., Коваленко Е.В.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность.
Комплексная терапия сердечной недостаточности (СН) с умеренно сниженной и сохраненной фракцией выброса у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек включает изменение образа жизни (ограничение соли, физическая активность, контроль веса), фармакологическую терапию и специфические препараты для лечения СД2 и ХБП.
Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности эналаприла и валсартана/сакубитрила в сочетании с дапаглифлозином в составе комплексной терапии хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНунФВ, ХСНсФВ) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и хронической болезнью почек (ХБП).
Материалы и методы. В исследование включено 122 пациента (64 женщины и 58 мужчин) с ХСНунФВ, ХСНсФВ I-III функционального класса, СД2 и ХБП стабильного течения, медиана (Me) возраста которых составила 70 [66; 72] лет, Me ФВ ЛЖ — 52 [50; 54] %. ИБС была у 96 (78,68%) человек, АГ 1-2 степени — у всех участников. Все пациенты получали комплексную терапию сердечно-сосудистой патологии согласно действующим рекомендациям, включая дапаглифлозин 10 мг/с. Пациентам 1-й группы в качестве иРААС назначался эналаприл в дозе 18,06±12,71 мг/с., а пациентам 2-й группы — валсартан/сакубитрил в дозе 203,33±59,16 мг/с. По основным клиническим параметрам группы не различались. Продолжительность исследования — 6 месяцев. Оценивались: динамика результатов ШОКС, теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), данных эхокардиографии (индекс объема левого предсердия (ИОЛП), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), ФВ ЛЖ, глобальная продольная деформация (ГПД) ЛЖ). Статистическая обработка проводилась с помощью языков программирования Python (версия 3.10).
Результаты. Через 6 месяцев терапии значимо большее снижение САД на 13,8% и ДАД на 10,9% произошло во 2-й группе по сравнению с динамикой показателей в 1-й группе на 4,5% и 6,5%.
Выводы.
Валсартан/сакубитрил в большей степени, чем эналаприл, в составе комплексной терапии ХСНунФВ и ХСНсФВ, включающей дапаглифлозин, улучшает клиническое течение ХСН, структурно-функциональные параметры сердца, повышает толерантность к физической нагрузке и оказывает более выраженный гипотензивный эффект у больных с сердечно-сосудистой патологией, СД 2 и ХБП.

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЕЖИ: МЕСТО АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ

Евсевьева М.Е., Кудрявцева В.Д., Хваталин Н.Е., Колышкин В.А.
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Несвоевременное выявление ранних, доклинических маркеров повреждения сосудистой стенки способствует неуклонному развитию атеросклеротических сердечно-сосудистых (СС) заболеваний уже в активном возрасте. Необходимо скорейшее внедрение предиктивных скрининговых систем среди молодежи, как весьма эффективного инструмента управления указанным патологическим процессом уже на ранних его этапах.
Цель исследования. Определение у лиц молодого возраста реклассифицирующего потенциала параметра сосудистой жесткости (СЖ) артериальной стенки в сравнении с некоторыми традиционными рискометрическими шкалами.
Материалы и методы. В исследование включены 105 студентов (30 юношей и 75 девушек) от 18 до 25 лет, обучающихся в Ставропольском государственном медицинском университете и обследованных на базе Университетского центра здоровья и антивозрастной медицины. Все участники были проанкетированы по основным факторам риска, также им выполнен ангиологический скрининг на аппарате VaSera VS-1500N (Fucuda Denshia, Japan) для определения СЖ в виде сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI). Оценен также липидный профиль крови на портативном анализаторе SD LipidoCare (Южная Корея). Проводился сравнительный анализ значений СЖ и балльной оценки риска по основным рискометрическим шкалам — ESC (Европейская ассоциации кардиологов) для оценки относительного СС риска и FRAMINGHAM-30. Математический расчет осуществлялся с помощью статистического пакета Statistica 10.0 (StatSoftInc, USA).
Результаты. В соответствии с первой системой определения у молодежи относительного СС риска, принятой в ESC, большинство юношей отличалось наличием низкого относительного ССР, и только 23,3% имели умеренный риск. По шкале FRAMINGHAM юноши имели в большинстве низкий риск, а умеренный — только в 10%. Среди девушек — носительниц умеренного риска оказалось лишь 1,3 % по шкале ESC, а по шкале FRAMINGHAM — все имели низкий риск. Встречаемость повышенной СЖ, или синдрома EVA, у юношей с низким риском по шкале ESC зафиксирована в 80,0% случаев, тогда как в группе среднего риска — в 20,0%. Представленность случаев синдрома EVA среди юношей с низким риском по шкале FRAMINGHAM составила 90,0%, умеренный риск был только у 10,0%. У девушек по данной шкале все случаи синдрома EVA были в категории низкого ССР. Высокого риска нет ни по одной из выбранных шкал.
Выводы.
Представленные результаты показывают, что оценка СЖ у лиц молодого возраста обладает несомненным реклассифицирующим потенциалом по отношению к традиционно применяемым рискометрическим шкалам. Это указывает на высокую целесообразность использования представленного инструментального ангиоскрининга для более объективной оценки СС риска среди молодых людей с помощью своевременного определения такого показателя СЖ как CAVI.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИРИДОЦИКЛИТА АССОЦИИРОВАННОГО С БОЛЕЗНЬЮ ШЕГРЕНА

Евсеева Н.А.
ГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Увеит — это воспаление сосудистой оболочки глаза, с нередким распространением на сетчатку, ее сосуды и зрительный нерв. 25-50% всех увеитов ассоциируются с системными заболеваниями, в связи с чем пациенты часто оказываются на приеме у ревматолога и нуждаются в проведении широкого диагностического поиска.
Описание случая. На прием к ревматологу в декабре 2024 г. обратилась пациентка К., 73 лет, в течение месяца лечилась с диагнозом Острый серозный иридоциклит правого глаза без особого эффекта. При сборе анамнеза выяснено, что в течение 10 лет в ОАК прослеживается повышение СОЭ до 60 мм/ч, в 2021 г. беспокоили боль и отечность в области правой слюнной железы, после чего возникла постоянная сухость во рту; в 2023 г. лимфоаденопатия шейных лимфоузлов, обследовалась у онколога, данных за онкопатологию не выявлено. В 1986 г. тиреоидэктомия по поводу диффузного токсического зоба. Воспалительную боль в спине, лихорадку, псориаз отрицает. В план дифференциальной диагностики включены: инфекционные увеиты, воспалительные спондилоартропатии, системный васкулит, системные заболевания соединительной ткани, воспалительные заболевания кишечника, саркоидоз (синдром Хеерфордта). По результатам дообследования выявлено: СОЭ 60 мм/ч, СРБ 96 мг/л, РФ 64 ме/мл; HLA-B27 не обнаружен, титр АНФ 1:5120, серологическое исследование на хламидиоз, токсоплазмоз, паразитозы, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С — отрицательно. Посев отделяемого из глаза роста не дал. Тест Ширмера: справа 3 мм, слева 6 мм. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий — признаков артериита не выявлено. Rg крестцово-подвздошных сочленений — без патологии, Rg позвоночника — признаки спондилоартроза. По результатам КТ органов грудной полости — участок пневмосклероза правого легкого; по колоноскопии — полипы толстой кишки. УЗИ слюнных желез — признаки хронического сиалоаденита. Выполнен иммуноблот антинуклеарных антител, выявлено повышение уровня SS-A и SS-B (+++). Другие методы исследования (УЗИ внутренних органов, малого таза, УЗИ лимфоузлов, маммография, эзофагогастродуоденоскопия) клинически значимой патологии не выявили. На основании выявленных изменений — сухой кератоконъюнктивит, паренхиматозный сиалоаденит, положительные иммунологические показатели (АНФ 1:5120, SS-A +++, SS-B +++), отсутствие других аутоиммунных заболеваний — установлен диагноз Болезнь Шегрена (применялись критерии В.И. Васильева и соавт., 2001). В качестве базисной терапии пациентке назначены глюкокортикоиды (преднизолон 10мг в сутки), на фоне приема которых в динамике регрессировали офтальмологические симптомы, ксеростомия, лабораторные маркеры воспаления.
Заключение.
Особенностью случая является трудный диагностический поиск, потребовавший всестороннего обследования пациентки, и позволивший выявить редкое аутоиммунное ревматическое заболевание — Болезнь Шегрена.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ — ЗНАЧЕНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ КУРОРТА «ОЗЕРО КАРАЧИ»

Еремина А.А., Пальцев А.И.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Актуальность исследования заключается в изучении природных факторов курорта федерального значения «Озеро Карачи» в профилактике преждевременного старения.
Цель исследования. Изучить влияние лечебно-столовой минеральной воды «Карачинская» с минерализацией 2,3 г/л для внутреннего употребления, лечебной сульфидно-иловой грязи озера Карачи и солевого раствора озера (рапы) с минерализацией до 250 г/л.
Материалы и методы. Проводилось изучение влияния указанных природных факторов на состояние болевого синдрома, диспепсического у больных с патологией органов пищеварения и болевого синдрома и двигательной активности, у больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Проводились клинико-лабораторные, рентгенологические, эндоскопические исследования, изучение мнения пациентов о квалификации персонала, оснащенности курорта, санитарно-гигиенических условиях, организации питания, а также оценка в баллах по восьми шкалам MOS SF-36 и оценка по пятибалльной шкале Лайкерта.
Результаты. Данные клинико-лабораторных и дополнительных исследований свидетельствовали о снижении болевого, воспалительного синдромов, расширение двигательной активности, физического функционирования, ролевого, общего состояния здоровья, жизненной активности, социального функционирования.
Выводы.
Применение природных факторов курорта «Озеро Карачи», минеральной воды «Карачинская», рапы и лечебной грязи оказывают разностороннее положительное действие на организм человека, состояние здоровья, что в итоге влияет на предупреждение преждевременного старения.

ОПЫТ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ерохина Н.Д., Пикунова И.Н.
ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой», г. Москва, Россия

Актуальность. Все больше набирают обороты программы обследования «chek up» в стационаре. В рамках онкоскрининга — проводятся анализы крови на онкомаркеры. Но всегда ли они отражают патологию? Кроме того, всегда ли при УЗ-исследовании малые размеры «подозрительных» узлов щитовидной железы стоит оставлять без внимания и откладывать «на потом», с интервалом очередного обследования через 6-12 месяцев согласно рекомендациям Европейской Тиреоидологической Ассоциации от 2023 г.
Цель исследования. Своевременная диагностика и лечение онкозаболеваний щитовидной железы.
Материалы и методы. Объект исследования: на примере 3-х пациентов, с впервые диагностированным раком щитовидной железы.
Результаты. Пациентка К. 26 лет: лабораторно кальцитонин не повышен. Гормоны щитовидной железы — ТТГ повышен (4,77 мМЕ/л). УЗИ щитовидной железы — вертикально ориентированный узел правой доли щитовидной железы, размерами 0,8х0,4х0,6 см, EU-TIRADS 5. По результатам онкоцитологии — Цитограмма папиллярного рака (категория VI). Пациент М. 45 лет: лабораторно кальцитонин не повышен. Гормоны щитовидной железы в норме. УЗИ щитовидной железы — вертикально ориентированный узел левой доли щитовидной железы, размерами 0,4х0,35х0,33 см, EU-TIRADS 5. По результатам онкоцитологии — Цитограмма папиллярного рака (категория VI). Пациент Б. 54 года: лабораторно кальцитонин повышен (28,3 пг/мл). Гормоны щитовидной железы в норме. УЗИ щитовидной железы — узел правой доли, размерами 0,57х0,3х0,4 см, EU-TIRADS 2. ТАБ узла не проводилась. Пациент С. 72 лет: лабораторно кальцитонин повышен (175,3 пг/мг). Гормоны щитовидной железы в норме. УЗИ щитовидной железы — вертикально ориентированный узел левой доли с нечеткими контурами, размерами 0,6х0,45х0,6 см, EU-TIRADS5. Онкоцитология — атипия отдельных клеток фолликулярного эпителия (категория III). В плане через 3 месяца повторная ТАБ узла.
Выводы.
Важнейшим скрининговым методом выявления образований щитовидной железы — УЗ-исследование. Диагностическим критерием выявления подозрительных участков на онкопроцесс — это вертикально ориентированные узлы щитовидной железы. Анализ крови на онкомаркеры следует считать уточняющим методом исследования. Учитывая отсутствие клинической симптоматики на начальных этапах рака щитовидной железы.

ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРООВОБРАЩЕНИЯ

Ефремова Е.В., Шутов А.М., Ребровская М.М.
ФГБОУ ВО «УлГУ», г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Среди пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), распространенность нефрологической патологии достаточно высока и требует повышенного внимания, особенно в популяции лиц старшего возраста. Наличие дисфункции почек ассоциировано с более неблагоприятным прогнозом и низкими возможностями постинсультной реабилитации.
Цель исследования. Оценить значение почечной дисфункции для пациентов старшей группы после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения.
Материалы и методы. На базе ГУЗ «ГКБ святого апостола Андрея Первозванного», дневного стационара медицинской реабилитации взрослых проведено проспективное когортное исследование методом сплошной выборки с участием 130 пациентов возраста 60 лет и старше, которые перенесли ОНМК менее 6 месяцев назад — находились на реабилитации в раннем восстановительном периоде, соответствовали критериям включения и подписали добровольное информированное согласие. Оценивали уровни провоспалительных интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина 18 (ИЛ-18), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), моноцитарного хемотаксического протеина-1 (MCP-1), эритропоэтина, противовоспалительного интерлейкина 10 (ИЛ-10). Проведен анализ медицинской документации во время пребывания пациентов в стационаре по поводу лечения ОНМК. Определены распространенность острого повреждения почек (ОПП), хронической болезни почек (ХБП), фенотипы ОПП у данной популяционной группы. При диагностике ОПП руководствовались критериями KDIGO (2012), ХБП —клиническими рекомендациями Национальной Ассоциации Нефрологов (2024). Обработка полученных результатов осуществлялась при помощи программы Статистика 10. Значимыми считали различия при $p<0,05$.
Результаты. Из 130 человек, принявших участие в исследовании, больше половины мужчины — 71 пациент (54,7%). Средний возраст составил 68,6±6,5 лет. ОПП в остром периоде ОНМК выявлено у 45 (34,6%), преимущественно 1 стадии — у 42 (93,3%).
На момент поступления в стационар по поводу инсульта ХБП имели 58 пациентов (44,6%). ОПП, возникшее на ХБП, обнаружено у 21 пациента (16,2%). Догоспитальное ОПП установлено у 29 (64,4%), госпитальное ОПП — у 16 пациентов (35,5%). Снижение рСКФ$\leq$60 мл/мин/1,73м^2 в отделении реабилитации имели 66 пациентов (50,8%). Выявлены высокие уровни провоспалительных ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18, VEGF и MCP-1, низкие уровни противовоспалительного ИЛ-10 и эритропоэтина у пациентов старшего возраста после ОНМК с почечной дисфункцией ($p<0,05$).
Выводы.
Среди пациентов старшей возрастной группы, перенесших ОНМК, высока распространенность почечной дисфункции, что требует своевременной верификации и контроля.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОБЛЕМА ПОЛИСИНДРОМНОСТИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Жидкова Е.А., Беляева Е.А.
ФГБОУ ВО «ТулГУ», г. Тула, Россия

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) — редкое системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся многообразием клинических манифестаций, протекающее по типу васкулита, возникающее чаще у жителей стран Средиземноморья, Ближнего Востока и Азии.
Описание случая. Проведен анализ истории болезни амбулаторного пациента В., 1986 г.р., армянской национальности с впервые диагностированной ББ. Пациент более 5 лет предъявлял жалобы на периодические боли в суставах, боль в животе, нарушение стула, метеоризм, акнеподобные высыпания, рецидивирующие синуситы. Наблюдался и лечился у разных специалистов: у ЛОР-врача по поводу левостороннего непрерывно рецидивирующего синусита, у невролога — по поводу болей в спине и конечностях, у гастроэнтеролога — по поводу болей в животе с диагнозом «хронический колит». В марте 2025 г. обратился к урологу с болями в паху и левом яичке, с жалобами на дискомфорт при мочеиспускании. При дополнительном расспросе выяснилось, что в период возникновения той или иной патологии, особенно синуситов и ОРВИ, у пациента также появлялись рецидивирующие множественные болезненные язвочки на слизистой полости рта и покраснение глаз, по поводу которых жалоб врачу никогда не предъявлял, терапии не получал, потому что данные симптомы проходили сами собой вне связи с принимаемыми антибактериальными и противовирусными препаратами. Пациент был осмотрен офтальмологом, выставлен диагноз: хронический рецидивирующий увеит неизвестной этиологии, пролечен с применением ГКС с положительным эффектом. На основании типичной для заболевания национальности, клинической картины (рецидивирующие язвы полости рта, увеит, акнеподобная сыпь), полиорганности поражения, недостаточной эффективности проводимой терапии и регулярных обострений на фоне противовирусной и антибактериальной терапии заподозрена болезнь Бехчета, пациент направлен на консультацию к ревматологу. Согласно критериям ББ у пациента имеются: рецидивирующий афтозный стоматит, рецидивирующий увеит, поражение половых органов по типу эпидидимита, поражение ЖКТ — язвенный колит, артралгии, акнеподобная сыпь.
Заключение.
Данный клинический случай демонстрирует, что при ББ диагностика опирается преимущественно на совокупность клинических симптомов, а не на специфические лабораторные маркеры, которые для данной нозологии отсутствуют, что усложняет ее выявление. У пациента за все время болезни не отмечалось выраженной воспалительной лабораторной активности. При курации больного недостаточное внимание было уделено осмотру слизистых и выявлению рецидивирующих язв слизистой полости рта, недооценены офтальмологические симптомы. Длительная задержка в постановке диагноза объясняется ограниченной осведомленностью врачей о заболевании, в результате чего применялась малоэффективная синдромальная терапия, направленная лишь на отдельные проявления заболевания.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Жилина А.А., Ларева Н.В., Жигула З.М.
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, Россия

Актуальность. Артериальная жесткость является преддиктором раннего атеросклероза и критерием повышенного кардиоваскулярного риска. В настоящее время активно изучается сердечно-сосудистый риск у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.
Цель исследования. Изучить показатели артериальной жесткости и их суточную динамику у больных язвенным колитом.
Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 70 пациентов в возрасте 20-50 лет с язвенным колитом (ЯК) продолжительностью более 1 года. Критерии исключения: эндокринные заболевания, беременность и лактация, сердечно-сосудистые заболевания, алиментарно-конституциональное ожирение, прием глюкокортикостероидов, активные заболевания печени. Группу контроля составили 50 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту и полу. Параметры артериальной жесткости исследовали на аппарате суточного мониторирования артериального давления «BPLab» с дополнительной опцией ПО «Анализ ригидности артерий Vasotens 24». Для статистической обработки в рамках программы IBM SPSS Statistics Version 25.0 использовали критерии Манна-Уитни и $\chi 2$.
Результаты. Повышение показателей артериальной жесткости выявлено у 73% пациентов, что в 2,8 раза выше группы контроля ($p < 0,05$). Средняя скорость пульсовой волны в аорте (PWVao) в течение суток у пациентов с ЯК на 20% выше, чем в группе контроля ($p<0,05$). Показатели пульсового артериального давления на 15% выше у обследованных пациентов ($p<0,05$). Статистически значимой разницы амбулаторного индекса ригидности сосудов в группах не выявлено. Средний индекс аугментации (Aix) на фоне ЯК на 37% выше. Скорость нарастания давления в артериях (dp/dt) у больных с ЯК на 10% выше, чем в группе контроля. Отмечены более выраженные колебания артериальной жесткости у пациентов с ЯК в течение суток. Так в ночные часы у больных с ЯК PWVao на 17% выше, чем в группе контроля, и на 15% выше по сравнению с показателями в дневное время ($p<0,05$).
Выводы.
У пациентов с ЯК выявлены значимые изменения показателей артериальной жесткости и их суточной динамики, что свидетельствует о повышенном сердечно-сосудистом риске у данных больных.

СВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ВИТАМИНА D И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Жиляев А.Ф., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Уровень вариации витамина D зависит от различных факторов, включая воздействие солнца, географический регион, цвет кожи, генетику, вес и диету. Кроме того, физическая активность и социально-демографические факторы могут влиять на уровень витамина D. Представляется актуальным проведение региональных исследований, изучающих связь между физической активностью и уровнем витамина D для содействия проактивному управлению здоровьем.
Цель исследования. Изучение связи между уровнями витамина D и физической активностью у лиц молодого возраста.
Материалы и методы. В кросс-секционном исследовании приняли участие 44 человека в возрасте от 21 до 44 лет, 34 женщины и 10 мужчин. Критерии включения: молодой возраст; согласие на участие в исследовании. Критерии невключения: установленные заболевания печени, почек и кишечника; прием препаратов, потенциально влияющих на уровень витамина D; беременность и период лактации; постоянный прием витамина D. В работе были использованы опросник «ОДА-23+» и короткий международный опросник физической активности (ФА). Опросник «ОДА 23+» учитывает особенности образа жизни пациента. Согласно опроснику, выделяют 5 ступеней двигательной активности (ДА): очень низкая, низкая, умеренная (средняя), высокая и очень высокая. Короткий международный опросник по ФА (International Questionnaire on Physical Activity, IPAQ) основан на учете ФА за последнюю неделю. У всех участников были взяты образцы крови, и уровень сывороточного витамина D был определен в лаборатории Гемотест. Точность и достоверность методов определения были выполнены в соответствии с соответствующими рекомендациями. При уровне витамина D <20 нг/мл устанавливался дефицит, <30 нг/мл — недостаточность, ≥30 нг/мл — адекватный уровень. Все анализы данных были выполнены с использованием пакета статистических программ MedCalc (версия 23.1.3). Применялись критерии хи-квадрат, Фишера, Спирмена. Значения $p<0,05$ считалось статистически значимым.
Результаты. Распространенность дефицита витамина D составила 40,9% (n=18), сопоставимо у женщин и у мужчин (41,2% против 40%); недостаточность витамина D — 45,5% (n=20), 44,1% — у женщин и 50% у мужчин. Нормальный уровень витамина D отмечен у 6 человек (5 женщин и 1 мужчина). По данным опросника «ОДА-23+» каждый четвертый респондент (27,3%, n=12) имел низкую ступени активности. Умеренный уровень ДА встречался у 43,2% респондентов (n=19). Высокая и очень высокая ДА отмечены у 29,5% (n=13). При анализе опросника IPAQ 57,5% респондентов имели гиподинамию (n=23). Средние значения опросника «ОДА-23+» имели положительную линейную корреляцию с результатами физической активности за последнюю неделю по опроснику IPAQ ($r=0,42$; $p=0,005$). Распространенность дефицита и недостаточности витамина D снижалась с ростом ступени физической активности ($p<0,05$).
Выводы.
Регулярная физическая активность может способствовать улучшению статуса витамина D, что важно для различных аспектов здоровья, таких как здоровье костей, иммунная функция и общее благополучие. Высокая частота встречаемости гиподинамии и низкой ступени активности у лиц молодого возраста с сидячей работой, неправильным образом жизни и малоподвижным образом жизни. Ограничениями нашего исследования, несмотря на дизайн исследования, позволяющий оценить причинные связи, является небольшая выборка исследуемых респондентов, что не позволяет делать выводы на широкую популяцию, а также недооценка ряда факторов, таких как длительность солнечной инсоляции.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ УЧАСТКЕ

Жомова М.В., Лаврухина А.А., Евгеньева А.В.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. В структуре общей заболеваемости по РФ по данным 2023 г. кардиоваскулярные заболевания занимают пятое место после болезней органов дыхания; травм, отравлений и других внешних причин; болезней мочеполовой системы и болезней кожи и подкожной клетчатки.
Цель исследования. Изучить структуру заболеваемости кардиоваскулярной патологии за 2023-2024 г.г. на терапевтическом участке амбулаторно поликлинического учреждения.
Материал и методы. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты пациентов одного из терапевтических участков городского амбулаторно поликлинического учреждения за 2023-2024 г.г.
Результаты. В 2024 г. болезни сердечно-сосудистой системы наблюдались у 612 пациентов, что на 63% выше, чем в 2023 г. (390 пациентов). При рассмотрении структуры кардиоваскулярных заболеваний на исследуемом участке гипертоническая болезнь занимала первое место: в 2023 г. — 304 человека (77,9%), в 2024 г. — 490 пациентов (80,1%).
По частоте встречаемости других нозологий органов кровообращения за 2023 г. была выявлена следующая закономерность: на втором месте — 8,2% церебральный атеросклероз (32 пациента), на третьем — другие формы хронической ишемической болезни сердца (27 пациентов — 6,9%), на четвертом — атеросклеротическая болезнь (13 человек —3,3%). В 2024 г. на втором месте — другие формы ишемической болезни сердца (38 человек — 6,2%), на третьем — церебральный атеросклероз (34 пациента — 5,5%), четвертое место занимает атеросклеротическая болезнь сердца (20 человек — 3,3%). Частота встречаемости других нозологий незначительно изменилась: на 2,7% снизилась заболеваемость церебральным атеросклерозом и на 0,7% хронической ишемической болезни сердца. Впервые выявленные заболевания системы кровообращения в 2023 году составили 162 случая (41,5%), а в 2024 году — 523 случая (85,5%).
Выводы.
Полученные данные показывают, что гипертоническая болезнь на протяжении двух лет занимает доминирующую позицию. Рост впервые выявленных случаев кардиоваскулярных заболеваний свидетельствует об улучшении качества диагностики.

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У КОМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ

Жохова Т.П., Григорьева Е.В.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского. Минздрава России, г. Саратов, Россия

Актуальность. Лекарственно-индуцированное острое повреждение почек (ОПП) — проблема, набирающая актуальность на фоне роста числа коморбидных пациентов.
Описание случая. Пациентка Ч., 76 лет. В 2009 г. нефрэктомия справа по поводу нефролитиаза, с этого же времени артериальная гипертензия, постоянно принимала лозартан 50 мг, индапамид 2,5 мг. В июне 2024 г. на фоне передозировки антигипертензивных препаратов отмечалось развитие гипотонии, с последующим появлением общей слабости, тошноты. При обследовании было впервые выявлено повышение креатинина крови до 510 мкмоль/л, мочевины до 22,5 ммоль/л, снижение К до 2,68 ммоль/л. Пациентка была госпитализирована. Состояние расценено как ОПП преренального генеза, исключены другие причины. На фоне отмены лозартана и индапамида, коррекции электролитных нарушений улучшилось общее состояние, нормализовались лабораторные показатели: креатинин 123,1 мкмоль/л, К 3,6 ммоль/л. В октябре 2024 г. уровень креатинина крови 95 мкмоль/л, в связи с нарушением липидного обмена был назначен розувастатин 40 мг/сут. Через 2 недели пациентка отметила появление и прогрессирование мышечной слабости, тошноты, уменьшение количества мочи вплоть до анурии. В экстренном порядке была госпитализирована. Объективно: болезненность и слабость в мышцах рук и ног, самостоятельно передвигаться не могла, отеки до колен. Результаты обследования: креатинин 1022 мкмоль/л, АЛТ 1419 ед/л, АСТ 1311 ед/л, К 5,6 ммоль/л, КФК 38 931 ед/л, КФК-МВ 447 ед/л, тропонин — отр. Острая коронарная патология исключена. Было выдвинуто предположение о развитии рабдомиолиза с ОПП и гепатита высокой степени активности, связанных с приемом статинов. Розувастатин был отменен, выполнено 7 процедур гемодиализа, назначались гепатопротекторы, инфузионная терапия. На фоне лечения нормализовались мышечная сила, диурез, лабораторные показатели: креатинин 119 мкмоль/л, АСТ 33 ед/л, АЛТ 39 ед/л, К 3,5 ммоль/л, КФК 49 ед/л, КФК-МВ 12 ед/л.
Заключение.
В представленном наблюдении продемонстрировано развитие лекарственно-индуцированного ОПП у коморбидной пациентки. Единственная почка и перенесенное в анамнезе ОПП повышали риск развития ОПП. Побочные действия статинов могли быть обусловлены повышением их концентрации в сыворотке крови в связи с олигонефронией. При выборе терапии у коморбидных пациентов следует учитывать возможные риски развития лекарственного ОПП.

КОМПЛЕКСНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОЛИМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ — КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Жулаушинова А.М., Кардашова М.А., Бернс С.А., Алмазова И.И.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Полиморбидные пациенты с сочетанием сердечно-сосудистых, онкологических и метаболических заболеваний требуют индивидуализированного подхода и участия мультидисциплинарной команды. Ведение таких пациентов сопряжено с высоким риском осложнений, особенно в периоперационный период, и требует строгого соблюдения современных клинических рекомендаций.
Описание случая. Клинический случай пациента 70 лет, поступившего для эндоваскулярного лечения инфраренальной аневризмы брюшной аорты III типа с вовлечением общих подвздошных артерий. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, периферический рак верхней доли левого легкого, артериальная гипертензия III стадии, сахарный диабет 2 типа, хроническая сердечная недостаточность IIA стадии, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Проводилось комплексное лечение в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. Оценивалась динамика клинико-лабораторных показателей и функционального состояния.
Заключение.
На фоне терапии достигнуты целевые уровни артериального давления (125/75 мм рт. ст.), ЛПНП (1,3 ммоль/л), HbA1c (6,8%). Улучшен функциональный класс ХСН (NYHA III → II), нормализованы показатели АЛТ (с 68 до 35 Ед/л), уровень креатинина стабилен (110 мкмоль/л). Эндоваскулярное вмешательство выполнено успешно, без периоперационных осложнений. Антикоагулянтная терапия обеспечила профилактику тромбоэмболических событий. Комплексный и индивидуализированный подход к ведению полиморбидного пациента с высоким сердечно-сосудистым риском позволил достичь клинической стабилизации, улучшения прогноза и снижения рисков осложнений. Особенностью наблюдения является успешное сочетание онкологического, кардиологического и сосудистого ведения пациента в рамках единой стратегии.

РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Журавлева Н.В., Диомидова В.Н., Смирнова Т.Л., Гурьянова Е.А., Аксенова А.В.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — одна из актуальных проблем в связи с большой распространенностью во всем мире, высоким риском инвалидизации и смертности пациентов.
Цель исследования. Оценить влияние образовательных программ на уровень приверженности к лечению у пациентов с ХОБЛ и определить ключевые аспекты, способствующие повышению комплаентности.
Материалы и методы. Исследование проводилось с января 2024 г. по декабрь 2024 г. на базе поликлинических учреждений г. Чебоксары. В исследование были включены 120 пациентов с диагностированной ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести. Участники были разделены на две группы: основную (60 человек), где проводились образовательные программы, и контрольную (60 человек), где пациенты получали стандартное лечение без дополнительного обучения. Образовательные программы включали индивидуальные консультации, групповые занятия, раздачу информационных материалов и обучение правильной технике ингаляции. Оценка приверженности лечению проводилась с использованием опросника Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) и анализа данных о регулярности приема препаратов.
Результаты. В основной группе уровень приверженности к лечению через 12 месяцев после начала образовательных программ увеличился на 35% по сравнению с исходными данными (с 45 до 80%); у 85% пациентов основной группы улучшилась техника ингаляций лекарственных препаратов и снизилось количество обострений ХОБЛ на 25% по сравнению с контрольной группой. В основной группе 70% пациентов стали регулярно использовать ингаляторы, тогда как в контрольной группе этот показатель составил лишь 50%.
В контрольной группе значимых изменений по приверженности к лечению не наблюдалось (47% на начало и 49% на конец исследования).
Выводы.
Недостаточная приверженность пациентов к назначенному лечению ХОБЛ играет ключевую роль в ухудшении контроля над заболеванием, увеличивая риск развития обострений. Это, в свою очередь, оказывает негативное влияние на течение болезни, на общее самочувствие пациента, его эмоциональное состояние, уровень физической активности и способность к социальной адаптации. Образовательные программы играют ключевую роль в повышении приверженности лечению у пациентов с ХОБЛ. Результаты исследования демонстрируют необходимость внедрения образовательных программ в клиническую практику для улучшения комплаентности и контроля над заболеванием, улучшают качество жизни пациентов и уменьшают нагрузку на систему здравоохранения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА ПО КРИТЕРИЯМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Завалина М.А., Курникова И.А., Чекалина М.С., Майоров В.А., Павлов А.Ф.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. В последние годы предпринимаются попытки новой стратификации СД с позиций прогнозирования метаболических нарушений и осложнений для формирования персонализированного подхода к лечению. Наиболее интересной представляется классификация на основе пяти параметров (гликированный гемоглобин — HbA1c, ИМТ, возраст на момент постановки диагноза, индексы HOMA-IR и HOMA-B) с выделением пяти кластеров, из которых три включают пациентов с СД 2: тяжелый инсулинорезистентный диабет — Severe Insulin-Resistant Diabetes (SIRD); умеренный, связанный с ожирением — Mild Age-Related Diabetes (MARD); умеренный возрастной диабет — Mild Obesity-Related Diabetes (MOD). Насколько эта логичная классификация удобна и применима в клинической практике — вопрос, который требует дальнейшего изучения.
Цель исследования. Сравнительный анализ данных лабораторных показателей, характеризующих состояние углеводного и липидного обмена у пациентов с различными фенотипами сахарного диабета (СД), распределенных в соответствие с критериями кластерного анализа.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 83-х пациентов с СД 2, госпитализированных в эндокринологический стационар ФГБУ ЦКБ гражданской авиации с 2024-2025 г. Оценивали особенности течения СД (возраст начала заболевания, совокупность осложнений, ИМТ и др.), показатели гликемического и липидного профиля, инсулин, С-пептид у пациентов кластеров SIRD (39 чел.), MARD (18 чел.) и MOD (26 чел.).
Результаты. Постпрандиальная гликемия в кластере SIRD была значительно выше — 8,44±2,93, чем у пациентов кластера MOD 6,66±1,78 ммоль/л. В кластере MARD пациенты достигли целевой уровень HbA1c в 66,7% (в кластере SIRD — 25,6% и MOD — 26,9%). ХС ЛПВП был достоверно выше в кластере MARD 1,29±0,37 ммоль/л по сравнению с кластером MOD 1,08±0,24 ммоль/л.
Выводы.
Распределение на кластеры является перспективным с позиций персонифицированного подхода. Установлено, что в кластере SIRD контроль гликемии был наименее эффективным при большей общей продолжительности заболевания. У пациентов кластера MARD компенсация диабета достигалась чаще, а кардиометаболические риски были ниже. Более ранний дебют (MOD) не всегда означал более тяжелое течение. Дифференциация на кластеры позволяет персонализировать подход к лечению.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ — ДИНАМИКА ПРЯМЫХ И КОСВЕННЫХ ПОТЕРЬ COVID-19

Загидуллин Н.Ш., Лакман И.А., Гареева Д.Ф.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. COVID-19 дополнил список инфекционных болезней, на постоянной основе циркулирующих среди людей. С момента появления вируса системы здравоохранения оперативно перестраивались: одновременно с мутацией вируса изменялась структура расходов на лечение.
Цель исследования. Целью проводимого исследования является идентификация и оценка динамики прямых и косвенных затрат, вызванных новой коронавирусной инфекцией в разрезе основных ее штаммов.
Материалы и методы. Оценка экономического бремени болезни, выполнялась на основе восходящего подхода, предусматривающего определение прямых и косвенных затрат в расчете на одного пациента, с последующим умножением полученной суммы на количество больных. В рамках экономического бремени рассматривались как потери, возникающие в период непосредственно заболевания (в разрезе стационарного и амбулаторного лечения), так и в последующие периоды (отдаленная сердечно-сосудистая смертность).
Результаты. Анализ показал вариацию объема прямых и косвенных затрат в разрезе волн COVID-19. Прямые расходы были наибольшими в волну Омикрон, а наименьшие — в волну Альфа (614.9 млн руб. против 34.6). Что касается прямых расходов, связанных с лечением отдаленных последствий (сердечно-сосудистая госпитализация, инфаркт миокарда, инсульт), то они составили 28.8 млн руб. для волны Дельта и 12,6 млн руб. в волну Альфа. Косвенные расходы, связанные с отдаленной сердечно-сосудистой смертностью, также были наибольшими в волну Дельта, а наименьшими — в Омикрон (113,2 млн руб. против 10.5 млн руб.)
Выводы.
Значительный вклад в экономическое бремя COVID-19 вносят затраты на лечение отдаленных последствий (кардиоваскулярная госпитализация, инфаркт миокарда, инсульт), а также потери в связи с отдаленной смертностью.

ПАРАМЕТРЫ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПО ДАННЫМ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Зайкова-Хелимская И.В., Войцеховский В.В., Даниленко Е.В., Даниленко С.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Количественная оценка анатомических параметров бронхиального дерева имеет важное значение для понимания патофизиологии респираторных заболеваний и оптимизации диагностических подходов. Современные методы компьютерной томографии позволяют проводить детальный морфометрический анализ дыхательных путей.
Цель исследования. Определить нормативные значения и закономерности изменения анатомических параметров бронхов различного уровня на основе данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).
Материалы и методы. Проанализированы КТ-данные 130 пациентов (82 мужчины, 48 женщин, средний возраст 39,5±14,2 лет). Оценивались следующие параметры на 4 уровнях бронхиального дерева (L10, R1, R1.a, R1.a.1): Наружный (OD) и внутренний (ID) диаметры, общая площадь (TA) и площадь просвета (LA), толщина (WT) и площадь стенки (WA), относительные показатели с поправкой на площадь поверхности тела (WT%, WA%, LA%).
Результаты. Выявлено закономерное уменьшение абсолютных размеров от проксимальных к дистальным отделам (OD: от 14,2±9,1 мм (L10) до 3,9±1,8 мм (R1.a.1); TA: от 45,1±13,4 мм² до 10,67±5,2 мм²; LA: от 15,4±6,7 мм² до 5,2±2,4 мм²). Относительные показатели демонстрируют меньшую вариабельность: WT%: 19,17±8,7% (L10) — 13,3±8,1% (R1.a.1); WA%: 65,47±8,9% — 49,2±9,3%. Обнаружены значимые гендерные различия в абсолютных размерах ($p<0,01$), но не в относительных показателях. Установлена умеренная корреляция между BSA и абсолютными размерами ($r=0,42-0,56$), возрастом и WA% ($r=0,31$), размерами бронхов разных уровней ($r=0,45-0,68$).
Выводы.
Установлены нормативные значения морфометрических параметров бронхов различного уровня. Выявлена стабильность относительных показателей при значительной вариабельности абсолютных размеров. Определены значимые взаимосвязи между антропометрическими данными и параметрами бронхов. Полученные результаты могут быть использованы как референсные значения при диагностике бронхолегочной патологии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Зайкова-Хелимская И.В., Войцеховский В.В., Даниленко Е.В., Даниленко С.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Нарушения микроциркуляции играют важную роль в патогенезе ХОБЛ. Метод лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) позволяет неинвазивно оценивать состояние микроциркуляторного русла как в коже, так и в слизистой бронхов, что важно для ранней диагностики и мониторинга течения заболевания.
Цель исследования. Сравнить параметры микроциркуляции в коже и слизистой бронхов у здоровых лиц и пациентов с ХОБЛ легкой и среднетяжелой степени для выявления характерных паттернов нарушений.
Материалы и методы. Обследовано 136 человек (средний возраст 51.3±13.7 лет; 78 мужчин (57.4%), 58 женщин (42.6%), из которых 67 здоровых и 69 пациентов с ХОБЛ. Оценивались показатели базового кровотока (ПМ), сатурации кислорода (SO2), объемного кровенаполнения (Vr), показатель шунтирования (ПШ), амплитудно-частотный спектр колебаний.
Результаты. У пациентов с ХОБЛ выявлено значительное изменение ПМ в слизистой бронхов (18.2±12.8 пф.ед. vs 72.3±4.2 пф.ед., $p<0.001$), снижение SO2 (62.4±5.8% vs 71.6±6.3%, $p<0.01$), увеличение ПШ (1.42±0.31 vs 0.94±0.22, $p<0.01$). Установлены корреляции между индексом курения и ПМ в бронхах ($r=0.68$, $p<0.001$), между ПШ и длительностью ХОБЛ ($r=0.54$, $p<0.001$), между SO2 и ПМ ($r=-0.45$, $p<0.01$). Выявлены характерные изменения амплитудно-частотного спектра при ХОБЛ: увеличение амплитуды эндотелиальных колебаний, снижение миогенных колебаний и дисбаланс нейрогенной регуляции.
Выводы.
При ХОБЛ наблюдается выраженная дисфункция микроциркуляции, особенно в слизистой бронхов. Степень нарушений коррелирует с тяжестью курения и длительностью заболевания. Метод ЛДФ может использоваться для ранней диагностики микроциркуляторных нарушений при ХОБЛ.

БОЛЕЗНЬ ГЕНТИНГТОНА

Зеленин В.А., Никитин А.О.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Болезнь Гентингтона — наследственное нейродегенеративное заболевание, характеризующееся прогрессирующими двигательными, когнитивными и психоэмоциональными нарушениями. Для клинициста особую сложность представляют ранняя диагностика и выбор тактики ведения, учитывая нарастающие симптомы и тяжелый прогноз. Представленный клинический случай демонстрирует особенности течения болезни Гентингтона и проявления у конкретного пациента.

Описание случая. Пациент предъявляет жалобы на прогрессирующее снижение веса, непроизвольные подергивания конечностей, ухудшение памяти, снижение аппетита, затруднение приема пищи, нарушение походки, головокружение и вялость. Считает себя больной с 2020 г., когда впервые отметила нарушение походки и аппетита. В 2023 г. после молекулярно-генетической консультации установлен диагноз: болезнь Гентингтона. Наследственность отягощена: родной брат пациентки страдал тем же заболеванием и умер от его осложнений. Симптоматика постепенно нарастала: усилились когнитивные нарушения, развилась мышечная слабость и эмоциональная нестабильность. В июле 2025 г. госпитализирована в отделение травматологии и ортопедии (Т/О) с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), что усугубило общее состояние. Общее состояние средней тяжести. Сознание спутанное, положение пассивное. Истощена, астенична, питание недостаточное. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. Лимфоузлы не пальпируются. Мышечная дистрофия выражена, сила в конечностях снижена, деформаций костей и суставов нет. Температура 36,8°С. В легких: звук перкуторно притупленный, дыхание везикулярное ослабленное, частота ЧДД — 18 в минуту, ЧСС — 90 в минуту, АД — 90/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого отрицательный. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус: сознание ясное (15 баллов по ШКГ), частичная дезориентация. Отмечаются хореоформные гиперкинезы и дистония мышц туловища, конечностей и шеи. Дизартрия выражена, глоточный рефлекс снижен. Мышечная сила в руках и ногах по 3 балла. Рефлексы оживлены, патологических знаков нет. Координационные пробы не выполняет из-за когнитивных нарушений. Лечение: ацетазоламид 0,25 внутрь, калия и магния аспарагинат 0,25 внутрь (лечение ЧМТ); клоназепам 2 мг внутрь, мемантин 20 мг внутрь, донепезил 5 мг внутрь, амитриптилин 25 мг внутрь (терапия болезни Гентингтона).

Заключение.

Клинический случай иллюстрирует прогрессирующее течение болезни Гентингтона, осложненное ЧМТ. После пребывания на стационарном лечении в т/о, у пациента отмечалось улучшение касаемо ЧМТ, но, несмотря на симптоматическую терапию, состояние пациентки оставалось тяжелым с выраженными неврологическими нарушениями и истощением.
С учетом неблагоприятного прогноза она была переведена в отделение паллиативного ухода для дальнейшего наблюдения и поддержки.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Зимина Т.Ю., Александров М.В., Ушакова С.Е., Пайкова А.С.
ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, г. Иваново, Россия

Актуальность. Увеличение продолжительности жизни привело к увеличению доли лиц старшего возраста среди пациентов с артериальной гипертонией (АГ). АГ является одним из заболеваний, осложнения которого ускоряют развитие гериатрических синдромов (ГС), а наличие таких ГС как снижение когнитивных функций и депрессивные изменения существенно осложняют курирование пожилых пациентов с АГ и часто остаются нераспознанными.
Цель исследования. Проанализировать частоту когнитивных нарушений и депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста с АГ и синдромом старческой астении (ССА).
Материалы и методы. 147 больных АГ в возрасте от 65 до 95 лет (женщин 72,5%) были разделены на 3 возрастные группы. В 1 гр. вошло 49 чел. в возрасте от 65 до 74 лет, во 2 гр. — 50 чел. в возрасте от 75 до 84 лет и в 3 гр. — 48 чел. старше 85 лет.
Результаты. У 40,8% из 1 гр., у 54,0% из 2 гр. и у 62,5% из 3 гр. выявлен ССА. В 3гр. ССА страдали 62,5% пациентов, что достоверно выше показателей 1-й гр. ($\chi 2 = 1,516$ при $p = 0,218$). При оценке когнитивных функций выявлено, что 42,9% обследованных имели легкие когнитивные нарушения, 14,3% — дементные нарушения легкой степени и 19,7% дементные нарушения умеренной и тяжелой степени. При оценке ГС депрессии было выявлено, что 38,8% из 1 гр. и 84% 2 гр. имели легкую степень депрессии, причем показатели 2гр. достоверно превышали показатели 1 гр. ($\chi 2 = 19,532$ при $p<0,05$). В 3-й гр. у 72,9% была диагностирована легкая депрессия и у 14,5% — депрессия средней степени выраженности. Лишь 29,9% из всех групп не страдали депрессией.
Выводы.
Таким образом, по мере старения увеличивается доля пациентов с ССА среди больных АГ. Тяжесть ССА у больных АГ во многом определяется наличием гериатрического синдрома когнитивных нарушений различной степени тяжести (зафиксирован у 76,9% обследованных) и гериатрического синдрома депрессии (зафиксирован у 70,1% обследованных). Высокую частоту когнитивных нарушений, депрессии, увеличение доли пациентов с ССА по мере старения больных АГ необходимо учитывать при составлении персональных программ лечения данной категории пациентов. Кроме того, для врача-терапевта важно наличие информации о выявленных у пациента с АГ гериатрических синдромах, что требует совершенствования взаимодействия терапевтов и гериатров в ведении больных АГ с ССА.

ПРОАКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ХОДЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Зимина Т.Ю., Пайкова А.С., Ушакова С.Е.
ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, г. Иваново, Россия

Актуальность Молодежь составляет в России значимую часть населения и является важным социально- экономическим ресурсом. В последние годы среди молодых людей отмечается тенденция к росту заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), такими как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и ожирение, что может быть связано с образом жизни, неправильным питанием или социально-экономическими условиями. Для улучшения ситуации необходим комплексный подход, включающий как профилактику, так и ранее выявление ХНИЗ и их факторов риска.
Цель исследования. Оценить частоту выявления ХНИЗ и факторов риска их развития у пациентов молодого возраста в ходе проведения диспансеризации.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 209 человек, средний возраст которых составил 22,2±1,4 года, из них 137 женщин (65,6%) и 72 мужчины (34,4%). Всем было проведено анкетирование и скрининг, с целью выявления наличия ХНИЗ и факторов риска их развития, в рамках и объемах обследований, соответствующих первому этапу диспансеризации.
Результаты. В ходе исследования было выявлено, что 32,4% людей молодого возраста имели различные хронические заболевания. Чаще других, в 20,4% случаев, диагностировались кислотозависимые заболевания желудка и 12-перстной кишки. Хронические заболевания бронхов и легких, такие, как хронический бронхит, бронхиальная астма и другие отмечались чуть реже — в 5, 6% случаев. У 2,6% была выявлена артериальная гипертензия, в 2,0% — железодефицитная анемия, а 1,8% диагностировали хронические заболевания почек.
При дальнейшей оценке, такие факторы риска, как гиподинамия (31%), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым и цереброваскулярным заболеваниям (15,2%), курение (16,7,%) и нерациональное питание (16,7%) встречались чаще других. Некоторые студенты отмечали склонность к чрезмерному употреблению алкоголя (2,5%). Сочетание двух и более факторов риска встречалось у 106 обследованных (50,7%). Только у 67,6% обследованных не было выявлено ХНИЗ и только 32,5% не имели факторов риска развития хронических заболеваний.
Выводы.
Таким образом, проактивное выявление хронических заболеваний у лиц молодого возраста в ходе диспансеризации может быть ключевым инструментом для улучшения здоровья молодежи и снижения бремени хронических заболеваний в обществе. Эффективная организация и проведение диспансеризации способствует ранней диагностике, профилактике и улучшению качества жизни.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Зимина Ю.Д.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Ключевая роль мозгового и предсердного натрийуретических пептидов в патогенезе ХСН обуславливает важность изучения ассоциации полиморфизмов генов, кодирующих данные пептиды.
Цель исследования. Оценить ассоциации полиморфизмов rs632793 (NPPB) и rs5065 (NPPA) с исходами ХСНсФВ у коморбидных пациентов.
Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» (г. Новосибирск), в которое включено 260 коморбидных пациентов с ХСНсФВ и перенесенным инфарктом миокарда (средний возраст 65,4±8,6 лет). При включении в исследование участникам проведено комплексное обследование (оценка объективного статуса, лабораторное, инструментальное и молекулярно-генетическое исследование). Все больные были разделены на две группы: основная группа (n=132) — пациенты, которые прошли годичный курс медицинской реабилитации (МР); группа сравнения (n=128) — пациенты, которые отказались от МР и продолжили наблюдение у кардиолога/терапевта по месту жительства. В рамках молекулярно-генетического анализа изучены два однонуклеотидных полиморфизма (ОНП): rs632793 гена NPPB; rs5065 гена NPPA на базе лаборатории молекулярно-генетических исследований в ИХБФМ СО РАН. Статистический анализ проведен в SPSS Statistics 28.0.1.0. Оценка значимости генетических факторов включала расчет частот генотипов и аллелей, проверку соответствия распределения равновесию Харди-Вайнберга. Ассоциации полиморфизмов анализировали с помощью критерия χ^2 (Пирсона), отношения шансов (ОШ) с 95% ДИ. Межгрупповые различия (≥3 групп) оценивали Н-критерием Краскела-Уоллиса. Уровень значимости — $p \leq 0,05$.
Результаты. Комплексный анализ клинико-функциональных и молекулярно-генетических параметров у коморбидных больных с ХСНсФВ показал, что генотип G/G rs5065 гена NPPA ассоциирован с развитием повторного ИМ (ОШ 5,139, 95% ДИ 1,593-16,583, p=0,003) и повышает вероятность неблагоприятного годичного исхода в 3,4 раза (ОШ 3,357; 95% ДИ 1,025-10,999; p=0,035), а также связь аллеля G (ОШ 1,805; 95% ДИ 1,159-2,813; p=0,009) с риском негативного исхода у пациентов изучаемой группы. Генотип T/C rs632793 гена NPPB ассоциирован с развитием фибрилляции предсердий (ОШ 2,442, 95% ДИ 1,383-4,313, p=0,002). Наличие генотипа G/G rs5065, генотипа T/C или C/C rs632793 демонстрирует связь с более высокой концентрацией NT-proBNP (p<0,001).
Выводы.
Использование молекулярно-генетического тестирования в клинической практике позволит улучшить оценку прогноза ХСНсФВ, что открывает перспективы в оптимизации персонифицированных программ ведения пациентов данной категории.

РОЛЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Зубарев М.А., Горячева О.Г.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Прием антиретровирусной терапии (АРТ) является обязательным компонентом в лечении ВИЧ-инфекции, однако влияние АРТ на проявления клинико-функционального статуса необходимо изучать, чтобы в дальнейшем подбирать более совершенную АРТ и своевременно корректировать проявления соматической патологии.
Цель исследования. Определить особенности влияния АРТ на клинико-функциональный статус ВИЧ-инфицированных больных, госпитализированных в терапевтический стационар.
Материалы и методы. В условиях крупного стационара обследованы 240 больных с ВИЧ-инфекцией. Проведено физикальное обследование, эхокардиография, лабораторное обследование. Только 27 человек (11,2%) находились на АРТ.
Результаты. Среди принимающих АРТ возраст больных оказался старше, а в анамнезе чаще встречался инфаркт миокарда. При эхокардиографии у больных на АРТ выявлены меньшие размеры конечного систолического объема левого желудочка и индексированного объема левого предсердия, при этом гидроторакс, асцит и легочная артериальная гипертензия встречалась реже, а значения среднего давления в легочной артерии были ниже. У больных на АРТ ниже содержание ферритина в сыворотке крови. Выявлена зависимость, свидетельствующая о возрастании в 2,84 раза шансов развития анемии у больных с ВИЧ-инфекцией на фоне приема АРТ (ОШ=2,84; 95% ДИ 1,13-7,15, p=0,030). Показано, что на фоне АРТ больные реже имели показания для приема ингибиторов АПФ. При анализе шансов легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) на фоне приема АРТ выявлено, что шанс развития ЛАГ составляет 0,113, (95% ДИ 0,02-0,53, p=0,002). Полученная зависимость утверждает, что прием АРТ в 8,85 раз уменьшает шансы развития ЛАГ у ВИЧ-инфицированных больных. Анализ шансов развития гидроторакса на фоне приема АРТ выявил ОШ 0,891 (ДИ 95% 0,84-0,95, p=0,041), что позволяет сделать вывод о том, что прием АРТ в 1,12 раз уменьшает шансы развития гидроторакса у больных с ВИЧ.
Выводы.
Прием АРТ благоприятно сказывается на клинико-функциональном статусе больных с ВИЧ-инфекцией, способствуя уменьшению проявлений хронической сердечной недостаточности, ЛАГ, гидроторакса, асцита. При этом необходимо мониторить содержание ферритина в сыворотке крови.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИНИКО-ФУНЦИОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Зубарев М.А., Терехина Н.А., Терехин Г.А., Желобов В.Г., Горячева О.Г.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Изучение влияния алкогольной зависимости на проявления клинико-функционального статуса больных с ВИЧ-инфекцией является актуальной задачей.
Цель исследования. Изучить влияние алкогольной зависимости на проявления клинико-функционального статуса больных с ВИЧ-инфекцией.
Материалы и методы. В условиях многопрофильного стационара обследовано 240 больных с ВИЧ-инфекцией. Диагностика алкогольной зависимости (АЗ) у больных проводилось по опроснику AUDIT и признавалось очевидным в случае набора пациентом 20 и более баллов. По результатам тестирования, у 130 больных с ВИЧ инфекцией (54,1%) выявлены признаки алкогольной зависимости. Всем больным проведено физикальное обследование, эхокарддиография, лабораторное обследование.
Результаты. Мужчины с ВИЧ-инфекцией реже страдали АЗ, чем женщины (66 человек, 50,7% против 74 человек, 67,3%, p=0,009). Прием антиретровирусной терапии у больных с АЗ наблюдался реже (17 человек, 13,1% против 21 человека, 19,1%, p=0,040). На фоне АЗ чаще встречалась легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) (43 человек, 33,1%, против 21 человек, 19,1%, p=0,014). Частота хронического вирусного гепатита С при АЗ была реже (76 человек, 58,4 %, против 87 человек, 79%, p<0,001). У больных с АЗ чаще встречался асцит (29 человек, 22,3%, против 13 человек, 11,8%, p=0,033). Длительное употребление алкоголя в большей степени влияет на правые отделы сердца, чем на левые. Определенный клинический интерес представляет развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), в большей степени — поражение правых отделов сердца, как проявление кардиотоксического эффекта алкоголя. Проведен анализ шансов развития осложнений у больных с ХСН и ВИЧ-инфекцией: АЗ в 2,5 раза увеличивает шансы смерти больных в течение 2 месяцев после поступления в стационар (p=0,041; ОШ=2,48, ДИ 1,09-5,65); в 3,5 раза увеличивает шансы асцита (ОШ=3,549; ДИ 95% 1,71-7,31), в 2,25 раз — гидроторакса (ОШ=2,249; 95% ДИ 1,08-4,70), в 3,5 раза — шансы холестаза (p=0,002; ОШ=3,51; 95% ДИ 1,58-7,81).
Выводы.
Кардиотоксический эффект алкоголя у больных с ВИЧ-инфекцией проявляется в усугублении проявлений ХСН, в особенности правых отделов сердца, легочной артериальной гипертензией, гидротораксом, асцитом, повышением концентрации NT-proBNP в плазме крови. Снижение количества тромбоцитов и общего холестерина, повышение ГГТП и общего билирубина, а также холестаз указывают на проявления гепатотокического эффекта алкоголя.

ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Зубеев П.С., Зубеева Г.Н., Харламова О.В., Суслова О.А.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. В программах реабилитации основное значение придается методам физической активности, хотя при тяжелых соматических заболеваниях очевидно страдает психологическая сфера. При этом специальность клинического психолога в стационарах является весьма редкой.
Цель исследования. Анализ показателей тревоги и депрессии у пациентов на программном гемодиализе (ГД) в зависимости от сроков получения заместительной почечной терапии (ЗПТ).
Материалы и методы. В исследование включены 73 пациента в возрасте от 24 до 86 лет, находящихся на амбулаторном лечении в отделении ГД городской больницы № 33. Всем проведено клиническое обследование и опрос по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).
Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы по шкале HADS: 1 группа: от 0 до 7 баллов (норма) — 25 пациентов, средний балл — 3,72+/-0,38; 2 группа: 8-10 баллов (субклинический уровень) — 9 больных, средний балл — 8,78+/-0,29; 3 группа: 11 баллов и более (клинический уровень) — 39 пациентов, средний балл 15,72+/-0,7. Раздельный анализ баллов по шкалам тревоги и депрессии продемонстрировал преобладание баллов по депрессии во всех группах больных (1 группа — 53,8%, 2 группа — 60,7% и 3 группа — 57,4% от общего количества баллов по шкале HADS). Продолжительность ГД в группах составила 29,9+/-5,3 мес., 38,0+/-11,8 мес. и 44,5+/-6,3 мес. соответственно. В группе с нормальным уровнем баллов по шкале HADS 20% составили больные, получавшие ГД менее 12 мес., и 20% — больные, получавшие ГД более 10 лет. В группе с клиническим уровнем баллов по шкале HADS больные, получавшие ГД менее 12 мес., составили 28,2%, а больные, получавшие ГД более 10 лет — 7,7%.
Выводы.
Высокий уровень депрессии у больных уже при вводе в диализ указывает на необходимость психотерапевтических мероприятий на раннем этапе ЗПТ. Психологическая адаптация к своему заболеванию и процедурам диализа является одним из важных факторов, влияющих на продолжительность жизни пациентов на ГД, о чем косвенно может свидетельствовать меньшее количество больных, получающих ЗПТ более 10 лет в группе с клиническим уровнем баллов по шкале HADS. Наличие у пациентов показателей депрессии, соответствующих клиническому уровню, требует не только психологических и психотерапевтических методов, но и подключения фармакологической коррекции.

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ МАГНИЕВЫМ ДЕФИЦИТОМ

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.В., Белоиван Н.И.
ВЧ 02035, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Поддержание физиологического уровня магния в тканях — условие, определяющее здоровье человека. Данные исследований свидетельствуют о том, что недостаточность магния (Mg2+) способствует развитию ряда заболеваний, таких как артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, ожирение, сахарный диабет и другие. Наиболее чувствительна к дефициту Mg2+ нервная система. Потребность в Mg2+ увеличивается при стрессах различной природы: не только психических, но и физических. Научно доказано, что стресс всегда связан с выбросом гормонов надпочечников и развитием магнезиурии, которая сохраняется несколько дней. Стресс и магниевая недостаточность являются взаимообусловленными процессами, усугубляющими друг друга. В ряде исследований продемонстрировано, что тревожные расстройства и вегетативная дисфункция ассоциированы с дефицитом магния. У пациентов в состоянии хронического стресса с дефицитом Mg2+ при назначении им курсовой дотации магния в среднем 5 мг/кг/сутки выявлено положительное влияние.

Цель исследования. Оценить особенности уровня тревоги и депрессии у лиц с различным магниевым дефицитом.

Материалы и методы. Для оценки уровня тревоги и депрессии применялась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, дефицит магния определяли с помощью опросника ЮНЕСКО.

Результаты. В опросе приняли участие 42 человека: 26 мужчин и 16 женщин. Средний возраст респондентов составил 46±0,25 лет. По результатам опросника ЮНЕСКО больше всего имели умеренный дефицит магния — 23 человека, 13 человек относились в группу риска, дефицит и выраженный дефицит Mg2+ был у 6 респондентов. Не было ни одного человека с отсутствием дефицита магния. При анализе уровня тревоги и депрессии было выявлено: у лиц в группе риска по дефициту магния у 8 человек (62%) отсутствовала тревога и депрессия, субклиническая и клиническая тревога и депрессия выявлялась у 3 (23%) и 2 (15%) опрошенных соответственно. У лиц с умеренным дефицитом Mg2+ субклиническая тревога/депрессия и клиническая тревога/депрессия встречались в одинаковом проценте случаев: по 39 % (у 9 человек), а отсутствие тревоги и депрессии было у 5 респондентов (22%). Среди пациентов с дефицитом и выраженным дефицитом Mg2+ подавляющее большинство 5 (83%) имели клинически выраженную тревогу/депрессию, у 1 (17% случаев) была субклиническая тревога/депрессия, отсутствие тревоги/депрессии не было ни у одного опрошенного.

Выводы.

Результаты исследования наглядно демонстрируют значимый вклад магния для нормального функционирования нервной системы. Полученные нами данные позволяют предположить, что дефицит магния является фактором риска развития тревожных и депрессивных состояний. Чем более выраженный дефицит Mg2+, тем выше риск депрессии и тревоги.

ОЦЕНКА ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА ЮНЕСКО

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.Л., Жинко М.Н., Белоиван Н.И.
ВЧ 02035, г. Ростов-на-Дону, Россия
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. На сегодняшний день доказана роль дефицита магния в развитии различных заболеваний. Научные данные демонстрируют, что магний оказывает влияние на углеводный обмен за счет регуляции уровня инсулина и ферментов, участвующих в углеводном обмене. При дефиците магния (Mg2+) отмечается значительное снижение активности гликолитических ферментов. Гипомагниемия подавляет утилизацию глюкозы и способствует развитию глюкозотолерантности тканей. Многочисленные исследования демонстрируют, что у пациентов с инсулинорезистентностью, сахарным диабетом 2 типа (СД) и ожирением прием магния способствует улучшению не только метаболических, но и антропометрических показателей. Установлено, что прием магния способствовал снижению массы тела, уменьшению объема талии. Доказано, что магний влияет на показатели углеводного обмена, так, прием препаратов магния на протяжении 3-х месяцев способствовал снижению гликемии на 0,32 ммоль/л. Потребление магния снижает вероятность развития СД 2 типа (при потреблении магния в дозе 363 мг в день риск развития заболевания ниже на 22%, чем при потреблении 227 мг Mg2+).

Цель исследования. Оценить распространенность дефицита магния у лиц с СД 2 типа и ожирением по результатам опросника для выявления дефицита магния.

Материалы и методы. Опросник для установления дефицита магния (разработанного РСЦ Института микроэлементов ЮНЕСКО), состоящего из 32 вопросов.

Результаты. В опросе приняло участие 53 человека, из них 26 человек имели сахарный диабет и 27 ожирение разной степени выраженности. Анализ анкетирования показал, что у 62% лиц с СД отмечался дефицит магния различной степени тяжести, в то время как его отсутствие было лишь у 2% пациентов, группу риска по дефициту магния составили 36% опрошенных. 41% лиц с ожирением имели магниевый дефицит, его отсутствие отмечалось у 7% рецензентов, 52% больных с ожирением относились к группе риска по дефициту магния.

Выводы.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о высоком уровне дефицита магния как у больных с сахарным диабетом, так и лиц с избыточным весом. Обращает внимание, что значения дефицита магния у лиц с СД 2 типа значительно превышает уровень дефицита магния в сравнении с результатами российского многоцентрового исследования, где было показано, что у 47,8% населения отмечался дефицит Mg2+. Таким образом, у лиц с сахарным диабетом следует проводить коррекцию магниевого дефицита, учитывая доказанное положительное влияние магния на углеводный обмен и антропометрические данные.

ОЦЕНКА ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.В., Злобина В.П., Белоиван Н.И.
ВЧ 02035, г. Ростов-на-Дону, Россия
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Распространенность дефицита магния в России является высокой: по данным российского многоцентрового исследования составляет 47,8%. Основным депо магния является костная ткань, вместе с тем магний участвует в метаболизме глюкозы, синтезе белков, образовании и переносе энергии, регуляции тонуса гладких мышц, поддержания гомеостаза кальция, натрия, калия, витамина D. Систематическое истощение магниевого депо способствует развитию хронического эндотелиального воспаления, увеличению риска сердечно-сосудистых и других заболеваний. Основная проблема дефицита магния в том, что его недостаток не приводит к яркой клинической симптоматике и как следствие несвоевременно диагностируется. Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных катастроф. Научный обзор показывает, что недостаток магния влияет на все патогенетические механизмы развития АГ. Магний подавляет синтез альдостерона, стимулирует синтез предсердного натрийуретического пептида, а также участвует в регуляции периферического сосудистого сопротивления, снижая внутриклеточную концентрацию кальция, которая повышается под действием ангиотензина II, таким образом, обеспечивает развитие артериальной гипертензии. В метаанализе 6 исследований было показано, что низкое потребление магния увеличивает риск развития АГ, вместе с тем применение 100 мг магния в сутки было сопряжено со снижением риска гипертонии на 5%. Данные одного из систематических обзоров свидетельствуют, что пероральный прием магния в дозе от 240 мг в день повышает эффективность стандартной антигипертензивной терапии и способен подавлять агрегацию тромбоцитов, улучшать функцию эндотелия, влиять на ремоделирование сосудов.
Эти механизмы могут благоприятно отражаться на снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.
Цель исследования. Оценить распространенность дефицита магния у больных артериальной гипертензией по результатам опросника ЮНЕСКО.
Материалы и методы. Анкетирование с помощью опросника для установления дефицита магния (разработанного РСЦ Института микроэлементов ЮНЕСКО).
Результаты. В опросе приняло участие 29 человек, страдающих артериальной гипертензией, из них 15 мужчин и 14 — лица женского пола. Средний возраст рецензентов — 45±0,24 лет. Дефицит магния был выявлен у 14 человек (48% опрошенных), 14 человек (48%) относились к группе риска по дефициту магния, признаки дефицита магния отсутствовали лишь у 1 человека (3%).
Выводы.
Таким образом, результаты данного исследования демонстрируют высокую распространенность дефицита магния у лиц с артериальной гипертензией — у каждого второго. Эпидемия артериальной гипертензии требует поиска новых подходов к профилактике и терапии АГ. Научные исследования позволяют высказать предположение, что включение препаратов магния в комплексную терапию у пациентов с АГ являются логичным и оправданным.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Фомичева Е.В., Соколов А.Н., Белоиван Н.И.
ВЧ 02035, г. Ростов-на-Дону, Россия
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. В последние годы интерес ученых прикован к дефициту микроэлементов при различных заболеваниях. Благодаря результатам крупных исследований очевидна взаимосвязь дефицита магния (Mg2+) при сахарном диабете (СД), артериальной гипертензии (АГ), ожирении, инфаркте миокарда, вегетативной дисфункции, тревожных расстройствах. Имеются публикации, свидетельствующие о роли магния в развитии остеопороза, а также его влияния на факторы свертывания. Магний участвует в синтезе ряда гормонов. В связи с тем, что концентрация в Mg2+ сыворотке крови может находиться в пределах референсных значений при наличии его дефицита в клетках, более информативна диагностика на основании клинических признаков дефицита магния, что позволит вовремя выявлять магниевый дефицит и проводить его коррекцию.
Цель исследования. Определить гендерные различия дефицита магния.
Материалы и методы. Опросник для установления дефицита магния (ЮНЕСКО), состоящего из 32 вопросов.
Результаты. Всего опрошено 106 человек, из них 56 мужчин и 51 женщина. Средний возраст — 47±0,25 лет. У 17 мужчин и 36 женщин выявлен магниевый дефицит, что составило 53 человека (50% от числа респондентов). Обращает внимание распространенность дефицита магния среди женщин, которая составила 71%, из них 28 лиц (55%) имели умеренный дефицит магния, у 7 (14%) отмечался дефицит Mg2+, у 1 женщины (2%) имелся выраженный магниевый дефицит, и лишь 15 человек (29%) относились к группе риска. Большинство мужчин — 34 человека (62%) по результатам опроса были отнесены в группу риска по дефициту Mg2+, у 15 человек (27%) и 2 (4%) соответственно имелся умеренный и дефицит данного микронутриента. Примечательно, что отсутствие магниевого дефицита было лишь у 4 мужчин (7%) и ни у одной женщины (0%). Частыми «спутниками» дефицита магния у женщин были: артрозы, СД и АГ — у каждой третьей пациентки, ожирение и нарушения ритма сердца у каждой пятой. Чем выше был магниевый дефицит (28-37 баллов по опроснику), тем более полиморбидные были пациентки (имели 3 и более заболеваний). У мужчин чаще встречались АГ — в 1/3 случаев, СД у каждого четвертого, а артрозы и ожирение — у каждого пятого.
Выводы.
Дефицит магния имеет чрезвычайно высокую распространенность: у каждого второго опрошенного. Важно подчеркнуть, что дефицит магния значительно чаще встречался среди женщин. Так, магниевый дефицит имелся у 7 из 10 женщин, и лишь у каждого третьего мужчины. Учитывая высокую частоту магниевого дефицита в женской популяции, магний можно назвать «женским минералом».

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕТИЛМЕТИОНИНСУЛЬФОНИЯ ХЛОРИДА (ВИТАМИНА U) У ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Иваников И.О., Мясникова Е.В., Леденева Е.М., Переделкина А.И., Рябых Г.А.
ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой», г. Москва, Россия

Актуальность. Атрофический гастрит остается большой проблемой в клинической медицине, в связи с прогностически неблагоприятным течением данного заболевания, обусловленным риском дисплазии и малигнизации. Многочисленные научные исследования доказывают, что вероятность развития рака желудка прямо пропорциональна степени атрофических изменений. В 2005 г. разработана классификация, отражающая стратификацию и степень тяжести атрофии слизистой оболочки желудка по системе Operative Link for Gastritis Assessment (OLGA), разделяющей пациентов на 5 групп от 0 до IV стадии. Наибольший риск развития новообразований желудка имеют пациенты с III и IV стадиями атрофии. Среди возможных причин атрофии слизистой желудка: возрастные инволюционные изменения, генетически обусловленная атрофия, инфекция Helicobacter pylori и аутоиммунный процесс.
Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата метилметионинсульфония хлорида (витамина U) у пациентов с атрофическим гастритом.
Материалы и методы. В исследование включено 5 пациентов с гистологически подтвержденным атрофическим гастритом в возрасте от 40 до 87 лет, принимавших витамин U в дозе 300 мг в сутки. Продолжительность приема составила от 6 до 12 месяцев. На фоне длительной терапии отмечена положительная клиническая, эндоскопическая и гистологическая динамика атрофического гастрита. Наиболее показательным является клинический пример пациентки М., 86 лет. Пациентка длительно наблюдалась по поводу атрофического гастрита с кишечной метаплазией. В августе 2022 г. при ЭГДС: слизистая желудка с диффузной атрофией. Гистологически (5 биоптатов): Хронический атрофический гастрит. 3 стадия, 3 степени по системе OLGA.
Результаты. На фоне приема витамина U в течение 1 года выявлена положительная динамика атрофического гастрита (С3) как эндоскопически, так и гистологически. В контрольной биопсии по OLGA (август 2023) определяется уменьшение выраженности атрофии и воспаления до 2 стадии, 2 степени.
Выводы.
Наши предварительные результаты свидетельствуют о возможном уменьшении выраженности атрофии слизистой оболочки желудка на фоне длительного применения витамина U, в связи с чем мы продолжаем успешно применять метилметионинсульфония хлорид у пациентов с подтвержденным атрофическим гастритом.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Иванова В.Г.
Новосибирский государственный университет, НГУ, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) дефицит железа с анемией или без нее является частым сопутствующим заболеванием, связанным с ухудшением функционального класса и прогноза. На фоне железодефицитной анемии (ЖДА) у пациентов с ХСН отмечается снижение работоспособности миокарда, усугубляется развитие ишемии. ЖДА приводит к увеличению частоты госпитализаций и повышает риск фатальных исходов независимо от возрастной группы, пола и функционального класса ХСН.
Цель исследования. Изучить влияние железодефицитной анемии на течение хронической сердечной недостаточности.
Материалы и методы. Методами исследованиями являлись: антропометрические показатели (рост, вес, индекс массы тела), показатели общего анализа крови (гемоглобин, эритроцитарные индексы), биохимического анализа крови (ферритин, Fe сыворотки) и инструментальные данные (ЭХО-КГ, ЭКГ) 52 пациентов (женщин n=27; мужчин n=25). Пациенты были разделены на две группы. В группу 1 входили пациенты: ХСН + ЖДА, n=26. Группа 2: ХСН без ЖДА, n=26.
Результаты. Часто встречающимися сопутствующими заболеваниями являлись гипертоническая болезнь, дислипидемия, атеросклероз сонных артерий, ИБС, СД 2 типа и резидуальные явления ОНМК. Наиболее распространенной аритмией является ФП, встречающийся у 56% пациентов, на втором месте ТП зарегистрировано 23% пациентов; лишь у 21% пациентов нарушения сердечного ритма не выявлено. Среди пациентов с легкой степенью ЖДА, 53,8% имели в ФК I-II. В группе пациентов со средней степенью ЖДА отсутствуют пациенты в ФК I-II, однако 38,5% — имели ФК III-IV. Тяжелая степень ЖДА встречается у небольшого числа пациентов — 7,7%, все из которых находятся в ФК III-IV. Для показателя группы 1 (ХСН+ЖДА) разница между ФК (1-2) — 8 (30,7%) и ФК (3-4) — 18 (69,3%), ($p < 0,05$) действительно есть. Для показателя группы 2 (ХСН без ЖДА) разницы между ФК достоверно не выявлено ($p>0,05$). Пациенты в группе 1 (2,5) в среднем имеют более высокий функциональный статус по сравнению с группой 2 (3,6).
Выводы.
Выявлена высокая распространенность ЖДА у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (группа 1: ХСН+ЖДА, n=26), особенно часто при 2 стадии ХСН. Наличие ЖДА достоверно связано с ухудшением функционального класса по NYHA и увеличением длительности госпитализации.

БИОХИМИЧЕСКИЕ И СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Иванова Л.Н., Иванов И.О., Холина Е.А.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. В последние годы отмечается рост заболеваний гепатобилиарной системы, в том числе неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), среди факторов развития которого выделяют ожирение (ОЖ), гипертриглицеридемию, хронические воспалительные процессы в бронхах, в частности хронический бронхит (ХБ). В дебюте заболевания клиническая картина не имеет четких критериев, и предположить развитие патологического состояния можно по повышенному уровню аминотрансфераз или по результатам сонографического исследования печени.
Цель исследования. Проанализировать биохимические и сонографические изменения у больных НАСГ в сочетании с ХБ и ОЖ.
Материалы и методы. Под наблюдением авторов находилось 89 больных НАСГ в сочетании с ХБ и ОЖ, в возрасте от 32 до 75 лет (мужчин — 58, женщин — 31). У 42 (47,3%) больных диагностировали ожирение I степени, у 32 (35,8%) — II степени, у 15 (16,9%) — III степени. Для определения референтных значений было обследовано 35 практически здоровых пациентов. Функциональное состояние печени с определением аминотрансфераз и липидного спектра изучали при помощи биохимического анализатора Vitalab Flexor — 2000 (Нидерланды). Сонографическое обследование проводилось аппаратом «Aloka SSD 630-Япония». Статистическую обработку проводили с использованием пакетов лицензионных программ Statistica.
Результаты. Лабораторное обследование больных позволило выявить повышение уровня аланинаминотрансферазы до 1,41±0,03 ммоль/л.
Выводы.
У больных НАСГ в сочетании с ХБ и ОЖ определялись биохимические маркеры нарушения функционального состояния печени (повышение уровня аминотрансфераз, общего билирубина, гипертриглицеридемия, снижение уровня липопротеидов высокой плотности) на фоне сонографических признаков жировой инфильтрации печени (умеренное увеличение размеров, повышение или неравномерность эхогенности).

СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Иванова Э.В., Шурбаков С.М., Арсентьев А.В., Преображенская Е.В., Соленова Е.А.
ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России, г. Чебоксары, Россия

Акутальность. Сепсис-индуцированная кардиомиопатия (СИКМ) при сепсисе встречается, по разным данным, в 10-70% случаев, на фоне тяжелого сепсиса и септического шока. Нарушение функции сердца вносит существенный вклад в формирование тканевой гипоксии и полиорганной недостаточности. Несмотря на широкую распространенность и высокую летальность при СИКМ, в настоящее время нет четких критериев ее диагностики и алгоритмов лечения.

Описание случая. Пациентка Т., 74 лет, с кокситом, обусловленным Staphylococcus epidermidis MRSE, госпитализирована на первый этап двухэтапного эндопротезирования левого тазобедренного сустава. В анамнезе — закрытый чрезвертельный перелом левой бедренной кости со смещением отломков на фоне первичного остеопороза, остеосинтез левого бедра. Сопутствующие заболевания — ИБС: стенокардия напряжения, ФК III, гипертоническая болезнь III ст., хроническая болезнь почек 3а ст., сахарный диабет 2 типа, посттромботическая болезнь вен правой нижней конечности. На 4-е сутки после операции — появление резкой слабости, одышки, тошноты, однократной рвоты. Объективно: общее состояние тяжелое, кожные покровы и видимые слизистые бледные, SpO2=97% на кислороде, ЧДД 22 в мин., АД 70/50 мм рт.ст., ЧСС 94 уд./мин., язык суховат. В связи с подозрением на шок септического генеза (qSOFA — более 2 баллов) переведена в отделение анестезиологии и реанимации, где проведена верификация диагноза «Сепсис» и необходимая терапия (внутривенная инфузия инотропных и вазопрессорных препаратов, антибактериальная, антикоагулянтная), посиндромное лечение полиорганной недостаточности (сердечной, дыхательной, печеночной и острого почечного повреждения 1 стадии). ЭКГ: нарушение процессов реполяризации миокарда ЛЖ и удлинение QTc до 0,519 сек.; ЭхоКГ: дилатация обоих предсердий, митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 3-4 ст., признаки легочной гипертензии 2 ст. по ТК недостаточности (СДЛА 51 мм рт.ст.). Биомаркеры: тропонин I — 4,27 нг/мл (норма до 0,16), NT-proBNP — 16130 пг/мл. Лабораторные признаки сепсиса и системной воспалительной реакции: прокальцитонин — 1,12 нг/мл (норма до 0,05), СРБ — 65,6 мг/л. На фоне этиотропной системной антибактериальной терапии отмечена положительная динамика гемодинамических показателей, регресс полиорганной недостаточности с компенсацией сердечной недостаточности. ЭхоКГ: уменьшение степени недостаточности на МК и ТК до 1 ст., уменьшение степени легочной гипертензии по ТК недостаточности (35 мм рт.ст.).

Заключение.

Данный случай демонстрирует эффективное лечение сепсис-индуцированной кардиомиопатии как элемента полиорганной недостаточности на этапе клинической картины шока, когда прогноз пациентов становится крайне неблагоприятным, достигая 90% летальности.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ивахненко И.В., Запорощенко А.В.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. В соответствии с современными рекомендациями эрадикационная терапия (ЭТ) рассматривается как основа лечения *Helicobacter pylori (H. pylori)* — ассоциированных заболеваний. Эффективность оказания помощи при этом зависит от правильного выбора диагностического теста и стартового режима эрадикации инфекции *H. pylori.*
Цель исследования. Провести анализ диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с инфекцией *H. pylori* в реальной клинической практике на основании анкетирования врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений.
Материалы и методы. В 2024-2025 г.г. проведено анкетирование 82 врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Волгограда. Анкета включала 10 вопросов и позволяла оценить диагностические тесты и схемы ЭТ, назначаемые врачами-терапевтами в амбулаторной практике. Статистическую обработку результатов производили с помощью программ MS Excel и Statistica 8.0
Результаты. Частота назначения первичной диагностики инфекции *H. pylori* зависела от заболевания и составила при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 89,1%, хроническом атрофическом гастрите 80,5%, хроническом поверхностном гастрите 69,5%, функциональной диспепсии 36,6%, ГЭРБ 30,5% и НПВП-гастропатии 42,8%. При этом терапевты предпочитали неинвазивные методы диагностики (в 69,4% случаев): 13С-дыхательный уреазный тест выбрали 32,9% респондентов, определение антигена *H. pylori* в кале — 20,7%, серологические тесты — 10,9% и дыхательный хелик-тест — 4.9%. Среди инвазивных методов преобладал быстрый уреазный тест (26,9%), на долю остальных тестов пришлось 3,7%. Большинство врачей (87,2%) назначали ЭТ во всех случаях подтвержденной инфекции *H. pylori*, 12,8% врачей принимали решение о назначении ЭТ в зависимости от заболевания и клинической картины. Наиболее распространенными схемами ЭТ были стандартная тройная терапии (ТТ) (42,6%) и ТТ, усиленная препаратами висмута (47,5%). В 4,9% случаев схеме ТТ кларитромицин заменялся на метронидазол. Классическую квадротерапию и «сопутствующую» терапию в качестве стартовой выбрали соответственно 3,7% и 1,3% респондентов. Большинство врачей (82,9%) назначали ЭТ на 14 дней.
Выводы.
В целом врачи амбулаторного звена применяют информативные методы диагностики инфекции H. pylori и современные режимы ЭТ. Однако в реальной клинической практике не всегда проводится первичная диагностика данной инфекции при H. pylori-ассоциированных заболеваниях, что следует учитывать при оценке качества оказания помощи пациентам с данной патологией.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ивахненко И.В., Краюшкин С.И.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) развивается во второй половине жизни и, как правило, сочетается с другими заболеваниями, которые оказывают влияние на течение и терапию ХОБЛ. При этом спектр сопутствующих состояний со временем может изменяться. В связи с этим необходимо обновлять данные по распространенности коморбидной патологии у пациентов с ХОБЛ.
Цель исследования. Провести анализ распространенности коморбидной патологии у пациентов с ХОБЛ на амбулаторном этапе.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 76 пациентов (49 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 48 до 82 лет, которые состояли на диспансерном учете в поликлиниках г. Волгограда по поводу ХОБЛ в 2024 г. Коморбидный статус пациентов оценивали в соответствии с индексом коморбидности Чарлсона. Статистическую обработку результатов производили с помощью программ MS Excel и Statistica 8.0.
Результаты. На основании анализа медицинской документации было установлено, что 48,2% пациентов с ХОБЛ имели признаки клинической группы В, 39,3% — группы Е и 12,5% — группы А. Большинство пациентов с ХОБЛ (82,4%) имели сопутствующую патологию: средний индекс коморбидности Чарлсона составил 4,2 ± 0,14 балла. При этом наблюдалось увеличение индекса коморбидности у пациентов с выраженными симптомами и высоким риском обострений. ХОБЛ чаще всего сочеталась с патологией сердечно-сосудистой системы. Так артериальная гипертензия отмечалась у 78,2% больных ХОБЛ, ИБС — у 61,4%, хроническая сердечная недостаточность — у 67,8%, фибрилляция предсердий — у 34,6% пациентов. Другие сопутствующие заболеваний расположились по частоте в следующем порядке: сахарный диабет в 36,8% случаев, бронхиальная астма в 21,4%, заболевания желудочно-кишечного тракта — в 17,5% и хроническая болезнь почек — в 16,4% случаев.
Выводы.
Для пациентов с ХОБЛ характерна значительная мультиморбидность, что необходимо учитывать при проведении диагностического поиска, определении тяжести состояния пациента и выборе режима лечения.

СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ СОМАТИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПРИЕМЕ ВЫСОКИХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И ЭНДОГЕННОМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМЕ — РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Иловайская И.А., Будул Н.А.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время глюкокортикостероиды (ГКС) широко используются в медицинской практике для лечения ряда заболеваний. Прием супрафизиологических доз ГКС часто приводит к возникновению соматических и метаболических изменений.
Цель исследования. Сравнительный анализ соматических и метаболических изменений, возникших при приеме высоких доз системных глюкокортикоидов у пациентов с вульгарной пузырчаткой и при эндогенном гиперкортицизме.
Материалы и методы. Результаты обследования 25 пациентов с вульгарной пузырчаткой, получавшие 60-120 мг преднизолона в сутки на протяжение 1-2 месяцев (группа ГКС), 49 пациентов с болезнью Иценко-Кушинга (БИК, длительность заболевания 45 [24-84] мес.) и 41 пациент с кортикостеромой (длительность заболевания — 24 [12-56] мес.).
Результаты. Наиболее частыми симптомами на фоне ГКС были прибавка массы тела (80%), мышечная слабость (68%), матронизм (48%) и перераспределение подкожно-жировой клетчатки (44%). ИМТ не отличался в группах пациентов (ГКС 28,8 [25,2-31,1] кг/м^2, БИК 33,0 [28,0-35,8] кг/м^2, кортикостерома 30,8 [27,0-35,4] кг/м^2, p=0,014). Частота прибавки массы тела, повышенного аппетита, стрий, раздражительности, плаксивости, снижение памяти на фоне приема ГКС не отличалась от таковых как при БИК, так и при кортикостероме. Частота перераспределения подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу, выпадения волос, бессонницы была сходной в группах приема ГКС и кортикостеромы. При этом на фоне приема ГКС статистически значимо реже встречались такие проявления гиперкортицизма как матронизм, гирсутизм, повышенная утомляемость, апатия, головная боль, длительное заживление ран. Повышение уровня холестерина и снижение уровня калия на фоне приема ГКС было сходным с таковым при БИК и кортикостероме, однако уровень HbA1c был ниже на фоне применения ГКС.
Выводы.
Прием высоких доз ГКС (60 мг преднизолона и более) уже через 1-2 месяца приводил к развитию симптомов гиперкортицизма, которые в большей степени сходные с клинической картиной кортикостеромы. Даже при краткосрочном назначении высоких доз ГКС требуется профилактика прибавки массы тела, гиперхолестеринемии и гипокалиемии.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ильина К.А., Калинина В.С., Габерман О.Е.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия
ЧУЗ КБ «РЖД-медицина» г. Самара», г. Самара", Россия

Актуальность. Гиперурикемия (ГУ) среди трудоспособного населения является неблагоприятным фактором развития сердечно-сосудистых осложнений. Производственная деятельность работников локомотивных бригад (РЛБ): машинистов и их помощников характеризуется высоким психоэмоциональным напряжением, что является фактором риска развития артериальной гипертензии (АГ), сердечно-сосудистых катастроф и внезапной смерти во время работы. Высокая распространенность ГУ у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) является важным аргументом в пользу ее выявления и контроля. Кардиоренальные взаимоотношения относятся к одной из ключевых проблем в кардиологии и нефрологии. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) играет ведущую роль в формировании АГ и в то же время является ее органом-мишенью.
Цель исследования. Оценить влияние бессимптомной ГУ на ХБП у РЛБ с АГ.
Материалы и методы. В исследование включено 63 пациента с АГ мужского пола, РЛБ. Средний возраст составил 50,8±10,4 лет. Все исследуемые пациенты не имели в анамнезе подагры и не получали уратснижающую терапию и диуретики. С учетом показателя мочевой кислоты (МК) участники исследования распределены на две группы: I группа (33 пациента) — лица с концентрацией МК в крови <360 мкмоль/л; II группа (30 пациентов) — мужчины с уровнем МК выше нормы: ≥360 мкмоль/л. Средний возраст составил в I группе 50,9±10,9 лет, во II группе — 51,17 ±9,93 лет (p=0,96). Диагноз АГ, степень и стадию заболевания, факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений у РЛБ, определяли в соответствии с клиническими рекомендациями Российского кардиологического общества (2024 г.). СКФ рассчитывалась по формуле CKD-EPI. ХБП ставили на основании действующих клинических рекомендаций 2024 г.
Результаты. В I группе в возрасте 35-54 лет — 12 пациентов имели ХБП1; в возрасте 55-65 лет — 6 пациентов имели ХБП 1 стадии. Во II группе в возрасте 35-54 лет имели ХБП1 стадии 7 пациентов; в возрасте 55-65 лет — у 2 пациентов зарегистрирована ХБП1 стадии. ХБП 2 стадии отмечалась у 2 пациентов I группы в возрасте 35-54 лет, и у 10 пациентов в возрасте 55-65 лет. Во II группе ХБП 2 стадии выявлена у 7 пациентов в возрасте 35-54 лет и у 7 пациентов в возрасте 55-65 лет. Среди пациентов I группы ХБП 3а стадии наблюдалась у 1 пациента в возрасте 35-54 лет и у 2 пациентов в возрасте 55-65 лет. У пациентов II группы ХБП 3а наблюдалась: у 1 в возрасте 35-54 лет; у 3 пациентов в возрасте 55-65 лет, ХБП 3б стадии встречалась у 2 пациентов в возрасте 55-65 лет. У 1 пациента II группы в возрасте 55-65 лет зарегистрирована ХБП 4 стадии (СКФ составила — 20,97 мл/мин/1,73 кв. м).
Выводы.
ХБП3-ХБП4 стадии отмечается достоверно чаще на 14% среди пациентов II группы с ГУ (9% и 23% пациентов соответственно в I и во II группе, p=0,014). Таким образом, у РЛБ с ГУ наблюдается более выраженное нарушение функционального состояния почек по сравнению с РЛБ без ГУ. Результаты нашего исследования показали необходимость продолжить изучение факторов риска развития ХБП и сердечно-сосудистых заболеваний у РЛБ, связанных с безопасностью движения поездов.

АЛГОРИТМ ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЕМА ВРАЧОМ ТЕРАПЕВТОМ ПАЦИЕНТОВ, СОСТОЯЩИХ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Ипатов П.В., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Лукьянов М.М., Маркевич С.Ю., Драпкина О.М., Шепель Р.Н.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Наличие большого числа нормативных правовых актов и методических документов, регламентирующих действия врача-терапевта при выполнении профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при проведении диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в рамках диспансерного наблюдения (ДН), вызывает трудности в их обобщении и систематизации. В связи с этим возникает необходимость разработки унифицированного алгоритма действий врача-терапевта в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) больных, состоящих под ДН.
Цель исследования. Разработать единый алгоритм организации и проведения диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением.
Материалы и методы. Выполнен анализ и систематизация данных об особенностях организации и проведения мероприятий, предусмотренных в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) пациентов врачом-терапевтом, содержащаяся в нормативных правовых актах Российской Федерации, клинических рекомендациях, научной и методической литературе. Проанализированы 61 нормативно-правой акт Российской Федерации (4 федеральных закона Российской Федерации, 2 постановления Правительства Российской Федерации, 55 приказов федеральных органов исполнительной власти, в т.ч. 52 Минздрава России) и 31 клиническая рекомендация, одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России. Использованы аналитический и сравнительный методы, а также метод контент-анализа. Накопление, корректировка, систематизация полученных результатов проводилась в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016.
Результаты. Разработан алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, который состоит из 9 модулей: расспрос пациента; объективные исследования; оценка достижения целевых показателей здоровья; оценка риска неблагоприятных событий; оценка результатов консультаций врачей-специалистов; установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий; информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации); оформление медицинской документации.
Выводы.
Разработанный алгоритм содержит систематизированную информацию о мероприятиях, предусмотренных в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, что позволит в полной мере осуществлять профилактику и своевременное выявление осложнений или обострений заболеваний (состояний), коррекцию лечения, снижение числа внеплановых госпитализаций, осуществление медицинской реабилитации, лечебно-профилактического и санаторно-курортного лечения.

ОСОБЕННОСТИ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Иркабаева М.М., Колесникова И.Ю.
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Актуальность. Независимая оценка качества образования в медицинском вузе позволяет уточнить ожидания участников образовательного процесса, а также удовлетворенность его результатами.
Цель исследования. Сопоставить результаты анкетирования обучающихся и выпускников Тверского ГМУ с данными опроса работодателей в отношении качества образования и перспектив его повышения.
Материалы и методы. Исследование проводилось добровольно при помощи специально разработанных опросников, размещенных в Yandex-form, при поддержке Министерства здравоохранения Тверской области. Всего в опросе принял участие 391 обучающийся по программам высшего образования — программам специалитета, направления подготовки «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология». Также на вопросы анкет ответили 92 выпускника Тверского ГМУ разных лет и 29 представителей работодателя (главные врачи, заведующие отделениями, представители кадровой службы).
Результаты. Удовлетворенность качеством образования среди обучающихся была довольно высокой и варьировала на факультетах от 86 до 89%. Помимо пожеланий по улучшению материально-технической базы, наиболее часто студенты ожидали повышения практической направленности занятий: увеличения клинических примеров в аудиторной работе, упрощения доступа к клинической работе с больными, возможности выполнения различных медицинских манипуляций в условиях клиники, в том числе с использованием современных и передовых материалов и методик, уменьшения количества заполняемой документации. Выпускники Тверского ГМУ были удовлетворены качеством полученного в вузе образования в 82% случаев, при этом на адаптацию к месту работы потребовалось не более 1 месяца 44 (47,8%) опрошенным, до полугода — 29 (31,5%), до 1 года — 10 (10,9%). Вполне достаточно было практических навыков, полученных в вузе, для успешного начала карьеры 29 (31,5%) респондентам, частично — 45 (48,9%). Выпускники рекомендовали для повышения качества образования в вузе увеличить количество практики, ситуационных задач, уменьшить использование тестирования, как неэффективного средства оценки знаний; повысить роль работодателей в преподавании отдельных дисциплин и практик; увеличить обеспеченность современными тренажерами и симуляторами для отработки сложных мануальных и инструментальных навыков; больше внимания уделять развитию коммуникативных навыков и заполнению медицинской документации. Среди работодателей полностью удовлетворены уровнем профессиональной подготовки работающих выпускников Тверского ГМУ были 28 (96,6%) респондентов. По мнению работодателей, наиболее важными для практической работы являются такие компетенции выпускников как умение работать в коллективе (в команде) — 28 (96,6%); понимание этики, деонтологии, коммуникативные навыки — 27 (93,1%); умение вести медицинскую документацию — 24 (82,8%); умение принимать решение в различных ситуациях — 24 (82,8%); владение информационно-коммуникационными технологиями — 24 (82,8%); умение организовать рабочее место и собственную деятельность — 23 (79,3%); способность ориентироваться в условиях смены технологий — 20 (69,0%); способность формировать траекторию самостоятельного обучения — 19 (65,5%).
Выводы.
Студенты ожидают преимущественно увеличения объема работы в клинике, не акцентируя внимания на развитии коммуникативных навыков, умении работать с медицинской документацией, в том числе в электронном документообороте, тогда как выпускники и работодатели убеждены, что указанные элементы являются исключительно важными для успешной работы современного врача и сокращения периода профессиональной адаптации.

РОЛЬ МЕНОПАУЗЫ В РАЗВИТИИ САРКОПЕНИИ

Испавская К.С.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Оценка связи между менопаузой и развитием саркопении позволяет выявить целевые группы для ранней профилактики данного гериатрического синдрома, значительно ухудшающего функциональную независимость и качество жизни женщин постменопаузального возраста.
Цель исследования. Оценить влияние ранней менопаузы на риск развития саркопении (СП) у женщин старше 60 лет.
Материалы и методы. В одномоментное исследование включены 103 женщины от 61 до 83 лет. Критерии включения: женщины старше 60 лет, способные к самообслуживанию. Критерии невключения: декомпенсация хронических заболеваний, выраженные когнитивные нарушения. Всем пациенткам проведены: антропометрические измерения (масса тела, рост, окружность талии (ОТ)), расчет индекса массы тела (ИМТ), кистевая динамометрия (ДМ), тест «Вставание со стула» (Chair rising test).
Результаты. Согласно критериям EWGSOP2, по результатам оценки мышечной силы, пациентки разделены на 2 группы: 1 (n=61) — без СП, 2 (n=42) — с вероятной СП. Группы сопоставимые по возрасту 73,0 (70,0-75,0) и 73,5 (70,0-76,0) лет, p=0,531, антропометрическим показателям (ИМТ 27,7 (25,7-31,3) и 28,5 (25,2-32,0) кг/м^2, p=0,854, ОТ 94,0 (89,0-100,0) и 93,5 (87,0-107,0) см, p=0,997) и индексу коморбидности Чарлсона 3,00 (2,00-4,00) балла в обеих группах, p=0,220. У пациенток с СП возраст наступления менопаузы значимо ниже 49,0 (43,0-50,0) против 50,0 (47,5-53,0) лет, p= 0,027, длительность постменопаузы значимо выше 25,0 (23,0-28,0) против 23,0 (20,0-26,0) лет, p=0,019. Ранняя менопауза (до 45 лет) значимо преобладала в группе 2 в 13 (30,95%) случаях против 9 (14,75%), p=0,045. Относительный риск развития СП при ранней менопаузе (RR) = 1,65 (95% ДИ: 1,05-2,60), p=0,045. По типу наступления менопаузы (естественная и индуцированная) значимых различий не выявлено, в группе 1 в 49 (80,32%) и 6 (9,84%), в группе 2 в 27 (64,29%) и 9 (21,43%) случаях соответственно, p = 0,076. Прием менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в 36 (59,02%) против 17 (40,48%) случаях, p = 0,053. Отношение шансов назначения МГТ и вероятной СП = 2,12 (95% ДИ: 0,95-4,71), p=0,077.
Выводы.
Ранняя менопауза может являться фактором риска саркопении у женщин старше 60 лет. В данном исследовании не получено статистически значимых доказательств влияния МГТ на снижение риска саркопении. Тем не менее наблюдается положительная тенденция: прием терапии ассоциируется с двукратным увеличением шансов на отсутствие саркопении. Для подтверждения данной гипотезы требуется проведение исследования с большим объемом выборки.

ИНФЕКЦИОННЫЕ МИОКАРДИТЫ: ВСЕ ЛИ ТАК ПРОСТО И ОДНОЗНАЧНО?

Ишмурзин Г.П., Пальмова Л.Ю.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Частота миокардитов составляет от 20 до 30% всех некоронарогенных заболеваний сердца. Учет миокардитов в реальной клинической практике — трудновыполнимая задача, что связано с наличием стертых форм и разнообразных клинических проявлений болезни, обусловливающих прижизненную гиподиагностику миокардитов. Цель работы — путем анализа клинической ситуации обратить внимание врачей на возможность развития миокардита на разных стадиях инфекционного процесса.
Описание случая. К.В.Х., мужчина, 25 лет, житель Уганды, студент. Жалобы на давящие боли в прекардиальной области, связанные с глубоким дыханием, поворотами туловища, сердцебиение, одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,5 градусов, сухой кашель. Анамнез: считает себя больным в течение 3-х дней, когда появились давящие боли преимущественно за грудиной указанного выше характера без четкой связи с физической нагрузкой. После регистрации ЭКГ скорой помощью был доставлен в многопрофильный стационар с диагнозом: Острый инфаркт передней стенки миокарда, который был исключен. Вскоре присоединились сухой кашель, лихорадка и астеновегетативный синдром. За 3 месяца до настоящей госпитализации проходил стационарное лечение в связи с острым перикардитом после перенесенной ОРВИ, выписался с улучшением, терапию не получал. Объективно: вынужденное положение сидя с наклоном вперед. Частота дыхания — 22 в минуту, ослабление дыхания по задненижним отделам слева. Тоны сердца приглушенные, аритмичные за счет экстрасистол, учащенные с ЧСС 90 ударов в минуту, шума трения перикарда нет. АД на левой руке — 105/80 мм рт. ст., на правой — 110/85 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. В общем анализе крови нейтрофилез, значимые концентрации СРБ, прокальцитонина, тропонин 0,063 нг/мл, обнаружены IgG к цитомегаловирусу в высоком титре, в крови высеян золотистый стафилококк. ЭХО-кардиоскопия: небольшое количество жидкости в полости перикарда, фракция выброса 64%. Холтер ЭКГ: желудочковые экстрасистолы 4б класса по Лауну, подъем сегмента ST до 5 мм по I и III каналам. По УЗИ выпот в левой плевральной полости. Клинический диагноз: Персистирующий поствирусный миокардит, осложненный выпотным перикардитом, рецидив. ХСН IIБ ст. ФКII. Гидроторакс слева. Септицемия.
Заключение.
Во время текущей ОРВИ/ОРЗ клинические симптомы и изменения на ЭКГ неспецифичны и могут быть расценены как проявления синдрома интоксикации. Данный клинический пример подчеркивает важность клинической настороженности в отношении возможного развития миокардитов на разных этапах инфекционного процесса.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Калачик О.В., Смолякова М.В.
МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Нефротический синдром является одним из жизнеугрожающих состояний у пациентов с острыми или хроническими заболеваниями почек. Кардиоваскулярные тромбоэмболические осложнения зачастую возникают раньше других проявлений данной патологии.
Цель исследования. Изучить факторы риска неблагоприятных событий у пациентов с нефротическим синдромом и тромбоэмболическими осложнениями.
Материалы и методы. За два года исследования на базе отделения нефрологии и гемодиализа «Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии» было выявлено 24 пациента, у которых впервые был диагностирован нефротический синдром. 10 (41,7%) из них к моменту включения в исследование уже имели тромбоэмболические осложнения, такие как тромбоэмболия легочной артерии, острое нарушение мозгового кровообращения, венозный тромбоз. У остальных 14 (58,3%) пациентов кардиоваскулярный анамнез не был отягощен. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.
Результаты. С целью постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения всем пациентам была выполнена нефробиопсия. Наиболее частыми причинами нефротического синдрома у исследуемых пациентов стали мембранозная нефропатия и амилоидоз — по 33,3% (n=8) и фокально-сегментарный гломерулосклероз — 16,7% (n=4). Следует отметить, что мембранозная нефропатия чаще встречалась среди пациентов с отягощенным кардиоваскулярным анамнезом: 60,0% против 14,3%, $p<0,05$. У всех пациентов была диагностирована дислипидемия и гипопротеинемия. Средний уровень липопротеинов низкой плотности значимо превышал нормальные показатели — 8,1±1,1 ммоль/л, в то время как альбумин в крови у пациентов с нефротическим синдромом был снижен до 19,3±2,1 г/л Азотовыделительная функция почек была в пределах нормы в 75,0% (n=18) случаев. Различия в данных показателях в зависимости от кардиоваскулярного анамнеза установлены не были. У всех обследуемых лиц наблюдалась массивная протеинурия.
Выводы.
Таким образом, частота встречаемости кардиоваскулярных осложнений у пациентов с впервые выявленным нефротическим синдром высока. Среди пациентов, которые имели тромбоэмболические осложнения, диагноз «мембранозная нефропатия» встречался чаще, а уровень суточной экскреции белка с мочой был выше, чем у пациентов без таковых осложнений. Своевременное выявление нефротического синдрома необходимо для профилактики кардиоваскулярных осложнений у данной когорты пациентов.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Калашникова Т.П., Арсеньева Ю.А., Зиновьева А.С., Тимошенко Р.С., Каменщиков Н.О., Козлов Б.Н., Бощенко А.А.
НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность. Нозокомиальная пневмония (НП) — наиболее частое терапевтическое осложнение послеоперационного периода.
Цель исследования. Изучить частоту и факторы риска (ФР) развития НП после кардиохирургических операций по данным одноцентрового регистрового исследования в современной когорте пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 504 историй болезней пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые были оперированы по этому поводу в период с 01.01.2022 по 31.12.2022 г. Диагноз НП устанавливали на основании национальных рекомендаций.
Результаты. Частота развития НП в группе в целом составила 25% и была значимо выше у пациентов, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК) (n=417), чем без ИК (n=87) — 27,6% против 12,6% соответственно (p=0,003). НП встречалась с частотой 35% после транскатетерной имплантации аортального клапана; 32% после операции Frozen Elephant Trunk; 29,5% после коронарного шунтирования (КШ); 26,2% после сочетанной операции КШ + вмешательство на сердечном клапане; 25,9% после изолированной коррекции клапанного порока; 19,5% после операции Hemiarch; 2,2% после каротидной эндартерэктомии. Связи типа операции с частотой развития НП не установлено. Согласно многофакторной логистической регрессии основными независимыми предикторами развития НП являются ИК (ОШ=2,38; 95% ДИ [1,18; 4,79], p=0,015), фибрилляция предсердий (ФП) до операции (ОШ=2,41; 95 ДИ [1,32; 4,39], p=0,004), курение (ОШ=1,66; 95% ДИ [1,10; 2,52]; p=0,017), длительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (ОШ=1,03; 95% ДИ [1,01; 1,05]; p=0,007), значимость модели была высокой (p=0,000). По данным ROC-анализа пороговым значением длительности ИВЛ в качестве предиктора развития НП служит время 14 часов и более (чувствительность 63,1%; специфичность 69,3%, AUC=0,641, p=0,005). Отмечено прогрессивное возрастание частоты НП по мере увеличения числа ФР (p=0,000). В подгруппах пациентов без ФР частота НП составила 15,4%, с одним, двумя, тремя и четырьмя ФР — 14,6; 24; 41,6 и 75% соответственно. Увеличение количества ФР от двух и более в сравнении с отсутствием или одним ФР НП сопровождалось прогрессивным статистически значимым увеличением частоты НП.
Выводы.
НП является распространенным терапевтическим осложнением послеоперационного периода у кардиохирургических пациентов. Основными факторами риска ее развития являются ИК, курение, ФП до операции, длительность ИВЛ. Частота НП возрастает по мере увеличения числа ФР.

ВЛИЯНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОГО ОКСИДА АЗОТА НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Калашникова Т.П., Каменщиков Н.О., Зиновьева А.С., Тимошенко Р.С., Козлов Б.Н., Бощенко А.А., Арсеньева Ю.А.
НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность. Показана высокая эффективность ингаляционного оксида азота (iNO) примененного после хирургической реваскуляризации миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в качестве способа профилактики послеоперационных пневмоний (ПП).
Цель исследования. Сравнить показатели вентиляционной функции легких и их динамику в течение госпитального периода у пациентов с ИБС после операции, открытой реваскуляризации миокарда, получающих и не получающих iNO с целью профилактики ПП.
Материалы и методы. В исследование включено 62 пациента с ИБС на спонтанном дыхании на 2 сутки после планового коронарного шунтирования (КШ). Пациенты были рандомизированы на две группы. Контрольная группа (n=29), получала стандартную терапию. Основная группа (n=33) начиная со 2 суток после операции, дополнительно получала iNO в концентрации 200 p.p.m. по 30 минут 2 раза в день в течение 5 дней. Оценку вентиляционной функции легких проводили перед операцией, на 7-е сутки после вмешательства и перед выпиской. Оценивали объем форсированного выдоха (ОФВ), ОФВ за первую секунду (ОФВ1), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную ЖЕЛ (ФЖЕЛ), пиковую скорость выдоха (ПСВ) и скорость выдоха при 25-75% ЖЕЛ (МОС25-75). С учетом характера распределения данных, для статистического анализа применяли методы непараметрической статистики. Различия считали статистически значимыми при уровне $p<0,05$.
Результаты исследования.
Дооперационные и интраоперационные параметры, включая демографические данные и показатели спирометрии, в группах были сопоставимы. На 7-е сутки после операции закономерно выявлено ухудшение показателей функции внешнего дыхания в обеих группах в виде снижения ОФВ, ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ПСВ и МОС25-75 в сравнении с дооперационными значениями (все различия при $p < 0,001$), однако в группе iNO степень снижения ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ и ПСВ была меньше. Это обеспечило межгрупповые различия по показателям спирометрии на 7 сутки после операции: ОФВ1 составил 1,70±0,09 и 1,44±0,44 ($p=0,018$) литров (л) в основной и контрольной группе соответственно, ЖЕЛ 1,96 [1,50; 2,26] и 2,31 [1,87;2,83] л ($p=0,022$), ФЖЕЛ 1,86 [1,50; 2,09] и 2,19 [1,50; 2,56] л ($p=0,07$), ПСВ 3,01[2,44-3,49] и 4,01[2,64-5,05] л, МОС-50 1,77 [1,49-2,12] и 2,18 [1,68-2,96] л и МОС-75 в %: 39,00 [30,5-49,00] и 54,00 [40,00-65,00] ($p= 0,013$). К моменту выписки межгрупповые различия сохранялись по уровню ОФВ 1%.
Выводы.
Реализация эффекта высокодозной ингаляционной терапии NO по профилактике послеоперационной пневмонии у пациентов с ИБС после КШ ассоциирована с благоприятным влиянием медицинского газа на нарушенную после операции вентиляционную функцию легких.

ФАКТОРЫ РИСКА И ТЕМПЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИИ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Карзакова Л.М., Григорьева И.М., Арсентьева Т.А., Ерохина О.В., Кудряшов С.И.
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Первичная мембранозная нефропатия (МНП) — наиболее распространенный морфологический вариант нефротического синдрома (НС) у взрослых в европеоидной популяции. У 30% пациентов с МНП развивается терминальная почечная недостаточность, ассоциированная с неуклонным прогрессированием МНП.
Цель исследования. Изучить факторы риска и темпы прогрессирования МНП с НС.
Материалы и методы. В исследование были включены 136 больных МНП, получавших лечение в связи с активным НС. По истечении 24-месячного периода от начала лечения были оценены результаты лечения. У 78 пациентов была установлена ремиссия НС.
У 58 пациентов НС был рефрактерен к лечению. Больным проводили обследование и лечение в соответствии с Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению мембранозной нефропатии (2021), специальные исследования включали определение показателей иммунного статуса, цитокинового профиля крови и мочи. Риск прогрессирования МНП оценивали по величине суточной протеинурии: 8 г — высокий риск. Темпы прогрессирования ХБП определяли по величине снижения СКФ за год. Корреляционный анализ проводили по критерию Спирмена.
Результаты. С возрастанием риска прогрессирования МНП увеличивались возраст пациентов, суточная протеинурия, креатинемия, число рецидивов НС. Темп прогрессирования заболевания был наибольшим в группе пациентов, имевших высокий риск прогрессирования. Ускоренный темп прогрессирования НС — уменьшение СКФ больше 5 мл/мин/1,73м^2 в год наблюдался при активном НС с высоким риском прогрессирования заболевания, рефрактерном течении НС. Темп прогрессирования почечной недостаточности при МНП с НС коррелировал положительно с возрастом пациентов (rs=0,72, p=0,001), числом среднегодовых рецидивов НС (rs=0,72, p=0,001), абсолютным содержанием в крови HLA-DR+-активированных цитотоксических Т-лимфоцитов (rs=0,72, p=0,001), уровнями экскреции с мочой IL-8 (rs=0,71, p=0,001) и IgG (rs=0,88, p=0,001). Число регуляторных (Treg) клеток было связано отрицательно с темпом снижения СКФ (rs=-0,64, p=0,001). У пациентов с рефрактерным НС темп ежегодного снижения СКФ превышала в 2,3 раза таковой у пациентов с НС, достигшим ремиссии. У 25% пациентов с рефрактерным НС наблюдалось ускоренное прогрессирование ХБП.
Выводы.
Представленные данные свидетельствуют о прямом влиянии цитотоксической активности Т-лимфоцитов, повышенной продукции IL-8 в почках и IgG в моче на прогрессирование МНП с НС. Число Treg-клеток отрицательно коррелировало с темпом прогрессирования заболевания и, по всей видимости, является фактором, препятствующим повреждению клубочкового барьера. Быстрый темп прогрессирования МНП зависит от иммуноопосредованного повреждения клубочкового фильтрационного барьера и ассоциирован с рефрактерным течением НС.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID

Карпова И.С., Суджаева О.А.
РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Вирус, вызывающий COVID-19, опасен своими отдаленными последствиями, особенно по влиянию на сердечно-сосудистую систему. Однако, длительность сохранения постковидных изменений и их влияние на структурно-функциональное состояние сердца у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) изучены недостаточно.
Цель исследования. Провести оценку структурно-функционального состояния сердца у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), перенесших COVID-19.
Материалы и методы. В исследование включено 135 пациентов с ХИБС (≥12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда — ИМ), которые были разделены на 2 группы: I группа — 85 пациентов, перенесших COVID-19; II группа — 50 пациентов, не переносивших COVID-19. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту и другим клинико-демографическим характеристикам ($p>0,05$). У всех включенных в исследование, исходно, через 3, 6 и 12 месяцев проведено комплексное клинико-инструментальное обследование: исследование N-концевого фрагмента натрийуретического пептида (NT-proBNP), тропонина I, электрокардиотопография в 60 отведениях (ЭКТГ-60), мониторирование ЭКГ по Холтер (ХМЭКГ), магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца, которая была дополнено оценкой фракции внеклеточного объема, характеризующей объем фиброза миокарда, компьютерная томографическая ангиография коронарных артерий (КТА КА) с комплексной количественной оценкой степени коронарного атеросклероза с использованием индекса Лейдена.
Результаты. Группы наблюдения были сформированы из пациентов, которые наблюдались с 2017 г. Смертность от COVID-19 среди этих лиц до включения в исследование составила 11,8%. Клинически негативные последствия перенесенной коронавирусной инфекции проявились повторными ИМ у 36% пациентов, прогрессированием коронарного атеросклероза с необходимостью выполнения реваскуляризации миокарда — у 50%, прогрессированием сердечной недостаточности (СН) и развитием ишемической кардиопатии (ИКМП) — у 21% пациентов. В группе лиц, не переносивших COVID, ИМ в период с 2020 по 2024 г.г. имел место у 23% пациентов, ИКМП и прогрессирование СН — у 1 пациента; реваскуляризация выполнена в 7 случаях. Летальные исходы имели место только в группе лиц, переболевших COVID-19 (2 пациента). Уровень тропонина I оставался повышенным через полгода после коронавирусной инфекции. NT-proBNP в группе после COVID-19 через год оставался достоверно выше в сравнении с доковидным уровнем и в сравнении с лицами, не переносившими COVID. В группе I наблюдалось увеличение степени атеросклеротических изменений в КА по данным КТА (от 35% до 40,9%). По данным МРТ сердца у 40% пациентов, перенесших COVID, показатель фракции внеклеточного объема возрос в сравнении с доковидным периодом и превысил референсные значения. При ЭКТГ-60 у пациентов после перенесенного COVID-19 увеличилось число отведений с депрессией сегмента ST, достоверно возросла суммарная амплитуда депрессии сегмента ST и отрицательного зубца Т ($p = 0,0016$). Напротив, в контрольной группе отрицательной динамики выявлено не было. По данным ХМЭКГ в группе пациентов после COVID-19 отмечалось достоверно больше одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭ) ($p=0,000000$), ЖЭ в виде куплетов встречались в 29,0% случаев, т.е. существенно чаще, чем у не болевших.
Выводы.
Перенесенная коронавирусная инфекция отрицательно влияла на прогноз у пациентов с ХИБС, а также способствовала существенному ухудшению структурно-функциональных показателей сердца, как минимум, 12 месяцев.

НЕБЛАГОПРИЯТНАЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИ-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ АГЛОМЕРАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ ПОЛГОДА ПОСЛЕ СОБЫТИЯ

Карпунина Н.С.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Несмотря на известные модифицируемые факторы риска ССЗ, даже при полном комплаенсе со стороны пациента, повторные сердечно-сосудистые события не редки. Учитывая высокую метаболическую и иммунную активность кишечного микробиома, становится актуальным изучение его роли в патогенезе и вторичной профилактике, в том числе, инфаркта миокарда (ИМ).
Цель исследования. Представить данные о состоянии микробиоты толстой кишки, базовых метаболических параметрах и уровнях провоспалительных молекул в отдаленном периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ.
Материалы и методы. Объем наблюдений составил 101 человек: 1-я группа включала 51 пациента с ИМпST 1 типа на ЭКГ; во 2-ю группу вошли 50 человек без сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимых по возрасту и полу. Диагноз ИМпST на ЭКГ устанавливался в соответствии с действующими на момент набора материала клиническими рекомендациями Минздрава России (2020 г.). На госпитальном этапе дополнительно к стандартным лабораторным тестам количественным методом иммуноферментного анализа (наборы производства ЗАО Вектор-Бест) определяли концентрации IL6, IL1β, IL18, С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухолей-альфа (ФНОα), моноцитарного хемотаксического белка-1 (МСР-1), белка, связывающего жирные кислоты (БСЖК). Первый образец стула с момента появления симптомов ИМ направляли в бактериологическую лабораторию для анализа на дисбиоз. В динамике через 207 [158; 214] дней исследования повторяли и оценивали выживаемость и количество повторных случаев ИМ.
Результаты. В первые 6 месяцев после инфаркта прослеживается завершение резорбционно-некротического синдрома, снижение уровня ЛПНП с недостижением целевых значений, а также ЛПВП и СКФ. Сохраняются высокими уровни БСЖК и СРП в сыворотке и без существенной динамики МСР-1. Доли бифидо- и лактобактерий значимо со временем не менялись, процентное содержание факультативных условно патогенных энтеробактерий, стафилококков и дрожжевых грибов оставалось устойчиво превышающим нормативные показатели. За период наблюдения зарегистрировано 2 случая смерти и 2 случая нестабильной стенокардии с благоприятным исходом. Все — мужчины, возраст от 46 до 53 лет, с выраженной острофазовой реакцией, дислипидемией наличием E.coli с гемолитической активностью, либо Klebsiella spp., а также гиперцитокинемией (ИЛ-18 от 476,22 до 1223 ИЛ-6 от 8,98 до 43,1 пг/мл). Независимой предикторной ценностью в отношении течения первых шести месяцев после ИМ в группе, в целом, обладали ОХС, ИЛ-6 и содержание в кале пептококков и типичной кишечной палочки.
Выводы.
Выявление факторов неблагоприятного течения ИМ требует совершенствования работы по достижению целевых значений общего холестерина, обосновывает целесообразность оценки и коррекции дисбиоза.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Карташова П.М., Пирогова О.А.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Рожистое воспаление у пациентов с псориатическим артритом (ПсА) характеризуется повышенной клинической значимостью вследствие иммуносупрессии, обусловленной приемом базисных противовоспалительных препаратов, что значительно увеличивает риск инфицирования. Нарушение барьерной функции кожи при псориазе создает входные ворота для патогена, а рецидивирующее течение рожи приводит к повреждению лимфатической системы и развитию лимфостаза, формируя условия для реинфицирования. Это обуславливает склонность к тяжелому, атипичному течению с высоким риском гнойно-некротических осложнений. Дифференциальная диагностика осложнена сходством начальных симптомов рожи и обострения ПсА, что нередко приводит к запоздалой диагностике и позднему началу антибактериальной терапии.
Описание случая. Пациент Б., 52 года, с установленным диагнозом ПсА, простая форма, полиартритический вариант R-стадия III-IV, ФК I. С января 2022 г. пациент получает терапию: Метотрексат 20 мг в неделю и сульфасалазин 2 грамма в сутки. На фоне лечения достигнута минимальная активность заболевания. В конце сентября 2024 г. на фоне получаемой иммуносупрессивной терапии перенес эпизод рожистого воспаления нижних конечностей во время пребывания на о. Хайнань. По возвращению с отдыха пациент обратился к ревматологу с жалобами на отек и гиперемию стоп, голеней. Лабораторно от 04.10.2024 г.: ОАК: Hg14г/дл, RBC — $4.45*10^9$/л, WBC-$6.05*10^9$/л, СОЭ 9 мм/ч, зафиксирован подъем маркеров воспаления: СРБ 9,5 мг/л, а также транзиторное повышение уровня печеночных трансаминаз (АЛТ 57 Ед/л, АСТ 47 Ед/л) и гиперурикемия (уровень мочевой кислоты — 466 мкмоль/л). Диагноз: Рожа обеих нижних конечностей, эритематозно-буллезная форма, первичная, распространенная, средней степени активности. В лечении: Флемоклав 1000 мг 2 раза в сутки 10 дней, Детралекс 1000 мг 3 раза в сутки 10 дней, Цетрин 1 таб в сутки 7 дней. После купирования острой фазы отмечена полная нормализация биохимических показателей (СРБ 5,6 мг/л, АЛТ 37 Ед/л, АСТ 22 Ед/л, мочевая кислота 371 мкмоль/л), свидетельствующая о стабилизации состояния. В клинической картине обращает на себя внимание отсутствие повышения температуры тела, местной температуры, отсутствие болевого синдрома, а также отсутствие лабораторных отклонений характерных для рожи. Провоцирующим фактором развития рожистого воспаления послужила смена климата на жаркий и влажный во время отдыха.
Заключение.
В установлении диагноза стоит ориентироваться на клинические проявления в локальном статусе и учитывать, возможное отсутствие общеклинических проявлений (озноб, лихорадка), а также отсутствие общевоспалительной реакции крови у пациентов, получающих иммуносупресивную терапию.

СОДЕРЖАНИЕ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Касьянова Т.Р., Вознюк М.А., Кривенцев Ю.А., Левитан Б.Н.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность. Известно, что для хронических заболеваний печени (ХЗП) характерно развитие хронической тканевой гипоксии (ХТГ). Одним из ее лабораторных маркеров является фетальный гемоглобин (HbF), который при одинаковом парциальном давлении более активно поглощает кислород и отдает углекислоту, чем гемоглобин взрослого человека (Hb).
Цель исследования. Исследовать процентное содержание HbF в крови больных хроническим гепатитом (ХГ) и циррозом печени (ЦП) вирусной (В), алкогольной (А) и смешанной (С) этиологии.
Материалы и методы. Обследовано 55 больных ХГ и 153 ЦП (110 мужчин и 98 женщин в возрасте от 30 до 66 лет). Контрольная группа (КГ) — 50 здоровых лиц. В зависимости от этиологии больные были распределены следующим образом: вирусная этиология ХГ — 19, ЦП — 53; алкогольная ХГ — 23, ЦП — 45; смешанная (вирусная + алкогольная): ХГ — 13, ЦП — 55. Количественное определение содержания HbF (г/л) в цельной крови проводилось методом ракетного электрофореза (патент №2310204 от 10.11.2007) с использованием чистых препаратов HbF и авторских моноспецифических анти-сывороток. Учитывая частое снижение при ХБП содержания Hb, для более объективного анализа результатов проводили конвертирование количественного показателя HbF г/л в HbF%.
Результаты. Установлено, что средние значения HbF% при ЦП были достоверно выше, чем при ХГ (соответственно, 3,07+-0,07% и 2,5+- 0,06%).
Выводы.
При ХГ и особенно ЦП вне зависимости от этиологии в крови имелось превышение нормальных параметров HbF%, по сравнению с нормой, что может свидетельствовать о наличии ХТГ. Наиболее значительный рост показателей наблюдается при ЦП смешанной этиологии.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ — ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кацуба А.А., Монисов Ф.М., Залетова Т.С.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, Россия

Актуальность. Респираторные вирусные инфекции, включая грипп, COVID-19 и другие ОРВИ, нередко приводят к затяжному восстановительному периоду, сопровождающемуся астенией, снижением толерантности к физической нагрузке и нарушением нутритивного статуса. Особую значимость приобретают немедикаментозные методы реабилитации, направленные на коррекцию дефицита микронутриентов, восстановление мышечной массы и улучшение функциональных показателей дыхательной системы.
Цель исследования. Оценить влияние комбинированной программы, включающей оптимизацию питания и дозированные физические нагрузки, на скорость восстановления, лабораторные и клинические показатели у пациентов после перенесенных РВИ.
Материалы и методы. В проспективное сравнительное исследование включены 120 пациентов в возрасте 18-65 лет, перенесших РВИ средней степени тяжести. Основная группа (60 человек) получала персонализированную нутритивную поддержку с повышенным содержанием белка (1,2-1,5 г/кг), полиненасыщенных жирных кислот омега-3, витаминов D, C, группы B, цинка и селена, а также программу постепенного увеличения физической активности (дыхательные упражнения, скандинавская ходьба, ЛФК). Контрольная группа (60 человек) следовала общим рекомендациям без строгого контроля питания и нагрузок. Оценка эффективности проводилась через 4 и 12 недель с использованием шкалы астении MFI-20, теста 6-минутной ходьбы, спирометрии, а также лабораторных маркеров: уровень сывороточного альбумина, С-реактивного белка (CRP), интерлейкина-6 (IL-6), ферритина, общего лимфоцитарного звена и витамина D.
Результаты. В основной группе отмечено достоверное улучшение физической выносливости: прирост дистанции в 6-минутном тесте ходьбы составил 32% против 12% в контроле. Показатели астении снизились на 40% по сравнению с 18% в контрольной группе. Лабораторные данные продемонстрировали положительную динамику: нормализация уровня альбумина (42,5±2,1 г/л против 38,4±3,2 г/л), снижение CRP с 8,2 до 2,4 мг/л, уменьшение IL-6 на 35%. У 85% пациентов основной группы зафиксирован достаточный уровень витамина D (>30 нг/мл) по сравнению с 52% в контроле.
Выводы.
Комплексный подход, сочетающий нутритивную коррекцию с дозированной физической активностью, способствует более быстрому восстановлению после РВИ, снижению воспалительных маркеров и улучшению функциональных показателей. Полученные данные обосновывают необходимость включения подобных программ в стандарты реабилитации пациентов с поствирусным астеническим синдромом.

АНАЛИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Квиткова Л.В., Халимова А.С.
ГАУЗ КОКБ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Рост частоты фолликулярной аденом щитовидной железы (ФАЩЖ) диктует необходимость установления факторов риска ее развития.
Цель исследования. Изучить показатели инсулинорезистентности (ИР) и уровни селена (Se), цинка (Zn), меди (Cu) в волосах у лиц с ФАЩЖ.
Материалы и методы. В обсервационном исследовании участвовали 107 женщин с ФАЩЖ и 46 женщин без соматической и эндокринной патологии — контрольная группа. У всех оценивали индекс массы тела (ИМТ), отношение ОТ/ОБ, тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св. Т4) крови, индекс HOMA-IR, уровни селена (Se), цинка (Zn) и меди (Cu) в волосах методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии, структуру и объем ЩЖ- методом УЗИ. Референсные значения: ИМТ 18,5-25 кг/м2, ОТ/ОБ ≤0,85, ТТГ — 0,4-4,0 мкЕд/мл, св. Т4 — 9-22 пмоль/л, HOMA-IR.
Результаты. Медиана возраста у лиц с ФАЩЖ — 53 года (42;60), в группе контроля — 53 года (42;57), p=0,133. У всех диагностирован эутиреоз. В группе с ФАЩЖ 30,8% женщин имели избыточную массу тела, 38,4% — ожирение, в контрольной группе соответственно 30,4% (p=0,887) и 41,3% (p=0,867). Индекс ОТ/ОБ>0,85 установлен у 61,7% пациентов с ФАЩЖ, в группе контроля — у 15,2%, p=0,000. Медиана индекса HOMA-IR при ФАЩЖ — 3,05 (1,72;3,97), в группе контроля — 1,54 (1,26;1,86), p=0,000. Дефицит Se установлен у 70,1%, Zn- у 65,4%, Cu- у 64,5% женщин с ФАЩЖ, в группе контроля соответственно: у 21,7% (p=0,000), 17,4% (p=0,000) и 23,9% лиц (p=0,000). При ФАЩЖ медиана Se — 0,13 (0,09;0,15) мкг/г, Zn — 175 (169;180) мкг/г, Cu — 10,8 (9,8;11,2) мкг/г, в группе контроля соответственно: 0,165 (0,15;0,28) мкг/г (p=0,000), 184,5 (181;189) мкг/г (p=0,000), 11,5 (11;11,9) мкг/г (p=0,000).
Выводы.
Высокая частота дефицита Se (у 70,1%), Zn (у 65,4%) и Cu (у 64,5%), повышенного уровня индекса HOMA-IR (53,3%), ОТ/ОБ (61,7%) дают основание отнести эти показатели к факторам риска ФАЩЖ.

ДЕФИЦИТ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Квиткова Л.В., Халимова А.С.
ГАУЗ КОКБ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Значительная распространенность фолликулярной аденомы щитовидной железы (ФАЩЖ) требует изучения ее связи с нарушением обеспеченности микроэлементами (МЭ).
Цель исследования. Оценить уровни селена (Se), цинка (Zn), меди (Cu) в волосах у лиц с ФАЩЖ.
Материалы и методы. В обсервационное исследование включены 107 женщин с ФАЩЖ и 46 женщин без соматической и эндокринной патологии (группа контроля). У всех оценивали индекс массы тела (ИМТ), тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4), уровни Se, Zn и Cu в волосах методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии, структуру и объем ЩЖ методом УЗИ. Референсные значения: ИМТ 18,5-25 кг/м^2, ТТГ — 0,4-4,0 мкЕд/мл, св.Т4 — 9-22 пмоль/л, в волосах Se- 0,15-1,8 мкг/г, Zn- 180-230 мкг/г, Cu- 11-17 мкг/г, объем ЩЖ 9-18 см^3. Полученные данные проанализированы в Statistica 12.0. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.
Результаты. Возраст лиц с ФАЩЖ — 53 года (42;60), в группе контроля — 53 года (42;57), p=0,133. Все пациенты имели эутиреоз. Медиана ИМТ при ФАЩЖ- 28 (28,6;32), в группе контроля — 28,4 (24,7;32,9), p=0,219. Среди пациентов с ФАЩЖ выявлен дефицит Se — у 70,1%, Zn — у 65,4 %, Cu — у 64,5%. В контрольной группе, соответственно дефицит Se: у 21,7% (p=0,000), Zn — у 17,4% (p=0,000), Cu — у 23,9% (p=0,000). Медианы уровней, изучаемых МЭ при ФАЩЖ, были снижены: Se -0,13 (0,09;0,15) мкг/г, Zn -175 (169;180) мкг/г, Cu -10,8 (9,8;11,2) мкг/г, а в группе контроля эти показатели составили соответственно: 0,165 (0,15;0,28) мкг/г (p=0,000), 184,5 (181;189) мкг/г (p=0,000), 11,5 (11;11,9) мкг/г (p=0,000).
Выводы.
Дефицит Se (у 70,1%), Zn (у 65,4%) и Cu (у 64,5%) у большинства лиц с ФАЩЖ указывает на роль данного фактора в развитии ФАЩЖ.

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кириллова И.Г., Семашко А.С., Потапова А.С.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания — наиболее частая и клинически значимая коморбидная патология при ревматоидном артрите (РА). Хроническое системное воспаление и провоспалительные цитокины играют ключевую роль в ускоренном развитии мультифокального атеросклероза, что значительно повышает риск сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.
Цель исследования. Изучить взаимосвязь провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α и ИЛ-1 RA) и атеросклероза периферических артерий (сонных и бедренных артерий) (ПФА) у больных РА.
Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент с достоверным диагнозом РА, соответствующим классификационным критериям ACR/EULAR 2010 г. В основном это были женщины (81,4%), средний возраст составил 47,0 ± 10,9 года, медиана длительности болезни — 120 [60,0; 204,0] месяцев, с развернутой стадией заболевания было 54 пациента (76,1%), умеренной и высокой степенью активности заболевания по критериям индексов DAS28, SDAI и CDAI до назначения ГИБП. Всем пациентам определяли уровень ИЛ-6, ФНО-α и ИЛ-1 RA в сыворотке крови методом ИФА, проводили УЗДГ СА и БА с оценкой толщины КИМ и наличия АСБ. Группу контроля составили 30 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу.
Результаты. Среди обследованных больных РА атеросклеротическое поражение СА было обнаружено — у 22 (31%), БА — у 20 (28,2%). Сочетанное поражение СА и БА выявлено у 13 (59,1%). У больных РА атеросклероз СА и БА встречался значимо чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$). В группе больных РА уровни цитокинов ИЛ-6 и ФНО-α были достоверно выше, чем в контроле. Уровень ИЛ-1 RA достоверно не различался. Толщина КИМ БА была выше при повышенном ФНО-α (0,65 vs 0,56 мм, $p<0,05$), а КИМ СА — при повышенном ИЛ-1 RA (0,60 vs 0,56 мм, $p<0,05$). Для ИЛ-6 различий не выявлено. Уровни цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α, ИЛ-1 RA) у больных РА с поражением ПФА и без него не различались ($p>0,05$). Пациенты с РА были проанализированы в зависимости от сочетания повышенных значений цитокинов. Были выделены 3 группы:
1 — с повышением всех трех уровней ЦТ (n=14), 2 — с повышением 2 ЦТ (n=36), 3 — с повышением 1 ЦТ (n=19). Было выявлено, что КИМ БА был достоверно толще ($p<0,05$) в группе с повышенным уровнем 3 цитокинов.
Выводы.
У пациентов с РА с высокой частотой выявляется атеросклероз ПФА, в том числе МФА. Больные РА с повышенным уровнем ИЛ-1 RA и ИЛ-6 чаще имеют АС ПФА. Одновременное повышение уровня ИЛ-6, ИЛ-1 RA и ФНО-α приводит к выраженному утолщению КИМ артерий нижних конечностей. У больных РА необходимо проведение УЗДГ ПФА для выявления МФА и стратификации риска ССО.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ИСХОД ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кичигин В.А., Абызов А.С.
ФГБОУ ВО ЧГУ им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности во всем мире, что требует выявления надежных прогностических маркеров летального исхода.
Цель исследования. Оценить вклад различных клинико-лабораторных параметров на клинический исход у пациентов с острым коронарным синдромом.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 100 человек, госпитализированных в БУ «Республиканский кардиологический диспансер» (г. Чебоксары) в 2024-2025 г.г. с диагнозом «острый коронарный синдром». Проводился ROC-анализ с целью получения точек отсечения (cut-off) с наилучшим сочетанием чувствительности и специфичности. Рассчитывался относительный риск (ОР) летального исхода для полученных точек отсечения.
Результаты. Госпитализировано 58 мужчин и 42 женщины. Смертность среди мужчин составила 17,2% и 20,8% среди женщин. В 79,3% случаев у мужчин и 83,3% у женщин диагностирован острый инфаркт миокарда, в остальных ситуациях установлена нестабильная стенокардия. Причиной летального исхода острый инфаркт миокарда стал у 19,6% мужчин и 28,6% женщин. Достоверных возрастно-половых различий во влиянии на исход у пациентов не обнаружено. Наиболее значимыми прогностическими показателями явились: частота дыхательных движений> 19 в минуту — летальность составила 77,3% при наличии признака против 3,8% при его отсутствии, ОР- 20,0, $p<0,001$; сатурация кислорода ≤90% — летальность составила 76,5% против 8,4%, ОР-9,0, $p<0,001$; уровень систолического артериального давления ≤ 93 мм.рт.ст, — летальность составила 91,7% против 10,2%, ОР-8,9, $p<0,001$; фракция выбора левого желудочка≤52% — летальность составила 28,3% против 7,5%, ОР-3,8, $p=0,011$; уровень глюкозы крови>7,58 ммоль/л, — летальность составила 37,8%.
Выводы.
Наиболее важными и достоверными предикторами летального исхода являются объективные показатели, отражающие степень нарушения жизненно важных функций: дыхательная недостаточность, гемодинамическая нестабильность, нарушение сократительной способности сердца, системные метаболические расстройства (гипергликемия, почечная дисфункция), клинические признаки критического состояния (потребность в кислороде, нарушение сознания).

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

Клестер К.В., Клестер Е.Б.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. В последние годы большое количество исследований посвящено сочетанию ХОБЛ и метаболического синдрома (МС). МС диагностирован по различным данным у 21 — 65% больных ХОБЛ, а сахарный диабет 2-го типа выявлен у 10 — 37% больных ХОБЛ. Установлено, что сопутствующие ССЗ являются ключевым фактором заболеваемости и смертности, связанных с ХОБЛ, при этом примерно каждый третий пациент с ХОБЛ умирает от сердечно-сосудистых катастроф, что позволяет рассматривать ХОБЛ как компонент «легочно-сердечно-метаболического континуума».
Цель исследования. Сравнить клинико-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы у больных с метаболическим синдромом (МС) на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).
Материалы и методы. Больные с МС без ХОБЛ (I группа) (n=60; 41 муж, средний возраст 48,8 ± 9,1 лет). Группа II — 60 больных с МС и ХОБЛ, сопоставимых по возрасту, полу. Группа III — 40 больных ХОБЛ без МС, сопоставимых по возрасту, полу, степени и стадии ожирения, а также группе риска ХОБЛ: группа А — 7%, группа В — 31%, группа Е — 62% (GOLD, 2023). Критерии исключения: вторичные формы ожирения, лица, с ИМТ <18 кг/м^2.
Результаты. У пациентов с ХОБЛ и МС регистрировались более высокие цифры систолического АД по дневникам самомониторирования, которые достигали в I группе 134 [125; 138] мм.рт.ст., во II группе — 139 [133; 147] мм.рт.ст., в III группе — 124 [118; 126] мм.рт.ст.
Выводы.
Ввиду широкой распространенности метаболический синдром следует рассматривать не только в связи с бронхитическим фенотипом ХОБЛ, но и как фактор риска развития патологии системы дыхания, с возможностью взаимонеблагоприятного влияния на респираторную, кардиоваскулярную и эндокринную системы с формированием пульмо-кардиометаболического континуума.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И ОЖИРЕНИЕ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УРОВНЯ NT-proBNP

Клестер К.В., Егхоса И.К., Клестер Е.Б.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) — это гетерогенный синдром с различными фенотипами, и ожирение является одним из наиболее распространенных и клинически значимых фенотипов СНсФВ. Ожирение способствует развитию СНсФВ по нескольким причинам, в том числе из-за задержки натрия, нейрогуморальной дисрегуляции, изменения метаболизма энергетических субстратов, увеличения количества висцеральной жировой ткани и системного воспаления. Диагностическими маркерами ХСН являются результаты ЭХО-КГ и уровень N-концевого пропептида натрийуретического гормона (В-типа) (NT-proBNP), которые имеют обратную зависимость от индекса массы тела (ИМТ), поэтому применение NT-proBNP в алгоритмах диагностики ХСН у пациентов с ожирением остается сложной задачей.
Цель исследования. Изучить зависимость уровня NT-proBNP у пациентов с СНсФВ от степени ожирения.
Материалы и методы. Проведены углубленные клинические наблюдения с анализом ЭКГ, ЭХОКГ, суточ¬ного мониторирования АД и ЭКГ, теста с 6-минутной ходьбой при непосредственном наблюдении у 56 больных с ХСН с сохранной ФВ, разделенных на 3 группы: первая — без ожирения (n=10, 5 мужчин), вторая — с ожирением 1-й и 2-й степени (n=30, 14 мужчин), третья — с морбидным ожирением (n=16, 10 мужчин). Средний ИМТ составил 25,8 ± 5,3 кг/м^2, а медианный уровень NT-proBNP составил 3548 (1458-7964) пг/мл. Диагноз ХСН реквалифицирован по критериям КР по ХСН утв. с 2025 г. Критерии исключения: вторичные формы ожирения, лица, с ИМТ <18 кг/м^2.
Результаты. Была выявлена обратная зависимость между ИМТ и уровнем NT-proBNP ($r = -0,41$; $p<0,001$, корреляция Спирмена). Каждое увеличение ИМТ на 5 кг/м^2 было связано со снижением значений NT-proBNP на 5%. Наименьшая концентрация NT-proBNP в плазме крови отмечена у мужчин с ожирением 3-й степени.
Выводы.
Установлена обратная связь между уровнем NT-proBNP и степенью ожирения умеренной силы, что может привести к недооценке тяжести сердечной недостаточности у данной категории пациентов.

ИЗМЕНЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Климова Е.Е., Царигородцева Н.О., Вострикова Н.В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Поражение опорно-двигательного аппарата занимает важное место в клинической картине гемофилии. Деструктивные изменения костей носят множественный преимущественно околосуставной характер. Прогрессирующее усиление деминерализации костей способствуют возникновению патологических переломов.
Цель исследования. Определить минеральную плотность костной ткани у больных гемофилией с помощью остеоденситометрии.
Материалы и методы. Было обследовано 57 больных тяжелой формой гемофилии (уровень VIII и IX факторов составлял 0-2%), которым проведена двухэнергетическая рентгеновская остеоденситометрия на аппарате фирмы PRODIGY. Средний возраст пациентов — 28,5 лет. Исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводилось в поясничном отделе позвоночника и в проксимальных отделах бедренных костей. Результаты исследований МПКТ оценивались согласно рекомендациям ВОЗ по Т-критерию у больных старше 18 лет и по Z-критерию до 18 лет.
Результаты. Значения МПКТ в группе обследованных больных:
Т = -1,44+0,17 (Тк = +0,45+0,31).
Выводы.
Таким образом, в данной работе установлено, что у больных гемофилией имеется системный остеопороз, который выявлен с помощью остеоденситометрии.

СОДЕРЖАНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА VIII У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Климова Е.Е., Царигородцева Н.О., Вострикова Н.В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Ишемические повреждения головного мозга и инфаркты миокарда нередко сопровождают артериальную гипертензию. Патогенетические механизмы опасных для жизни больного осложнений тесно связаны с активацией и/или дисфункцией системы свертывания крови.
Цель исследования. Оценить содержание коагуляционного фактора VIII у больных эссенциальной артериальной гипертензией.
Материалы и методы. Было обследовано 81 больных (18 мужчин и 63 женщины) артериальной гипертензией в возрасте от 36 до 78 лет. Эти больные были разделены на две группы. Первая группа сформирована из пациентов, у которых не было осложнений артериальной гипертензии n=66 (81%). Во вторую группу вошли 15 пациентов, имевших эпизоды атеротромбоза (19%), из числа которых нарушения мозгового кровообращения в анамнезе были у 7 пациентов, а постинфарктный кардиосклероз у 8 больных. Лица с острыми воспалительными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, заболеваниями почек, печени в исследование не включались. Контрольную группу составили 49 практически здоровых лиц. У всех больных и в группе контроля оценивался уровень коагуляционного фактора VIII. Он определялся одностадийным коагуляционным методом.
Результаты. В контрольной группе здоровых людей уровень фактора VIII был равен 99±3,6; (n=49). У больных артериальной гипертензией обнаружено его повышение до 131±6,6% (n=81). При этом, в первой группе больных уровень фактора VIII составил 126,7±6,9% (n=67), а во второй группе больных — 151,7±17,5% (n=15).
Выводы.
Таким образом, в данной работе показано, что в исследуемой группе больных артериальной гипертензией уровень фактора VIII достоверно выше у больных артериальной гипертензией, имеющих в анамнезе эпизоды атеротромбоза.

ПОКАЗАТЕЛИ АЛЬФА-РАЗНООБРАЗИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Кожевникова Е.О., Слепов Ю.К., Калиш С.В., Андреев Д.Н., Андреев Н.Г., Маев И.В., Лямина С.В.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) переживают эпидемиологический переход в России, характеризующийся неуклонным ростом заболеваемости. Характерными особенностями ВЗК в России являются поздняя диагностика и преобладание тяжелых осложненных форм с высокой летальностью. При этом современные исследования кардинально изменили представления о роли кишечной микробиоты в развитии заболеваний. Дисбиоз кишечной микробиоты признан одним из ключевых факторов в патогенезе ВЗК, влияющим на иммунный ответ слизистой оболочки кишечника и определяющим цитоморфологические изменения на раннем этапе развития патологии.
Целью исследования. Изучить показатели альфа-разнообразия кишечной микробиоты у пациентов с болезнью Крона (БК) и язвенным колитом (ЯК) в сравнении с показателями здоровых лиц.
Материалы и методы. В исследование были включены 230 участников: 18 пациентов с болезнью Крона, 20 пациентов с язвенным колитом и 192 здоровых лица без ВЗК. ДНК выделены из образцов фекалий (набор SKYAmp stool DNA kit, SkyGen, Россия). Полноразмерное секвенирование ампликонов 16S рРНК проводилось на платформе MinIon™ (Nanopore Technologies, Oxford, UK). Таксономическая идентификация последовательностей FASTQ выполнялась с помощью системы EMu путем выравнивания с базой данных NCBI 16S. Для оценки альфа-разнообразия рассчитывались индексы Chao1 и Shannon на уровне видов. Статистическая обработка данных включала двухвыборочный t-критерий Уэлча с поправкой Холма в программной среде R (версия 4.4.1).
Результаты. Установлено статистически значимое снижение индекса Shannon у пациентов с болезнью Крона по сравнению со здоровыми лицами 3,165 (2,970-3,360) vs 3,452 (3,410-3,494), соответственно (p=0,01412). Различия между группой ЯК и здоровыми по индексу Shannon не достигали статистической значимости (p=0,15461). Индекс Chao1 был статистически значимо снижен в обеих группах ВЗК в сравнении со здоровыми: 67,529 (61,087-73,972) у пациентов с БК (p=0,00003) и 74,650 (64,729-84,571) у пациентов с ЯК (p=0,03195) в сравнении с 85,750 (84,046-87,454) для здоровых лиц.
Выводы.
Снижение индекса Chao1 характерно для обеих форм ВЗК, тогда как снижение индекса Shannon наиболее выражено при болезни Крона, что может выступать в качестве потенциальных диагностических маркеров, в том числе при ранней диагностике ВЗК на латентной стадии.

МНОГОФАКТОРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Козик В.А.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Болезни системы кровообращения являются ведущей причиной заболеваемости и смертности как в Российской Федерации, так и во всем мире. Новая коронавирусная инфекция (НКИ) внесла свои коррективы в течение и прогноз острого коронарного синдрома (ОКС), усилив более тяжелое течение этой комбинации заболеваний. В мировой кардиологии известны различные прогностические шкалы оценки риска неблагоприятного исхода ОКС. Одной из самых известных является модель GRACE. Наряду с госпитальным риском осложнений ОКС она позволяет оценить вероятность отдаленного неблагоприятного прогноза. Но нет ни одной шкалы, включающей постковидный синдром (ПКС). Таким образом, пациенты с ОКС в сочетании с ПКС нуждаются в комплексной прогностической модели оценки неблагоприятного исхода ОКС для проведения дальнейшей профилактики и индивидуальной реабилитации.
Цель исследования. Построить многофакторную модель для прогнозирования неблагоприятного исхода ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST у пациентов с ПКС.
Материалы и методы. В исследование вошли 118 пациентов, из них 61 мужчина и 57 женщин с острым коронарным синдромом в сочетании с постковидным синдромом. Всем пациентам проводились сбор анамнеза, клинический осмотр, забор лабораторных анализов, коронароангиография, эхокардиография, электрокардиография, диагностика молекулярно-генетических маркеров. Оценивалось влияние каждого из факторов на вероятность развития комбинированной конечной точки, включающей суммарное количество кардиоваскулярных осложнений и летальных исходов, с помощью применения логистического регрессионного анализа. Статистическая значимость модели определялась критерием χ^2. Чувствительность и специфичность модели оценивались с помощью ROC-анализа.
Результаты. Построенная многофакторная регрессионная модель показала, что с развитием неблагоприятного исхода у пациентов с острым коронарным синдромом в сочетании с постковидным синдромом связаны наличие хронической сердечной недостаточности, наличие растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1, зоны гипокинеза по эхокардиографии, носительство генотипа TT/AA генетического маркера rs2285666 гена ACE2 (χ^2=38,416).
Выводы.
Получена и апробирована многофакторная регрессионная модель, прогнозирующая с высокой точностью развитие неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома в сочетании с постковидным синдромом.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кокорин В.А., Байдья А.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Острая декомпенсированная сердечная недостаточность (ОДСН) остается одной из ведущих причиной госпитализации и смертности во всем мире. Стратификация риска имеет решающее значение для оптимизации стратегий и улучшения результатов лечения. Несмотря на наличие ряда прогностических шкал, таких как EHMRG, GWTG-HF и MAGGIC, их эффективность для прогнозирования отдаленной летальности у пациентов с ОДСН мало изучена.
Цель исследования. Оценить эффективность шкал EHMRG, GWTG-HF и MAGGIC в прогнозировании 12 месячной летальности у пациентов с ОДСН.
Материалы и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое когортное исследование, включающее 120 пациентов (средний возраст 73,5±11,6 года, 46,3% мужчин), последовательно госпитализированных с диагнозом ОДСН. При поступлении были собраны клинические, лабораторные и эхокардиографические данные. Для каждого пациента были рассчитаны баллы по шкалам EHMRG, GWTG-HF и MAGGIC-HF. Конечной точкой являлась 12-ти месячная летальность от всех причин. Различающая способность каждой шкалы оценивали с использованием ROC-анализа и расчета площади под кривой (AUC). Калибровку оценивали с помощью теста Хосмера-Лемешоу и калибровочных графиков.
Результаты. Показатель летальности за 12 месяцев составил 18,1% (n=22). Все шкалы продемонстрировали значительную дискриминационную способность в прогнозировании летальности: шкала MAGGIC показала наивысшую прогностическую точность (AUC 0.964, чувствительность 0,97 и специфичность 0,81; ОШ 0,84; p=0,11; ДИ 0,68-1,04).
Шкала EHMRG, также продемонстрировала высокую эффективность (AUC 0.925; ОШ 0,99; p=0,71; ДИ 0,93-1,05), в то время как шкала GWTG-HF, разработанная для оценки госпитальной летальности, показала более низкий показатель AUC (0.677; ОШ 1,02; p=0,84; ДИ 0,82-1,27).
Выводы.
В когорте пациентов с ОДСН все шкалы (EHMRG, GWTG-HF и MAGGIC) продемонстрировали эффективность в прогнозировании смерти от всех причин в течение 12 месяцев. Шкала риска MAGGIC, разработанная для долгосрочного прогнозирования, показала наивысшую дискриминационную способность и отличную калибровку для данной конечной точки. Рекомендуется ее использование для рутинной стратификации риска и принятия решений о целях лечения и интенсивности терапевтических мероприятий у пациентов с ОДСН.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кокорин В.А., Муса Х.Х.Д.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. У пациентов после выписки из стационара после тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) сохраняется риск неблагоприятного исхода, включая рецидив тромбоэмболии, хроническую тромбоэмболическую легочную гипертензию и смерть. Факторы риска, связанные с неблагоприятным исходом, включают тяжесть первоначального эпизода, наличие сопутствующих заболеваний, возраст, ожирение и отсутствие адекватной антикоагулянтной терапии.
Цель исследования. Изучить клиническое течение и факторы риска неблагоприятного исхода у пациентов, выписанных из стационара после перенесенной ТЭЛА, по результатам 12-месячного наблюдения.
Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 148 пациентов, перенесших ТЭЛА в 2021-2024 г.г. Средний возраст составил 63,1±12,1 года; мужчин — 45,3%, женщин — 54,7%. Анализировали демографические данные, сопутствующие заболевания, лабораторные показатели, результаты ЭхоКГ и проведенную антикоагулянтную терапию. За неблагоприятный исход принимали смерть по любой причине, повторный эпизод ТЭЛА или развитие хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ).
Результаты. Через 12 месяцев неблагоприятный исход произошел у 29 (19,6%) пациентов. В структуре неблагоприятных исходов летальность составила 19 случаев (12,8%), рецидивы ТЭЛА — 20 (13,5%), ХТЭЛГ развилась у 11 пациентов (7,4%). Уровни D-димера (2358 vs 2354 мкг/л; p=0,923) и BNP (382 vs 487 пг/мл; p=0,805) в группах неблагоприятного и благоприятного исходов не различались. Повышенный уровень тропонина I чаще встречался при неблагоприятных исходах (24,1% vs 14,2%), но различия не достигли статистической значимости (p=0,259). Клиренс креатинина был значимо ниже в группе неблагоприятного исхода (62,9 vs 73,6 мл/мин; p=0,037). По данным ЭхоКГ размеры ПЖ и ЛЖ, ФВ ЛЖ и уровень СДЛА не различались между группами (p >0,05). Дисфункция ПЖ (89,7% vs 87,4%; p=0,741) и гипо-/акинезия ПЖ (27,6% vs 16,8%; p=0,192) чаще встречались при неблагоприятных исходах, но статистической значимости не имели. В амбулаторном периоде апиксабан принимали 5 (17,9%) пациентов с неблагоприятным исходом и 21 (17,6%) с благоприятным (p=1,000). Ривароксабан принимали 84 (70,5%) пациента с благоприятным исходом и 15 (51,7%) — с неблагоприятным (p=0,186), дабигатран — 4 (13,8%) и 6 (5,0%) (p=0,074), варфарин — 17,2% и 6,7% (p=0,134) соответственно. Через 3 месяца после выписки из стационара прием антикоагулянтов прекратили 13 (43,3%) пациентов из группы неблагоприятного исхода и только 16 (13,6%) — из группы благоприятного (p 0,05).
Выводы.
У пациентов, выписанных из стационара после перенесенного ТЭЛА, неблагоприятный исход чаще наблюдался при более низком уровне клиренса креатинина и при отмене антикоагулянтной терапии через 3 месяца лечения.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕСАРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА: ФОКУС НА ДВИЖЕНИЕ?

Кокорин В.А., Дедов Е.И., Объедков Р.Н.
ГБУЗ ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Пресаркопения является начальной стадией саркопении, общего процесса старения, связанного с потерей мышечной массы у лиц пожилого и старческого возраста. Как и пресаркопения, сахарный диабет 2 типа (СД2) — заболевание, ассоциированное с возрастом. Дегенеративные изменения в скелетной мышце общий патогенетический фактор двух заболеваний. Отражением функционирования мышечной ткани, может являться концентрация мозгового нейротрофического фактора (BDNF). Его уровень зависит от физической активности и объема мышечной массы.
Цель исследования. Оценить значимость BDNF в диагностике пресаркопении у пациентов пожилого и старческого возраста с СД2.
Материалы и методы. Проведено одномоментное одноцентровое кросс-секционное исследование пациентов старше 60 лет, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГКБ им. В.М. Буянова, в связи с декомпенсацией СД2. При госпитализации для выявления синдрома саркопении использовали опросник SARC-F, пациенты, набравшие более 4-х баллов были включены в основной этап исследования для выявления саркопении согласно консенсусу EWGSOP 2. Случайным образом были отобраны 88 человек и поделены на 2 равные группы с пресаркопенией и без нее. У этих пациентов были получены сыворотки для определения методом ИФА уровня BDNF. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета программ SPSS Statistics 23.
Результаты. Обследованы 232 пациента, из которых у 147 результат опросника SARC-F превышал 4 балла (63% от общего количества пациентов, мужчин 35 (24%), женщин 112 (76%), средний возраст — 70±8 лет), пресаркопения была выявлена у 87 человек (59% от количества исследуемых). У пациентов с пресаркопенией уровень BDNF был ниже, чем у пациентов без пресакопении, значения составили 5,4±1,6 и 7,2±1,7, соответственно. При сравнении показателей с помощью t-критерия Стьюдента в модификации Уэлча были установлены статистически значимые различия ($p=0,0001$). Для определения диагностической значимости уровня BDNF найдено его разделяющее значение путем метода ROC-кривых, позволяющее диагностировать пресаркопению у пациентов с СД2. Площадь под ROC-кривой, соответствующей взаимосвязи прогноза пресаркопении и уровня BDNF, составила 0,826±0,046 с 95% ДИ: 0,735-0,917. Полученная прогностическая модель была статистически значимой ($p<0,001$). Пороговое значение BDNF в точке cut-off равно 6,71. При BDNF равном или ниже данного значения прогнозировался высокий риск пресаркопении. Чувствительность и специфичность метода составила 81,8% и 75% соответственно.
Выводы.
Таким образом, исследование показывает, что белок плазмы BDNF напрямую связан с риском развития пресаркопении, что подчеркивает возможность применения данного маркера для ее диагностики.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕСАРКОПЕНИЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Кокорин В.А., Дедов Е.И., Объедков Р.Н.
ГБУЗ ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) и саркопению относят к возраст-ассоциированным состояниям, которые имеют общие патогенетические механизмы. Нарушения метаболизма, присущие СД 2 типа, могут вызывать изменения «микроархитектоники» костной ткани, что приводит к возникновению остеопороза. Исследования, посвященные сочетанию начальной стадии саркопении — пресаркопении и остеопороза, немногочисленны, а их данные вариабельны.
Цель исследования. Изучить распространенность нарушений минеральной плотности кости (МПК) — остеопении/остеопороза — у пациентов с СД 2 типа.
Материалы и методы. Проведено поперечное исследование пациентов старше 60 лет, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГБУЗ ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ, в связи с декомпенсацией СД 2 типа. Для выявления синдрома саркопении использовали опросник SARC-F. Пациенты, набравшие более 4-х баллов, были включены в основной этап исследования для выявления саркопении согласно консенсусу EWGSOP 2. Для диагностики нарушений МПК использовали рентгеновскую денситометрию. Статистическую обработку осуществляли с использованием пакета программ SPSS Statistics 23.
Результаты. В исследование включены 147 человек (мужчин 35 (24%), женщин 112 (76%), средний возраст — 70±8 лет), пресаркопения была выявлена у 87 человек (59% от количества исследуемых). Частота остеопении в группе контроля составила 28 человек (41,2%) против 40 человек (58,8%) в группе пресаркопении (p=0,112), остеопороз выявили у 6 (75%) человек в группе контроля, а в группе пресаркопении у 2 человек (p=0.108). При сравнении пациентов с пресаркопенией и группой контроля по Т-критерию (L1-L4) и BMD (поясничного отдела) были установлены статистически значимые связи (p=0,045). Значения Т-критерия (L1-L4) и BMD (поясничного отдела) у пациентов с пресаркопений были выше, чем у пациентов в группе контроля (медианы составляли 0,2 и -0,55 для Т-критерия, 1,203 и 1,099 для BMD, соответственно). У пациентов старшей возрастной группы отмечалось снижение Т-критерия на 80% (p=0,043) и BMD шейки бедра слева на 17,2% (p=0,002), также у лиц старческого возраста были значимо снижены Т-критерий (p=0,025) и BMD шейки бедра на 12,9% (p=0,002) справа. У женщин по сравнению с мужчинами наблюдалось значимое снижение Т-критерия на уровне L1-L4 на 58,3% (p=0,04) и шейки бедра справа (p=0,046).
Выводы.
Таким образом, значимого нарушения костной ткани у пациентов с пресаркопенией не выявлено, что может объясняться как равным влиянием течения СД 2 типа, так и гетерогенной выборкой участников исследования. При этом, у мужчин наблюдались лучшие показатели Т-критерия на уровне L1-L4 и шейке бедра справа, а у пациентов старческого возраста снижение Т-критерия и BMD нижних конечностей.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Кокорин В.А., Святов И.С., Тяжельников А.А., Дорожкова В.С., Учаева О.Н., Юмукян А.В., Вареха Н.В., Радченко А.В., Макарчев А.И.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы
ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, Россия
ГБУЗ «ГП №220 ДЗМ», г. Москва, Россия

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является значимой проблемой общественного здоровья, а снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) — ее ключевой диагностический критерий. Массовый скрининг по креатинину для расчета СКФ является дорогостоящим. Разработка методов доклинического выявления снижения СКФ с использованием рутинных и доступных данных диспансеризации представляет высокую практическую ценность.
Цель исследования. Разработать и валидировать модель машинного обучения (МО) для прогнозирования снижения СКФ на основе данных диспансеризации.
Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены обезличенные данные 170 579 пациентов (60 737 мужчин и 109 842 женщин) старше 18 лет, полученные из федеральных медицинских лабораторий. На первом этапе обучения по известному уровню креатинина сыворотки была рассчитана СКФ с использованием формулы CKD-EPI. Бинарный целевой признак был определен как СКФ < 60 мл/мин/1,73 м².
Для прогнозирования данного показателя была разработана и протестирована модель МО (линейная регрессия + градиентный бустинг на решающих деревьях, платформа LightAutoML). В качестве предикторов использовались данные, доступные в рамках диспансеризации: возраст, пол, показатели общего анализа крови, скорости оседания эритроцитов, общего холестерина (ОХС), глюкозы плазмы натощак (ГПН).
Результаты. Средний возраст пациентов составил 42,7 ± 15,4 года для женщин и 43,2 ± 14,6 года для мужчин. Распространенность снижения СКФ <60 мл/мин/1,73 м² составила 6,7% (n=11 182) от всей выборки: 6,4% (n=3 862) среди мужчин и 6,7% (n=7 320) среди женщин. Разработанная модель продемонстрировала высокую предсказательную способность, достигнув показателя площади под ROC-кривой (AUC-ROC) 0,92 в задаче бинарной классификации снижения СКФ, на тестовой выборке пациентов. Наиболее важные предикторы, согласно анализу feature importance: возраст, эритроциты, ГПН, ОХС, лейкоциты, тромбоциты.
Выводы.
Разработанная модель МО позволяет с высокой точностью (AUC=0,92) прогнозировать значимое снижение функции почек, используя только стандартные данные диспансеризации без включения креатинина в модель. Это открывает возможности для масштабируемого, экономически эффективного популяционного скрининга групп риска развития ХБП в рамках программ профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Колесникова И.Ю.
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Актуальность. Заболевания пищеварительной системы широко распространены среди населения, при этом с возрастом проблемы усугубляются в связи с нарушением жевания, перистальтики, изменением двигательной активности человека.
Цель исследования. Исследовать распространенность патологических проявлений и заболеваний пищеварительных органов у людей преклонного возраста.
Материалы и методы. Обследовано 75 человек (19 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 65 до 92 лет, медиана возраста 73 года. Из них 30 (40,0%) человек проживали в геронтологическом центре, 28 (37,3%) — дома с супругом (супругой) и/или детьми, а 17 (22,7%) — дома в одиночестве. Основным критерием включения в исследование помимо возраста было подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Все обследуемые отвечали на стандартные вопросы в отношении питания, двигательной активности, социального статуса, патологии органов пищеварительной системы и других заболеваний, а также заполняли при помощи исследователей отечественный гастроэнтерологический опросник «7×7».
Результаты. Только у 28 (37,3%) респондентов был установлен диагноз гастроэнтерологического заболевания, из них наиболее часто, у 14 (18,7%) — гастрит, а также язвенная болезнь, хронический холецистит, панкреатит, злокачественное новообразование толстой кишки. При этом 23 (30,7%) опрошенных регулярно принимали ингибиторы протонной помпы, 7 (9,3%) — ферменты, 6 (8,0%) — слабительные, 5 (6,7%) — спазмолитики. Наиболее распространенным симптомом было вздутие живота, которое отмечали 25 (33,3%) респондента, а также жжение в эпигастрии — 23 (30,7%) человека, запоры — 22 (29,3%). Реже регистрировались раннее насыщение — у 17 (22,7%) респондентов, боль в эпигастрии — у 12 (16,0%), переполнение в эпигастрии — у 11 (14,7%) опрошенных. Хотя жалобы на неоформленный стул встречались достаточно часто — у 19 (25,3%) человек, одновременно частый стул отмечали только 7 (9,3%) респондентов. Самой редкой была жалоба на боли в мезогастрии и гипогастрии, в том числе уменьшающиеся после дефекации — 7 (9,3%) человек.
Выводы.
У людей преклонного возраста симптомы патологии пищеварительной системы широко представлены, в особенности вздутие живота и запоры, жжение в эпигастрии. При этом лишь у трети пациентов заболевания диагностированы, что ведет в том числе к широкому распространению самолечения.

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ — ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кологривова И.В., Калашникова Т.П., Выросткова А.И., Арсеньева Ю.А., Зиновьева А.С., Бощенко А.А., Тимошенко Р.С.
НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность. Клеточные параметры иммунного статуса могут оказывать влияние на частоту и тяжесть развития внутрибольничной инфекции, в особенности при наличии факторов риска ее развития. В настоящее время сведения о характере иммунного ответа в когорте пациентов с ИБС после аортокоронарного шунтирования (АКШ) отсутствуют.
Цель исследования. В пилотном исследовании оценить содержание субпопуляций Т-, В-лимфоцитов и NK-клеток в раннем периоде после АКШ у пациентов с ИБС и факторами риска развития послеоперационной нозокомиальной пневмонии (НП).
Материалы и методы. В исследование включено 14 пациентов (средний возраст 62.7±5.5 года 64% мужчин, 36% женщин) с 1-4 факторами риска развития НП (длительность искусственного кровообращения >96 минут, длительность искусственной вентиляции легких >14 часов, фибрилляция предсердий, курение), самостоятельным дыханием, на 2-4 день после успешного АКШ. Методом проточной цитометрии определяли абсолютное и относительное содержание CD3+, CD4+, CD8+ Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, NK и NKT-клеток с помощью проточного цитометра ZS-AE7S (BioSino, Китай). Абсолютное содержание клеток рассчитывали, учитывая результаты общего анализа крови. Для анализа данных применены методы описательной статистики. Данные представлены как n (% от общего количества).
Результаты. Установлено снижение абсолютного и относительного значений CD8+ Т-лимфоцитов относительно нижней границы референсного интервала у 8 (57%) и 6 (42%) пациентов, соответственно. У 4 (28%) пациентов обнаружено снижение относительного и абсолютного количества NK-клеток относительно нижней границы референсного интервала. Снижение содержания CD4+ лимфоцитов определялось реже: абсолютное содержание было снижено у 3 (21%) пациентов, относительное — только у одного пациента. Обнаружена группа пациентов, характеризующаяся увеличением абсолютного количества содержания NKT-клеток относительно верхней границы их референсного интервала (n=8 (57%)), и увеличением относительного количества NKT-клеток (n=4 (28%)). Относительное содержание CD3+ Т-лимфоцитов было увеличено в редких случаях: у 2 (14%) пациентов, а CD4+ Т-лимфоцитов — у 3 (21%).
Выводы.
В пилотном исследовании установлено, что изменения клеточных параметров иммунного статуса характерны для большинства пациентов с ИБС и факторами риска развития НП в раннем периоде после операции АКШ. Ключевыми из них являются снижение цитотоксической активности адаптивного звена иммунитета, и увеличение содержания NKT-клеток, представляющих собой связующее звено между адаптивным и врожденным иммунитетом. Требуется проведение дальнейших исследований, с целью выяснения диагностической и прогностической значимости данных маркеров.

УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

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

Актуальность. Частым осложнением сердечно-сосудистых осложнений является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). В связи с ростом коморбидной патологии происходит увеличение количества пациентов с ХСН. Наряду с такими заболеваниями как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, особое внимание уделяют наличию сахарного диабета 2 типа (СД) и бессимптомной гиперурикемии (ГУ). Для определения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД и бессимптомной ГУ может быть использован биомаркер сердечно-сосудистого воспаления и фиброза — галектин-3.
Цель исследования. Оценить уровень галектина-3 и течения ХСН на фоне СД и бессимптомной ГУ.
Материалы и методы. Обследовано 128 человек с ХСН. Средний возраст пациентов составил 64,3±5,8 лет (из них лиц мужского пола — 80 пациентов (62,5%), женского пола — 48 (37,5%). Были оценены уровни мочевой кислоты, галектина-3 и клинические характеристики течения заболевания. После чего пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от наличия СД и ГУ. Статистический анализ проводился в программе IBM SPSS Statistics 25.0.
Результаты. Пациенты с наличием СД2 и БГУ имели статистически значимо ($p<0,05$) более высокий уровень мочевой кислоты (Q1-Q3: 454,6-570,8 мкмоль/л), натрийуретического пептида (Q1-Q3: 799,7-1008,4 пг/мл), наиболее низкую СКФ (Q1-Q3: 42,3-64,1 мл/мин). У таких пациентов выявлялся более высокий уровень галектина-3 (Q1-Q3: 2,5-3 нг/мл ($p<0,05$). При этом наличие только БГУ повышало риск развития более тяжелого поражения почек, согласно уровню СКФ, а наличие только СД2 — поражения сердца, по уровню NT-proBNP ($p<0,05$). При выполнении корреляционного анализа по Спирмену установлены следующие статистически значимые корреляционные связи: прямая связь высокой тесноты между уровнем NT-proBNP и галектина-3 ($\rho xy = 0,837$, $p<0,001$), прямая связь умеренной тесноты между уровнем мочевой кислотой и галектина-3 ($\rho xy=0,469$, $p<0,01$), обратную связь умеренной тесноты между уровнем мочевой кислоты и СКФ ($\rho xy=-0,474$, $p<0,01$).
Выводы.
Таким образом, уровень галектина-3 может быть использован в определении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, связанных с бессимптомной ГУ и СД 2 типа.

МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЕЕ 50% БЕЗ И С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Корнеева Н.В., Ковалева Г.А.
ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, Россия

Актуальность. Изменившиеся в последние годы диагностические и классификационные критерии хронической сердечной недостаточности (ХСН) позволили выявить широкую распространенность фенотипа с сохраненной фракцией выброса левого (ФВ) желудочка (ЛЖ) — более 50%. В то же время результаты исследования ЭПОХА продемонстрировали значительный вклад артериальной гипертензии в формирование ХСН (Фомин И.В. с соавт. 2006). По данным Teramoto K. с соавт. (2022) около половины пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и ХСН 1 стадии имеют ФВ ЛЖ более 50%. В связи с этим вызывает интерес состояние микроциркуляторного русла (МЦР) у пациентов с ГБ с сохраненной ФВ без и с ХСН.

Цель исследования. Оценить состояние МЦР у пациентов с ГБ с ФВ ЛЖ более 50% без и с ХСН 1 стадии.

Материалы и методы. Обследованы 139 пациентов с ГБ I-III стадий. Всех разделили на 3 группы: пациенты с ГБ без ХСН (n=31), пациенты с ГБ с предстадией ХСН (n=19), пациенты с ГБ и ХСН 1 стадии (n=89). Всех обследовали согласно клиническим рекомендация по ХСН 2024 года для выявления нарушения структуры и/или функции сердца. МЦР изучали, используя биомикроскопию бульбарной конъюнктивы (БМБК).

Результаты. При анализе результатов БМБК медианы средних диаметров венул во всех группах были сопоставимы (p=0,26). Параметры, отражающие сосудистый тонус на уровне МЦР значимо не различались в группах пациентов без ХСН и с предстадией ХСН и имели статистически значимые различия с пациентами с ХСН 1 стадии. Так медианы среднего диаметра артериол, капилляров, показателя артериоло-венулярного коэффициента (АВК) в группах пациентов без ХСН были статистически значимо большими в сравнении с группой пациентов с ХСН 1 стадии ($p<0,05$). Количество капилляров на 1 мм^2 поверхности конъюнктивы было максимальным в группе пациентов с ГБ без ХСН — 6,55 [5,85;7,82] ед/мм^2, незначительно уменьшалось в группе пациентов с предстадией ХСН до 5,90 [5,65;6,80] ед/мм^2 (p=0,44) и было значимо меньшим в группе пациентов с ХСН 1 стадии — 4,20 [3,25;5,05] ед/мм^2 ($p<0,001$ при сравнении с обеими группами пациентов без ХСН).

Выводы.

У пациентов с ФВ ЛЖ более 50% с ГБ при развитии ХСН 1 стадии состояние МЦР значимо изменяется в сравнении с пациентами без ХСН за счет уменьшения среднего диаметра артериол, капилляров, АВК и количества капилляров на 1 мм2 поверхности конъюнктивы.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦЕНТОВ С ХСНсФВ В КОНТЕКСТЕ АНЕМИИ

Коробейникова А.Н., Маркус Э.А.
ГАУЗ СО «ЦГБ 20», г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. По данным исследования ЭПОХА-ХСН частота хронической сердечной недостаточности (ХСН) I-IV функциональных классов (ФК) составляет 8,9 %. Несмотря на оптимальное использование терапевтических возможностей, ХСН остается синдромом, ассоциированным с высокой заболеваемостью и смертностью. Наличие анемии является значимым фактором, повышающим риск смертности и повторных госпитализаций.
Цель исследования. Изучить предикторы неблагоприятного исхода у пациентов с ХСНсФВ в зависимости от наличия анемии.
Материалы и методы. Проспективное исследование проводится на базе амбулаторного центра ХСН (г. Екатеринбург). В него включены пациенты с ХСНсФВ, разделенные на 2 группы по наличию анемии. Исходно проведена оценка клинико-анамнестического статуса, лабораторных и инструментальных исследований, уровень тревоги и депрессии (шкала Бека) и качества жизни (миннесотский опросник Жизнь с сердечной недостаточностью (MLHFQ)). Исходы будут оценены через 3 месяца. Статистическая обработка проведена в MS Office Excel и jamovi.
Результаты. Всего в исследовании приняло участие 80 человек, мужчины 39,5%, средний возраст 66,8±7,8 лет. В 1 группе (без анемии) — 40 человек. Среди всех пациентов у 94,7% гипертоническая болезнь, у 79% — ишемическая болезнь сердца, в том числе у 31,6% постинфарктный кардиосклероз, фибрилляция предсердий — 31,6%. По данным эхокардиографии фракция выброса составила 63,8±3,9% в группе 1,61,2±2,4% в группе 2 (p=0,17). Средний уровень натрийуретического пептида составил 583,7 [376,7-756,9] и 603 [308,2-810,3] соответственно (p=0,08). Средний уровень гемоглобина в 1 группе — 140,3±11,5 г/л, количество эритроцитов — 4,84±0,53*1012/л, во 2 группе у 108,3±8,5 г/л (p=0,005), количество эритроцитов — 2,9±0,2*1012/л (p=0,004). На первом визите в 1 группе среднее количество баллов по шкале депрессии составило 11,3±2,3, по шкале тревоги 15,8±4,3, интегральная оценка по шкале MLHFQ 57,5±14,3. Во второй группе среднее количество баллов по шкале депрессии 12,1±1,7, по шкале тревоги 16,1±3,7, интегральная оценка по шкале MLHFQ 55,6±12,5. Статистически значимых различий по данным показателям не выявлено.
Выводы.
У пациентов с ХСНсФВ в зависимости от анемии не выявлено различий по уровню фракции выброса, натрийуретического пептида, а также показателей депрессии, тревоги и интегральной оценки качества жизни. Оценка неблагоприятных исходов будет завершена после достижения всеми участниками конечной точки (в сентябре).

РЕДКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОД МАСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Коробейникова А.Н., Глушкова В.С., Маркус Э.А.
ГАУЗ СО «ЦГБ 20», г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) является одной из самых распространенных патологий в мире и одной из основных причин нетрудоспособности населения. Анемия может сопутствовать различным заболеваниям: онкологическим, инфекционным, хроническим неинфекционным, в том числе редким болезням. Таким образом, пациент с анемией требует тщательного обследования.
Описание случая. В июне 2025 г. в терапевтический стационар больницы г. Екатеринбурга госпитализирован мужчина Д., 51 год, с жалобами на выраженную слабость, одышку в покое. В анамнезе многократные трансфузии эритроцитарной взвеси с 2020 г. по поводу тяжелой анемии, причина анемии не выяснена. При активном расспросе выявлено, что последние 10 лет пациент страдает носовыми кровотечениями, у родной сестры матери наблюдались маточные и носовые кровотечения. При осмотре состояние среднетяжелое, кожные покровы бледные, обращают на себя внимания телеангиэктазии на лице, слизистой полости рта, передней поверхности грудной клетки. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, артериальное давление 115/77 мм рт. ст., пульс 89. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, край эластичный, стул и диурез в норме. В клиническом анализе крови гемоглобин 59 г/л, нормоцитоз и гипохромия эритроцитов, ретикулоциты 1,1%. В биохимическом анализе сывороточное железо 5,1 мкмоль/л, ферритин 8,7 нг/мл, АЛТ 19 МЕ/л, АСТ 39,7 МЕ/л, креатинин 161 мкмоль/л, лактатдегидрогеназа, общий билирубин, витамин Б9 и Б12 в норме.
По рентгену органов грудной полости патологии не обнаружено, при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены очаговые образования в печени по типу сосудистых мальформаций, признаки повышения эхогенности паренхимы почек, по эзофагогастродуоденоскопии выявлены эрозии желудка, по фиброколоноскопии патологии не обнаружено. С учетом осмотра, анамнеза и инструментальных обследований установлен диагноз наследственная геморрагическая телеангиаэктазия (НГТ), или синдром Рандю-Ослера. Проведено переливание эритроцитарной взвеси, инфузия парентерального железа, при выписке гемоглобин 125 г/л. Пациенту рекомендовано наблюдение и лечение у оториноларинголога, терапевта.
Заключение.
Синдром Рандю-Ослера — редкое генетическое заболевание, характеризующееся наличием телеангиэктазий на коже и слизистых, сосудистых мальформаций в органах, характерны спонтанные носовые кровотечения, приводящие к развитию анемии разной степени тяжести. НГТ может быть установлена клинически, однако диагностика синдрома Рандю-Ослера затруднительна из-за недостаточной информированности врачей в отношении малораспространенных заболеваний.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОЛИГОНУКЛЕОТИДНЫХ АПТАМЕРОВ В СТРУКТУРЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Королев М.А., Воробьева М.А., Гончарова В.Е.
НИИКЭЛ-филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Спондилоартриты (СпА) — группа хронических воспалительных заболеваний, поражающих преимущественно лиц молодого возраста, характеризующихся высоким уровнем инвалидизации. Наибольшие успехи в лечении СпА связаны с применением таргетных препаратов, в частности, ASAS/EULAR рекомендованы ингибиторы интерлейкина-17 (ИЛ-17), который признан ключевым цитокином в патогенезе аксиального СпА. Зарегистрированные блокаторы ИЛ-17А являются по своей сути моноклональными антителами, обладающими ограничениями в условиях клинической практики: иммуногенность, трудности транспортировки и хранения, высокая цена производства. В связи с чем приобретает актуальность поиск иных механизмов ингибирования ИЛ-17. В качестве возможной альтернативы изучаются аптамеры, которые способны к высокоаффинному и специфическому связыванию с мишенью, могут быть получены химическим путем, остаются стабильными в широком диапазоне температур.
Цель исследования. Оценить перспективы применения аптамеров к ИЛ-17А и его рецептору в структуре таргетной терапии СпА в экспериментах in vitro с использованием клеточных культур и in vivo на моделях животных.
Материалы и методы. Для проведения исследования отобраны РНК-аптамеры к ИЛ-17А (apt 3-4 и apt 21-2), а также ДНК-аптамер, связывающий рецептор ИЛ-17А (RA10-6). В экспериментах с использование клеточных культур (клеточная линия кератиноцитов человека, клетки мононуклеарной фракции периферической крови человека, фибробдастоподобные синовиоциты, выделенные от пациентов со СпА), проведена оценка влияния аптамеров на жизнеспособность клеток (МТТ-анализ, подсчет точного количества клеток, подсчет ядер клеток, окрашенных красителем Hoechst 33442), изучено таргетное ингибирование функциональной активность ИЛ-17А (оценка уровня индуцированной секреции ИЛ-6 методом ИФА). На мышиных моделях спондилоартрита, индуцированного протеогликаном, антиген-коллаген-индуцированного артрита, комбинированной индукции артрита (mBSA, пристан) оценивались клинические (осмотр, тест открытое поле) и лабораторные (СРБ, ИЛ-17А) признаки воспаления, проведена гистологическая оценка тканей животных. В экспериментах с использованием мышей по стандартному протоколу произведена оценка острой токсичности.
Результаты. По результатам экспериментов установлено, что отобранные аптамеры обладают способностью подавлять функциональную активность ИЛ-17А, оказывают влияние на клинические и лабораторные признаки воспаления, не проявляют собственного цитотоксического действия. Острая токсичность при введении ретроорбитальный синус животных так же не зафиксирована.
Выводы.
Полученные данные показывают перспективность дальнейшего изучения отобранных олигонуклеотидных аптамеров к ИЛ-17А и его рецептору в структуре таргетной терапии аксиального спондилоартрита.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Корягина Н.А., Корягин В.С., Трушникова М.А.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Нарушения сердечного ритма, особенно фибрилляция предсердий (ФП) у людей старше 60 лет, требуют своевременного выявления старческой астении (СА), которая ухудшает прогнозы, так как возрастные изменения затрагивают многие органы, влияя на метаболизм лекарств и повышая риски тромбозов и кровотечений. Гериатрическая оценка в лечении пациентов с ФП важна для науки и практики.
Цель исследования. Определить выраженность синдрома СА у пациентов с ФП у пациентов пожилого и старческого возраста.
Материалы и методы. В исследование включены 267 пациентов с ФП, проходивших лечение в кардиологическом отделении ГКБ №3 (январь-сентябрь 2024 г.). Пациенты разделены на группы: 65-74 года (n=148) и ≥75 лет (n=119). Оценка СА проводилась с использованием опросников Возраст не помеха, MoCA, GDS-15, ADL, ISI, кистевой динамометрии и теста на ортостатическую гипотензию. Различия между группами оценивались параметрическими и непараметрическими статистическими методами ($p<0,05$).
Результаты. По опроснику «Возраст не помеха»: медиана в I группе (65-74 года) — 5 [5; 6] баллов, во II группе (≥75 лет) — 6 [6; 7] баллов ($p<0,001$). Когнитивные нарушения по MoCA чаще у старшей группы (медиана 19 [18; 21] баллов) против 23 [21; 25] в I группе ($p<0,001$). Во II группе медиана депрессии составила 9 [7;9] баллов (высокая вероятность), в I — 6 [5; 7.5] баллов ($p<0,001$). По шкале ADL, медиана во II группе — 75 [60; 90] баллов (умеренная зависимость), в I группе — 95 [95; 100] ($p<0,001$). У пациентов ≥75 лет нарушения сна (медиана индекса тяжести инсомнии 21 [16; 22] балл) были значительно сильнее, чем в I группе (8 [8;15] баллов) ($p<0,001$). Мышечная сила кисти во II группе (24 [20; 31] кг) была значимо ниже, чем в I группе (30 [27; 39,5] кг) ($p<0,001$). Ортостатическая гипотензия чаще встречалась во II группе (73,7%) по сравнению с I группой (40,1%) ($p<0,001$). Вероятность отсутствия гипотензии в I группе была в 4,186 раза выше (95% ДИ: 2,473-7,084). Отмечено преобладание женщин во II группе.
Выводы.
У пожилых пациентов с ФП синдром СА проявляется чаще и выраженнее, приводя к когнитивным нарушениям, депрессии, слабости, нарушениям сна и ортостатической гипотензии. Это увеличивает их уязвимость и риск неблагоприятных исходов. Гериатрическая оценка позволяет персонализировать лечение и прогнозировать исходы.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Костенко В.А., Скородумова Е.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Скородумова Е.Г., Рысев А.В., Сиверина А.В.
ГБУ Спб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Изучение молекулярных механизмов, обеспечивающих регуляцию сосудистого тонуса и влияющих на развитие эндотелиальной дисфункции, позволяет расширить наше представление о патогенетических особенностях течения инфаркта миокарда (ИМ) и выявить взаимосвязь между носительством однонуклеотидного полиморфизма гена (EDN1) и развитием острой сердечной недостаточности (ОСН).
Цель исследования. Оценить распределение полиморфизма гена EDN1 и связанные с ним особенности клинической картины у пациентов с ИМ и ОСН II-IV класса по Killip.
Материалы и методы. Обследованы 272 пациентов, лечившихся в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2024-2025 году по поводу ИМ. Средний возраст 72,6±2,5 лет. Мужчин — 64%, женщин — 36%. Пациенты были разделены на 2 группы: первая (I)−137 больных с ИМ, у которых развивалась ОСН II-IV по Killip, вторая (II) — 135 человек с ИМ без клинических проявлений ОСН. Выборки сопоставимы по полу и возрасту. Полиморфизм гена EDN1 (rs5370) изучался методом анализа геномной ДНК человека. Полученные данные статистически обработаны.
Результаты. У пациентов I группы статистически чаще определялся гетерозиготный вариант (GT) — 25,6% гена END1, ответственного за синтез эндотелина-1, чем во II — 12,6%, $p<0,05$. Достоверной разницы среди гомозигот GG (I — 68,6%, II — 78,5%), TT (I — 5,8%, II — 8,9%) между группами выявлено не было, $p>0,05$. Клиническая картина: в обеих группах преобладали пациенты с ИМ с подъемом сегмента ST (I — 68,6%, II — 64,4%), $p>0,05$. Многососудистое поражение коронарных артерий чаще диагностировалось у пациентов I группы 32,9%, чем во II — 28,2%, $p>0,05$. Желудочковые нарушения сердечного ритма (ЖНСР) высоких градаций — в 2 раза чаще диагностировались у пациентов I выборки — 16,1%, II — 7,4%, $p<0,05$. Рецидивы острого коронарного синдрома (ОКС) в 2,5 раза чаще осложняли течение ИМ у больных I группы — 10,2%, против 3,7% второй, $p<0,05$. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IV функционального класса (ФК) по NYHA статистически чаще развивалась у пациентов I группы — 35,1%, чем во II — 17,8%, $p<0,05$.
Выводы.
1. У больных с ИМ и ОСН II-IV класса по Killip статистически чаще определялся гетерозиготный тип наследования полиморфизма GT (EDN1), который потенцирует вазоспазм.
2. Течение ИМ в группе с ОСН II-IV по Killip характеризовалось большим числом таких осложнений как: ЖНСР, рецидивы ОКС, развитие ХСН III-IV класса по NYHA и высокой госпитальной летальностью.

ВИТАМИН D И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Костоева Х.Я., Мацюк Н.В., Налиткина А.А., Долотказина Е.Н., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г., Тополянская С.В.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Существуют экспериментальные и немногочисленные клинические данные о возможной роли витамина D в регуляции функций центральной нервной системы и в развитии когнитивных нарушений, включая болезнь Альцгеймера.
Цель исследования. Анализ взаимосвязей между концентрацией витамина 25(OH)D в крови и когнитивными нарушениями у пациентов старческого возраста, наблюдающихся в Московском городском гериатрическом центре.
Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 290 больных (78,3% женщин) в среднем возрасте 86,3±5,8 года. Долгожители составили 36,3% от всех участников исследования. В рамках данного исследования проводили тест Mini-Cog и МОСА-тест для оценки когнитивных нарушений. Концентрацию 25-гидроксикальциферола (25(OH)D) определяли методом иммунохемилюминесцентного анализа. Уровень 25(OH)D <10 нг/мл расценивался как выраженный дефицит витамина D, 10-19 — дефицит, 20-29 — недостаточность, ≥30 нг/мл — норма.
Результаты. Медиана концентрации 25(OH)D в целом по группе составила 14,4 нг/мл (Q1-Q3: 9,0-20,4 нг/мл). Уровень 25(OH)D был в норме у 12,1% больных, у 14,2% выявлялась недостаточность витамина D, у 43,4% — дефицит, у 30,2% — выраженный дефицит.
У пациентов моложе 80 лет средняя концентрация витамина D достигала 21,6+9,5 нг/мл, у долгожителей — 13,1+9,9 нг/мл (p=0,00004). В группе пациентов моложе 80 лет 9% имели выраженный дефицит витамина D, 45,5% — дефицит, 15,2% — недостаточность, 30,3% — нормальный уровень данного витамина. В группе долгожителей 46,1% имели выраженный дефицит 25(OH)D, 41,3% — дефицит, 6,7% — недостаточность, 5,8% — нормальные показатели этого витамина. Наблюдалась достоверная обратная корреляция между концентрацией витамин D и возрастом больных (r=-0,28; p=0,000002). В общей группе пациентов зарегистрирована прямая корреляция между уровнем витамина 25(OH)D и показателями теста Mini-Cog (r=0,3; p=0,000004), а также обратная корреляция со значениями шкалы падений Морсе (r=-0,29).
Выводы.
Результаты исследования демонстрируют значимые взаимосвязи между витамином 25(OH)D и когнитивными нарушениями, а также другими исследованными параметрами у пациентов старческого возраста и долгожителей.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА — НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Косулина В.М., Джиоева О.Н., Шперлинг М.И.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время активно изучаются ранние предикторы развития сердечно-сосудистых заболеваний, манифестирующих в среднем и пожилом возрастах. Одно из направлений поиска включает исследование гестационных осложнений и их влияния на формирование сердечной недостаточности (СН) с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) у женщин. При этом особенно интересным представляется изучение женщин среднего возраста ввиду большей выявляемости СНсФВ у этой группы лиц в России по сравнению с западными странами, а также в связи с внедрением в клиническую практику предстадий СН, которая характерна для более молодых пациентов.
Цель исследования. Исследовать связь неблагоприятных факторов и исходов беременности (НФИБ) с наличием сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) у женщин среднего возраста.
Материалы и методы. Обследовано 102 женщины в возрасте 45-59 лет с наличием минимум одной завершенной беременности в анамнезе. Пациенткам выполнялась трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) с проведением диастолического стресс-теста (ДСТ) и анализ крови на NT-proBNP с последующим интервьюированием для выявления НФИБ в анамнезе. Оценивались межгрупповые различия морфофункциональных параметров сердца, а также ассоциации между НФИБ и различными стадиями развития СНсФВ.
Результаты. Более тяжелые стадии развития СНсФВ у женщин среднего возраста характеризуются более выраженными изменениями морфофункциональных параметров сердца и более высокой частотой выявления АГ и протеинурии в анамнезе беременности. Наличие только факторов риска (СН) сердечной недостаточности не имеет статистически значимых ассоциаций с НФИБ ($p>0,05$). Наличие предстадии СН ассоциируется с АГ — отношение шансов (ОШ) 3,57 (1,43-8,88) ($p=0,006$), протеинурией — ОШ 4,92 (1,29-18,84) ($p=0,02$) и преждевременными родами — ОШ 3,65 (1,20-11,11) ($p=0,022$) в анамнезе беременности. Клинически выраженная стадии СНсФВ ассоциирована с АГ — ОШ 3,81 (1,08-13,39) ($p=0,037$) и курением — ОШ 4,46 (1,09-18,2) ($p=0,038$) во время беременности. У женщин, имевших в анамнезе беременности АГ, в среднем возрасте отмечаются более высокие показатели артериального давления, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета, признаков СН, худшие эхокардиографические показатели и наличие диастолической дисфункции (37,9% против 14,9%, $p=0,03$) по сравнению с женщинами без АГ в анамнезе беременности.
Выводы.
АГ, протеинурия и курение в анамнезе беременности ассоциированы с наличием различных стадий развития СНсФВ в отдаленном периоде. Женщины среднего возраста с наличием АГ в анамнезе беременности характеризуются наличием более выраженных изменений морфофункциональных параметров сердца.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН С ХСНсФВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Косулина В.М., Шперлинг М.И., Иванова А.А., Джиоева О.Н.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МЗ России, Москва, Россия

Актуальность Хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ) преимущественно развивается у женщин пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией, что обусловливает необходимость изучения гендерно-специфических факторов риска. Осложнения гестационного периода ассоциированы с отдаленным кардиоваскулярным риском, однако их влияние на особенности течения ХСНсФВ изучено недостаточно.
Цель исследования. Оценить различия показателей функционального статуса у пожилых женщин с ХСНсФВ в зависимости от наличия или отсутствия факторов неблагоприятного течения и исходов беременности в анамнезе (НТИ).
Материалы и методы. В исследование были включены женщины 60-74 лет с ХСНсФВ и наличием хотя бы одной беременности 20 и более недель в анамнезе. В качестве факторов НТИ учитывались гипертензивные расстройства беременности, гестационный сахарный диабет, преждевременные роды, мертворождения, повторные выкидыши. Данные об акушерско-гинекологическом анамнезе получены посредством интервьюирования. Объективная оценка функционального статуса была проведена посредством теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Субъективная выраженность одышки оценивалась с использованием шкалы mMRC (модифицированная шкала одышки Медицинского исследовательского совета Великобритании). Оценка эхокардиографических параметров проводилась на синусовом ритме в ходе трансторакального исследования.
Результаты. Обследовано 48 женщин, которые в зависимости от наличия или отсутствия факторов НТИ были разделены на 2 сопоставимые по возрасту группы (67,5±3,9 и 67,6±3,9 лет, соответственно). Исследуемую группу составила 21 женщина с наличием как минимум одного фактора НТИ, группу контроля — 27 женщин. Группы не отличались по частоте наличия ожирения, гипертонической болезни, сахарного диабета, фибрилляции предсердий, ишемической болезни сердца, атеросклеротического поражения периферических артерий, хронической болезни почек, анемии, бронхообструктивных заболеваний ($p>0,05$ для всех сравнений). При оценке функционального статуса пациентки с факторами НТИ демонстрировали тенденцию к снижению дистанции в ТШХ (369,76±56,38 м против 394,81±60,26 м, $p=0,149$) и к более высоким баллам по шкале mMRC (Me 1,00 [IQR 1,00; 2,00] против Me 1,00 [IQR 0,00; 1,50], $p=0,086$) по сравнению с контрольной группой. При этом эхокардиографические показатели диастолической дисфункции достоверно не различались между группами ($p>0,05$ для всех сравнений). При анализе уровня NT-proBNP медианные значения показателя в группах были сопоставимы: Me 268,00 [IQR 178,50; 752,00] пг/мл против Me 269,0 [IQR 174,50; 552,00], $p=0,631$, у пациенток с факторами НТИ и без них, соответственно.
Выводы.
Полученные данные свидетельствуют о том, что у пожилых женщин с ХСНсФВ и факторами НТИ отмечается тенденция к снижению функциональных возможностей в сравнении с группой без факторов НТИ при сопоставимых параметрах структурного ремоделирования сердца, внутрисердечной гемодинамики и уровня Nt-proBNP.

ПРОВЕДЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХОБЛ + ТУБЕРКУЛЕЗ С ПОМОЩЬЮ ЦИФРОВЫХ ПОМОЩНИКОВ

Котляров С.Н., Оськин Д.Н.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Комбинация хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и туберкулеза (ТБ) ассоциирована с высоким риском обострений, лекарственных взаимодействий и прогрессирования дыхательной недостаточности. Вне стационара непрерывный мониторинг симптомов и приверженности часто затруднен; цифровые помощники позволяют систематически собирать данные и оперативно сигнализировать о неблагоприятной динамике.
Цель исследования. Описать разработку и первичную оценку применимости цифрового помощника для регулярного наблюдения пациентов с коморбидностью ХОБЛ+ТБ, автоматизации сбора данных и поддержки принятия клинических решений.
Материалы и методы. Создан цифровой помощник на базе защищенного мессенджер-интерфейса с электронными анкетами для самооценки (балльные опросы), автоматизированной обработкой результатов, напоминаниями, ведением базы и каналом обратной связи с медицинским работником. Реализованы алгоритмы стратификации риска, формирование уведомлений и выгрузка структурированных отчетов для врача. Оценивались техническая реализуемость, полнота заполнения, удобство для пациента и применимость в амбулаторном наблюдении.
Результаты. Цифровой помощник обеспечил: (1) регулярный сбор стандартизированных ответов пациентов и автоматический подсчет баллов; (2) снижение ручных трудозатрат за счет автоматической агрегации и сортировки по уровню риска; (3) своевременные напоминания, повышающие регулярность самооценки; (4) оперативную маршрутизацию обращений пациента («задать вопрос врачу») и формирование кратких сводок для принятия решения. Техническая реализуемость подтверждена, интерфейс признан интуитивным, интеграция в процесс амбулаторного наблюдения — возможной.
Выводы.
Применение цифрового помощника при ведении пациентов с коморбидностью ХОБЛ и ТБ осуществимо и полезно для непрерывного мониторинга симптомов и приоритизации медицинского внимания. Дальнейшие шаги — масштабирование и оценка влияния на клинические исходы, частоту обострений и нагрузку на персонал.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ-15 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Котова Ю.А., Наговицин А.К.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Актуальность. Поиск новых биомаркеров для диагностики хронической сердечной недостаточности остается важной задачей современной кардиологии. Ростовой фактор дифференцировки-15 (GDF-15) рассматривается как потенциальный диагностический маркер сердечно-сосудистых заболеваний, обладающий высокой прогностической ценностью, однако, диагностическая значимость данного биомаркера при различных фенотипах ХСН изучена недостаточно.
Цель исследования. Оценить диагностическую значимость GDF-15 у пациентов с различными фенотипами ХСН и определить его корреляционные связи с nT-proBNP и эхокардиографическими параметрами.
Материалы и методы. Обследовано 52 пациента, разделенных на четыре группы: контрольная группа (n=16), пациенты с ХСН с сохраненной фракцией выброса ХСНсФВ (n=16), со сниженной фракцией выброса ХСНнФВ (n=12) и умеренно сниженной фракцией выброса ХСНусФВ (n=8). У всех участников исследования определяли уровень GDF15, NT-proBNP методом иммунофлуоресцентного анализа, проводили трансторакальную эхокардиографию. Статистический анализ включал дисперсионный анализ, корреляционный анализ Пирсона, непараметрические критерии Манна-Уитни.
Результаты. Медианы GDF-15 составили: контрольная группа 799,4 пг/мл (95% доверительный интервал: 630,8-974,8), ХСНнФВ 1637,8 пг/мл (95% ДИ: 1522,6-2023,2), ХСНсФВ 909,9 пг/мл (95% ДИ: 822,9-1097,7), ХСНусФВ 1364,3 пг/мл (95% ДИ: 1146,0-1555,0). Выявлены статистически значимые различия между группами по результатам дисперсионного анализа ($p<0,001$). Наиболее выраженные различия отмечены между контрольной группой и ХСНнФВ ($p<0,001$), контрольной группой и ХСНусФВ ($p=0,001$). Различия между контрольной группой и ХСНсФВ оказались статистически незначимыми ($p=0,080$). GDF-15 продемонстрировал сильную положительную корреляцию с NT-proBNP ($r=0,782$, $p<0,001$) и выраженную обратную корреляцию с фракцией выброса левого желудочка ($r=-0,785$, $p<0,001$). Также выявлены статистически значимые корреляции со скоростью клубочковой фильтрации ($r=-0,516$, $p<0,001$), индексом массы левого желудочка ($r=0,389$, $p<0,01$) и показателями качества жизни по шкале SF-36 ($r=-0,302$, $p<0,05$).
Выводы.
GDF-15 является информативным биомаркером для диагностики ХСН, демонстрируя высокую диагностическую ценность для пациентов со сниженной и умеренно сниженной фракцией выброса. Сильные корреляционные связи с NT-proBNP и эхокардиографическими параметрами подтверждают патофизиологическую значимость данного маркера при ХСН и его потенциал для клинического применения в кардиологической практике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Котова Ю.А., Сергеева О.С.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является наиболее частой причиной смертности и инвалидности в российской популяции (347,3 на 100 тыс. в 2020 году). Основными факторами риска развития ИБС являются гипертония, гиперурикемия, дислипидемия, курение и диабет. Столь высокий вклад ИБС в структуру смертности в значительной степени обусловлен высокой распространенностью данного заболевания. В структуре смертности от ИБС также преобладают хронические формы и составляют 89% среди смертей от ИБС. Одним из ключевых факторов, способствующих развитию ИБС, является дислипидемия, характеризующаяся увеличением липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и снижением липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). Гиполипидемичсекая терапия, особенно с использованием статинов, доказала свою эффективность в снижении сердечно-сосудистых рисков. Однако, при наличии сопутствующей гиперурикемии, вопрос о ее эффективности становится особенно актуальным.
Целью исследования. Оценить эффективность гиполипидемической терапии у больных с ишемической болезнью сердца с сопутствующей гиперурикемией.
Материалы и методы. Общеклинические методы включают в себя проведение первичного осмотра и сбора анамнеза, оценка функционального состояния пациентов с использованием стандартных шлак (NYHA) и антропометрические исследования. Лабораторные исследования включают в себя проведение общего анализа крови, общего анализа мочи, измерение уровня липидов в крови (общий холестерин, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП) до начала терапии, через 2, 4, 6 месяцев. Инструментальное обследование включало в себя проведение электрокардиографии (ЭКГ) по стандартной методике в 12 отведениях, ангиография для визуализации коронарных сосудов и оценки степени атеросклеротических изменений, эхокардиография для оценки функции сердца и выявления изменений в миокарде. Исследования показывают, что гиперурикемия может влиять на результаты гиполипидемической терапии по следующим причинам. Известно, что статины обладают противовоспалительной активностью и могут снижать уровень мочевой кислоты. Однако, у пациентов с гиперурикемией их эффективность может быть ограниченной из-за воспалительного фона. Так же гиперурикемия связана с метаболическими нарушениями, которые могут снижать чувствительность к гиполипидемическим препаратам. Некоторые препараты для снижения уровня мочевой кислоты могут взаимодействовать с гиполипидемическими средствами, влияя на их метаболизм и эффективность. У пациентов с гиперурикемией так же возможно повышение риска развития побочных эффектов при использовании статинов, таких как миопатия, что в свое время может ограничить дозировку и эффективность терапии. Повышение уровня мочевой кислоты усиливает окисление липидов и повреждение сосудистой стенки, что может снижать эффективность снижения ЛПНП и увеличивать риск атеросклероза.
Результаты. Гиперурикемия являет собой повышенный уровень мочевой кислоты крови и традиционной связывается с подагрой, однако в последние годы все больше данных свидетельствуют о ее роли в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Гиполипидемическая терапия, направленная на снижение уровня липопротеинов низкой плотности, является ключевым компонентом профилактики и лечения ИБС. Однако наличие гиперурикемии может влиять на эффективность и безопасность таких терапий. Гиперурикемия может снижать эффективность гиполипидемической терапии, увеличивая риск недостаточного снижения холестерина и повторных сердечно-сосудистых событий. А также повышает вероятность побочных эффектов и затрудняет подбор оптимальных

дозировок препаратов. Немаловажно, при лечении пациентов с установленной ИБС, учитывать уровень мочевой кислоты и при необходимости проводить коррекцию метаболических нарушений для повышения эффективности терапии. Повышенный уровень ХС ЛНП у пациентов с хроническими формами ИБС, имея исключительный уровень медико-социальной значимости, продолжает представлять собой нерешенную до конца проблему, многие аспекты которой надлежащим образом не изучены. Одним из таких аспектов является повышенный уровень мочевой кислоты у пациентов с хроническими формами ИБС. Обеспечение оптимального контроля уровня мочевой кислоты может способствовать более эффективной терапии гиполипидемическими препаратами у пациентов с установленной ИБС. В перспективе возможно использование комбинированных стратегий, включающих гиполипидемические и урикозурические препараты, а также изменение образа жизни. Эпидомиологические исследования последних десятилетий отмечают рост распространенности гиперурикемии в популяции. По данным исследования ЭССЕ-РФ распространенность гиперурикемии в Российской Федерации (РФ) составила 16,8%. Несколько эпидемиологических исследований показали растущую связь между повышенным уровнем МК и сердечно-сосудистыми заболеваниями, указывая на то, что как низкие (5,5 мг/дл у женщин) уровни МК увеличивают смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом эффективность гиполипидемической терапии в рамках вторичной профилактики у пациентов с хроническими формами ИБС на фоне гиперурикемии представляет собой комплексную проблему, в связи с чем тема является в достаточной степени актуальной.

Выводы.

Исследование эффективности гиполипидемической терапии при ИБС с сопутствующей гиперурикемией является важным для понимания возможностей лечения и улучшения исходов у данной группы пациентов. В будущем требуется дальнейшее исследование для определения оптимальных стратегий терапии и улучшению качества жизни данных пациентов.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Котовщикова Е.Ф., Сидоров Н.С.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) является чрезвычайно распространенным в популяции состоянием, которое клинически проявляется уже в молодом, следовательно, трудоспособном и репродуктивном, возрасте, в некоторых случаях достигая степени инвалидизации. При этом в большинстве случаев данное состояние протекает субклинически, что является субстратом неопределенности клинического статуса.
Цель исследования. Определить текущее состояние клинического статуса НДСТ.
Материалы и методы. Анализ и синтез русскоязычных литературных источников по поставленной проблеме. В зарубежной литературе данная проблема в полном соответствии не описана.
Результаты. НДСТ — это перекресток фундаментальной и клинической медицины. В настоящее время клинический статус НДСТ окончательно не определен. Существует три альтернативных подхода к данной проблеме — НДСТ как самостоятельная нозология, как фактор риска или ассоциированный маркер иных самостоятельных нозологий, в том числе предиктор. Однозначно разрешить данную проблему на текущем этапе ее развития невозможно по причине отсутствия единых критериев НДСТ, которые были бы патогенетически обоснованы и позволяли формировать единообразные группы наблюдения. Соответственно, отсутствует методологическое основание проведения качественных сравнительных клинических исследований, которые являются в настоящее время основным дизайном. При этом существует концепция этиологии и патогенеза НДСТ как нозологической единицы, основанная на генетической и биохимической характеристике состояния, однако она не нашла выражения в конкретных диагностических инструментах, применимых в практике реального исследования. Исторически для большинства заболеваний нозологический подход стихийно формировал эти валидные и доступные критерии, основанные на клинических, лабораторных или морфологических характеристиках. В случае НДСТ требуется пройти осознанно данный этап, для чего необходимо концептуальное решение, возможно с разработкой оригинального дизайна исследования, подобно значению когортного Фрамингемского исследования для современной кардиологии. Доступными для определения являются лишь внешние фенотипические признаки, в меньшей степени внутренние. Изолированный патогенетический анализ фенотипических признаков представляется альтернативой на первом этапе решения проблемы, так как позволяет приспособить дизайн сравнительного исследования к проблеме НДСТ за счет сужения до частного анализа без общих допущений.
Выводы.
Проблема определения клинического статуса НДСТ находится не в каких-либо объективных причинах (техническое обеспечение, малое финансирование), но они носят субъективный характер, а именно несоответствие текущего мышления врача искомой структуре проблемы, ее сложности, что проявляется отсутствием адекватной методологии исследования.

МАРКЕР ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ И ЕГО СВЯЗЬ С ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЦИТОКИНАМИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Котовщикова Е.Ф., Буйлова Е.В., Мальцева И.В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Проблема церебральной сосудистой патологии является одной из наиболее актуальных и социально значимых в современной медицине. Ранние стадии хронической ишемии головного мозга (ХИГМ) протекают с минимальными проявлениями, которые трудно идентифицировать клинически. Однако пациентам с субклиническими формами цереброваскулярных заболеваний необходима своевременная клиническая оценка, поскольку начальные стадии сосудистых расстройств являются потенциально обратимыми. Одним из биомаркеров, позволяющих подтвердить случаи ишемии головного мозга, являются антитела к NR-2 пептиду. Антитела могут сохраняться в кровотоке до 3-6 месяцев после одного или нескольких ишемических эпизодов, их повышенный титр прямо коррелирует с риском возникновения повторных транзиторных ишемических атак или ишемического инсульта. Представляется актуальным изучение ишемических процессов в центральной нервной системе в молодом возрасте до развития значимых патологических состояний.
Цель исследования. Изучение маркера церебральной ишемии антитела к NR-2 и его связь с провоспалительными цитокинами (интрелейкины-1 и 6, фактор некроза опухолей-α) у лиц молодого возраста.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 175 человек в возрасте 18-21 года. Проведено общеклиническое обследование, изучение маркеров воспаления (интрелейкины-1, 6, фактор некроза опухолей-α) и церебральной ишемии (антитела к NR-2), дуплексное исследование брахиоцефальных сосудов.
Результаты. Содержание антител к NR2 оказалось повышено у 124 человек и чаще у женщин, чем у мужчин ($r=0,33$ $p=0,004$). Уровень биомаркера в группе с нормальным и повышенным содержанием антител отличался более, чем в 2,5 раза (1,45 нг/мл и 4,11).
Выводы.
Среди 175 обследованных в возрасте 18-21 года уровень антител к NR-2 оказался повышен в 71% случаев, что свидетельствует о высокой частоте нарушений церебрального кровотока у лиц данной возрастной группы. Поскольку у молодых людей не наблюдалось клинических проявлений острой ишемии головного мозга (ОНМК, ТИА), можно предполагать у них бессимптомные субклинические случаи церебральной ишемии или ранний дебют ХИГМ, не смотря на отсутствие наиболее значимых факторов риска цереброваскулярных заболеваний, таких как артериальная гипертензия и атеросклероз магистральных церебральных артерий. Самостоятельно субклиническая церебральная ишемия не вызывает воспалительной реакции. Все это подтверждает сложность механизмов возникновения и прогрессирования хронической сосудистой мозговой недостаточности в молодом возрасте, вероятно, нарушение функции микроциркуляторного русла и требует дальнейшего изучения.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кошлатая О.В., Ванкович Е.А., Козлов И.Д., Карпова И.С.
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Проблема кардиоваскулярных осложнений после перенесенной COVID-19 остается в числе актуальных и социально значимых,
Цель исследования. Оценка отдаленных последствий COVID-19 у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).
Материалы и методы. В исследование было включено 135 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, которые были разделены на 2 группы: перенесшие COVID-19 — 85 человек (I группа) (65,0 (62,0; 71,0) лет) и не переносившие COVID-19 — 50 человек (II группа) (67,9 (65,0; 72,0) лет). Время после перенесенного инфаркта миокарда в среднем составило 5,96 (4,00; 7,00) лет. Данные исследований сравнивались с показателями этих пациентов в доковидном периоде (2018 г.), имеющимися в базе данных. Трансторакальную ЭхоКГ выполняли на ультразвуковом аппарате Vivid-7, компьютерную томографию коронарных артерий (КА) на томографе премиум-класса Siemens Somatom Force. Исследование дополнялось оценкой тяжести коронарного атеросклероза (Leiden Score Calculator). Части пациентам выполнялась коронарография КА по стандартной методике на ангиографическом комплексе Siemens Artis Zee. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 7.0.
Результаты. Среди взятых в исследование пациентов клинически негативные последствия перенесенной коронавирусной инфекции проявились: повторными инфарктами миокарда (ИМ) у 15 пациентов (причем у 2 из них рецидивы по 2 и у одного по 3 ИМ ежегодно), прогрессированием коронарного атеросклероза с необходимостью выполнения стентирования и шунтирования КА — 19 и двум пациентам, соответственно. Индекс Лейдена после COVID-19 возрос на 36,4%, в сравнении с данными доковидного периода, а в группе лиц, не переносивших Covid-19, только на 15,7%. У 11 пациентов I группы в сравнении с доковидным периодом наблюдалось прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) и у 9 лиц развитие ишемической кардиомиопатии (ИКМП).
Во II группе ИМ в период с 2020 по 2024 г.г. имел место у 10 пациентов, признаки ИКМП — у 3 лиц. Прогрессирование ХСН среди лиц, не переносивших COVID-19, имело место только у одного человека. Одному пациенту было выполнено плановое шунтирование и 6 — стентирование КА. Летальные исходы имели место только в группе лиц, переболевших COVID-19 (13 человек в период пандемии и 2 пациента в постковидном периоде).
Выводы.
Таким образом, COVID-19 у пациентов с ИБС опасен своими последствиями по влиянию на миокард и учащением летальных исходов. На фоне COVID-19 увеличивается риск декомпенсации и осложнений ИБС в виде острого ИМ и прогрессирования коронарного атеросклероза,

«РЕГАСТИМ ГАСТРО» — ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

Краснов А.А., Петленко С.В.
ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Хронический атрофический гастрит относится к категории предраковых заболеваний. До недавнего времени в арсенале терапевтов и гастроэнтерологов не существовало лекарственных средств, для лечения атрофических поражений слизистой оболочки желудка. Временная стабилизация процесса атрофии при использовании цитопротекторов и других средств не могла решить основной проблемы — восстановления морфологии и функции слизистой желудка. В настоящее время, благодаря появлению препарата, обладающего, в том числе и репаративными свойствами, лечение заболеваний желудка, сопровождающихся атрофией слизистой, а также их негативных последствий, способно выйти на принципиально новый уровень.
Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности препарата для лечения хеликобактер-ассоциированного атрофического гастрита.
Материалы и методы. В ходе двойного слепого плацебо-контролируемого многоцентрового исследования препарата «Регастим Гастро®» оценены эффективность и безопасность по основным параметрам атрофического гастрита.
Результаты. У пациентов, принимавших препарат, выявлено статистически значимое ($z=2{,}198078$; $p=0{,}027944$) увеличение количества желудочных желез на 1 мм^2 слизистой оболочки при сравнении с исходными показателями и контрольной группой ($z=2{,}225081$; $p=0{,}026077$). По данным суточной pH-метрии на фоне приема препарата установлено статистически значимое ($z=3{,}284391$; $p=0{,}001022$) увеличение индекса кислотности и снижение среднего значения pH ($z=3{,}178083$; $p=0{,}001483$) в сравнении с исходным состоянием и отсутствие подобных изменений в группе принимавших плацебо. На фоне приема препарата отмечено статистически значимое ($z=2{,}953706$; $p=0{,}003140$) увеличение коэффициента соотношения пепсиноген I / пепсиноген II и снижение уровня гастрина-17 в крови (пмоль/л) ($z=2{,}781678$; $p=0{,}005408$). По результатам морфологического исследования выявлено снижение клеточной инфильтрации зоны атрофии, в том числе: эозинофильных гранулоцитов ($z=3{,}036351$; $p=0{,}002395$), макрофагов ($z=3{,}085251$; $p=0{,}002034$), полиморфноядерных нейтрофильных гранулоцитов ($z=3{,}841236$; $p=0{,}000122$), лимфоцитов ($z=2{,}815422$; $p=0{,}004872$), а также плазматических клеток ($z=2{,}423776$; $p=0{,}015361$). Иммунологическое исследование выявило статистически значимое ($z=2{,}264637$; $p=0{,}023536$) снижение титра антител к *Helicobacter pylori* (EIU) в сравнении с исходным состоянием на фоне приема препарата и отсутствие подобных различий в группе принимавших плацебо. Отмечен высокий профиль безопасности и уровень комплаентности пациентов к проводимому лечению.
Выводы.
Препарат «Регастим Гастро®» стимулирует процессы регенерации при атрофии слизистой оболочки желудка, увеличивая количества желудочных желез. Способствует нормализации pH желудочного сока, снижению уровня гастрина-17, увеличению соотношения пепсиноген I/ пепсиноген II в крови, что является показателем восстановления кислотообразующей и пепсинобразующей функций и ослабления проонкогенных процессов. Препарат оказывает противовоспалительное действие, снижая уровень лейкоцитарной инфильтрации слизистой оболочки желудка. После эрадикационной терапии лечение препаратом способствует более выраженному снижению титра антихеликобактерных антител, уменьшая активность аутоиммунного компонента воспаления слизистой оболочки желудка.

ЛИРАГЛУТИД В КОМБИНАЦИИ С ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ 1-ой СТЕПЕНИ — 24-НЕДЕЛЬНОЕ ОТКРЫТОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Краснопеева Н.Д., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Сахарный диабет 1 типа (СД1) часто сопровождается ожирением, что усложняет контроль гликемии. Лираглутид, агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1типа (ГПП-1), может улучшить гликемический контроль и способствовать снижению веса.
Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность комбинации лираглутида и инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и ожирением 1 степени.
Материалы и методы. В 24-недельном открытом исследовании принимали участие 8 взрослых пациентов с СД1 и ожирением 1 степени (индекс массы тела [ИМТ]> 30 кг/м²). Возраст исследуемых составил от 27 до 42 лет; мужчин — 3 человека, женщин — 5 человек. Пациенты получали один раз в день подкожные инъекции лираглутида в дозах 1,2 мг или 0,6 мг, добавленные к их текущей инсулинотерапии. Использование лираглутида было off-label, и исследование проводилось через с одобрения локального этического комитета. Контрольными точками были уровень гликемии, величина ИМТ и достижение целевого уровня HbA1c. Использовался пакет статистических программ MedCalc (Version 23, 2025). Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха Me (Q1-Q3). Применялся критерий Уилкоксона. Значения $p<0,05$ считались статистически значимыми.
Результаты. У половины пациентов с СД1 была артериальная гипертензия, трое принимали антигипертензивную терапию постоянно, один не регулярно, но с достиженем целевых значений артериального давления. Два пациента перенесли ОРВИ легкой степени тяжести, не потребовавшую госпитализации, что было расценено как несерьезное нежелательное явление с исходом в выздоровление. У двоих пациентов в анамнезе диабетическая ангиоретинопатия (ДАРП), непролиферативнаая форма, без угрозы пролиферации. Ухудшения по имеющимся соматическим заболевания за период наблюдения у пациентов не было. У всех пациентов не было декомпенсации углеводного обмена. Средний уровень HbA1c до лечения составил 7,85% (7,400-8,300), а после 24 недель лечения — 6,6% (6,5-6,75), $p=0,012$. На фоне проводимой терапии средний уровень гликемии снизился на 1,3%, уровень HbA1c снизился на 0,5-2,3% от исходного уровня. Кроме того, наблюдалось снижение веса у всех пациентов, в среднем, на 4,7 кг (2,2-6,0), $p=0,008$. Побочные эффекты были минимальными и включали явление дизгевзии, отрыжку содержимым желудка, ощущениями тошноты и тяжести в желудке, периодически запоры. Все явления были легкой степени тяжести, что не послужило причиной выведения ни одного из участника исследования.
Выводы.
Добавление лираглутида к инсулинотерапии у пациентов с СД1 и ожирением 1 степени привело к значительному снижению уровня HbA1c и уменьшению веса. Лираглутид продемонстрировал хорошую переносимость в минимальной (0,6 мг) и субмаксимальной (1,2 мг) дозах и может быть эффективным дополнением к инсулинотерапии для улучшения гликемического контроля и снижения веса у пациентов с СД1 и ожирением.

ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

Краюшкин С.С., Колесникова И.Ю., Апухтина М.В., Апухтин А.Ф.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Выяснение механизмов адаптации относится к числу центральных проблем восстановительно-профилактической и клинической медицины. От физиологической целесообразности адаптивных реакций, предупреждения дезадаптивных реакций, зависит эффективность оздоровительных мероприятий, программ укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни населения.
Цель исследования. Изучить особенности сосудистой реактивности локально-дермального кровообращения в зависимости от гисто-гормональных параметров менструального цикла женщин 1-й диспансерной группы здоровья населения.
Материалы и методы. Выполнено исследование 85 женщин в возрасте от 20 до 26 лет, классифицированных в 1-ю группу здоровья по итогам диспансеризации, признанных практически здоровыми. Обследования проводились в фолликулиновую фазу (ФФ) на 6-8-й день и в лютеиновую фазу (ЛФ) на 21-23-й день менструального цикла (МЦ).Дифференциальную диагностику нарушений регуляции локального кровотока дермы предплечья по сосудо-спастическому, стазическому периваскуляному типам проводили согласно описанию патента RU 2828428 2024г авт Апухтин А.Ф., Стаценко М.Е. Содержание адреналина (А), норадреналина (НАХ ацетилхолина (АХ) и серотонина в смешанной слюне определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимическим детектором (ЛЮМАХРОМ, Россия). Концентрацию мелатонина в смешанной слюне оценивали радиоиммунологическим методом. Проводили анализа вариабельности сердечного ритма в покое и при активной ортостатической пробе. Полученные результаты обрабатывались с помощью методов параметрической (Т Стьюдент, парная корреляция) и непараметрической (точный критерий Фишера) статистики. Достоверный уровень различий принимали при р.
Результаты. Установлено, что у обследуемых женщин частота показателя 1-го сосудо-спастического типа нарушения регуляции локального кровотока (НРЛК) в ортостатической реакции обнаружена достоверно чаще в лютеиновую фазу, чем в фолликулиновую ($p<0,05$). Выявленное существенное различие свидетельствует о том, что у женщин в лютеиновой фазе снижены резервные возможности системы эндотелиальной регуляции локально-регионарного кровообращения, а также, предсказуема более частая эндотелиновая сосудо-спастическая реакция с внутрисосудистой дистензией в ортостатической пробе. Корреляционный анализ показал, что между ортостатическим 1-м типом НРЛК и гистогормональной компонентой соотношения мелатонин/серотонин в смешанной слюне установлена отрицательные корреляционные связи: средняя в лютеиновой ($r=-0,49$ $p<0,05$) и слабая в фолликулиновой ($r=-0,32$ $p<0,1$) фазах менструального цикла. Установлено, что у здоровых женщин репродуктивного возраста реакции тренировки и спокойной активации достоверно ($p<0,05$) выше в фолликулиновой фазе, а повышенной сосудистой активации, переактивации, способствующих масштабированию сосудистого стресса- в лютеиновой фазе менструального цикла.
Выводы.
Учет выявленных взаимосвязей физиологических особенностей гистогормональных параметров и нарушений локально-дермального кровотока у женщин 1-й диспансерной группы здоровья может обеспечить наиболее оптимальные компенсаторно-адаптивные возможности их здоровья при занятиях адаптивной физической культурой, реабилитационной и тренировочно-соревновательной деятельностью.

СЕРДЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Кропачева Н.С., Шулятьева Н.Н., Бусыгина М.С.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — клинический синдром со структурно-функциональными изменениями сердца и признакими системного застоя. Одним из грозных осложнений ХСН является хроническое пассивное полнокровие печени. Как правило, нарушение функции печени при ХСН протекает бессимптомно и поздно диагностируется, что прогностически неблагоприятно.
Описание случая. Пациент Ш., 57 лет, поступил в отделение реанимации 10.04.25 г. с нарушением сознания. Ранее проходил курсы лечения в городской больнице в январе и марте 2025 года с диагнозом: ХИБС. Постинфарктные кардиосклероз (2018). Стенирование 2019 г. Вторичная дилатационная кардиомиопатия с ФВ 49%. Полная АВ блокада. Был выписан с улучшением. После выписки выполнял все рекомендации. Настоящее ухудшение 10.04.25 г., когда был доставлен в отделение реанимации городской больницы. Из сопутствующей патологии — сахарный диабет 2 тип. Объективно: состояние тяжелое. Сознание -13 баллов. Кожные покровы субиктеричные, сухие. Язык сухой обложен белым налетом. Температура 36,5 градусов. Дыхание самостоятельное, жесткое, хрипы не выслушиваются. SPO2-95%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс — 82 уд в минуту, артериальное давление- 120/80 мм рт ст. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует, увеличен за счет асцита. Печень не пальпируется. Отеки до нижней трети бедра. Из результатов обследований: гемоглобин —121 г/л, лейкоциты -3,4*109, тромбоциты -100*109, глюкоза-6,3 ммоль/л, альбумин-27,3 г/л, калий -3,41 ммоль/л, холестерин-2,13 ммоль/л, АЛТ-63 ед/л, АСТ-130 ед/л, щелочная фосфатаза -79 Ед/л, СРБ -85,7 мг/л. ЭКГ-ритм синусовый с чсс 120 уд в мин., тахикардия. БПВЛНПГ. АВ блокада 2 ст с периодикой С. Венкенбаха. Эпизод АВ- диссоциации. ЭХО КГ выявило гипокинезию передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка, дилатацию левого желудочка, левого предсердия, правого предсердия, признаки легочной гипертензии. НМК 1-2 ст. НТК 1 ст. По КТ органов брюшной полости описан асцит, признаки цирроза печени, спленомегалия. Видеогастроскопия показала варикозное расширение вен пищевода 3 степени. На фоне кардиопротективной терапии, лечения адеметионином, фуросемидом сознание восстановилось, выписан с улучшением.
Заключение.
Поздняя диагностика, наличие сопутствующих заболеваний, снижение фракции выброса крови, постинфарктный кардиосклероз явились предикторами быстрого прогрессирования кардиогенного застойного цирроза печени.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ COVID-19 В ТЯЖЕЛОМ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ

Кудлай Д.А., Бакиров Б.А., Набиева А.А.
ФГБОУ ВО Клиника БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Прогрессирование COVID-19 сопровождается осложнениями, которые повышают риск летального исхода, что обуславливает необходимость раннего выявления доступных маркеров тяжелого течения и неблагоприятного прогноза.
Цель исследования. Определить факторы риска летального исхода у госпитализированных больных с тяжелым и крайне тяжелым течением COVID-19.
Материалы и методы. Проведено ретроспективное открытое исследование на базе инфекционного госпиталя ФГБОУ Клиники ВО БГМУ Минздрава России (УФА) с 18.06.2020 по 18.08.2020. Обследовано 65 пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (средний возраст 64,7±13,5 лет).
В зависимости от исхода заболевания было сформировано 2 группы: выписаны — 32 (49%) пациента (группа 1), летальный исход — 33 (51%) пациентов (группа 2). Всем испытуемым, в первый день госпитализации, проводился общеклинический анализ крови, с развернутой лейкоцитарной формулой. В сыворотки крови определяли концентрации: IL-6, IL-10, МАК, прокальцитонина, СРБ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 10 (StatSoftInc., США).
Результаты. Проанализированы лабораторные показатели воспаления и иммунного ответа, включая С-реактивного белка (СРБ), относительное количество лимфоцитов, соотношение лимфоциты/СРБ, соотношение нейтрофилы/лимфоциты, ферритина, прокальцитонина, пресепсина, интерлейкинов-6, интерлейкинов-10, D-димера, мембраноатакующего комплекса (МАК) и их корреляция с клиническим течением заболевания. Результаты. Искусственная вентиляция легких была проведена у 38 (58,5%) пациентов: у 8 пациентов в группе 1 и 30 пациентов в группе 2. Согласно полученным результатам анализа сопутствующей терапии, препараты группы кортикостероидов назначались чаще в группе 2 (среди умерших пациентов). Вероятность выжить у пациентов составила 63,78%, вероятность летального исхода — 36,22%. Наибольшее число смертей было выявлено у пациентов старше 80 лет. У пациентов обеих групп определены отклонения лабораторных показателей, доступных для определения в условиях реальной клинической практики.
На протяжении всего периода госпитализации установлены статистически значимые различия между группами ($p<0,05$) по следующим показателям: количество лимфоцитов, содержание СРБ, D-димера, прокальцитонина, IL-6 и IL-10. Значимость различий между группами в содержании ферритина, препепсина и МАК не была обнаружена. Статистически значимые различия между группами ($p<0,05$ для двух и более измерений на протяжении всего исследования) наблюдали по следующим показателям: возраст, количество лимфоцитов, IL-6 и СРБ, а также соотношение IL-6/СРБ.
Выводы.
Смертность пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением COVID-19 зависит от возраста и лабораторных показателей, отражающих интенсивность воспалительной реакции, иммунный статус и общую тяжесть заболевания. Эти факторы должны тщательно контролироваться для оптимизации лечения и повышения эффективности терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кудряшов С.И., Карзакова Л.М.
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Актуальность. В настоящее время наблюдается высокая распространенность (7,2-13,4%) в мире хронической болезни почек (ХБП), среди причин ХБП особое место занимают гломерулонефриты (ГН) с нефротическим синдромом (НС) ввиду их распространенности среди населения разного возраста и плохо поддающиеся лечению. Обращает внимание недостаточная изученность демографических и клинических проявлений ГН с НС.
Цель исследования. Изучить клинико-демографические особенности ГН с НС.
Материалы и методы. Исследование включало ретроспективный анализ данных историй болезни, амбулаторных карт у пациентов с активным НС, находившихся на стационарном лечении в 2007-2016 гг. в БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии.
Результаты. В нефрологическом отделении получили лечение 540 пациентов с первичным ГН. В зависимости от клинико-лабораторных проявлений ГН дифференцировали следующие группы пациентов: с НС (57,4%), гипертоническим ГН, протекающими с НС, был в пределах от 16 до 69 лет. В момент дебюта заболевания средний показатель возраста пациентов составлял 41,4±6,9 года. В группе насчитывалось 62% мужчин. У 44% пациента отмечался рефрактерный НС: из них у 15% НС имел часто рецидивирующее течение, у 29% — персистирующее течение. У 174 обследованных был установлен морфологический вариант ГН. Наиболее часто встречалась МНП (в 39% случаев), несколько меньше было пациентов с ФСГС (27%). На 3-м месте по частоте представленности расположилась БМИ (17%). На долю пролиферативных вариантов ГН приходилось 20% случаев первичного НС, в том числе на мезангиопролиферативный ГН 14%, мембранопролиферативный ГН 4%, диффузный эндокапиллярный ГН и экстракапиллярного ГН с образованием полулуний — по 1%. Значения содержания белка в суточной моче колебались от 3,35 до 21 г. 24% пациентов имели низкий риск прогрессирования НС (уровень суточной протеинурии менее 4 г), 43% — средний (4-8 г), 33% — высокий риск (>8 г). У 8% пациентов были выявлены признаки асцита и гидроторакса. Артериальное давление колебалось в пределах от 110/65 до 180/120 мм рт. ст. У 25,6 % пациентов в дебюте ГН с НС обнаруживалась артериальная гипертензия.
Выводы.
Среди госпитализированных в нефрологическое отделение пациентов с активным НС преобладали больные МНП. Возрастной пик дебюта ГН с НС составил 40-49 лет. Среди пациентов с ГН, протекающими с НС, преобладали лица мужского пола и имеющие средний риск прогрессирования почечной недостаточности.

ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПИЛОТОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Кузьмина А.Ю.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Состояние пищеварительного тракта имеет важное значение для сохранения здоровья и продолжительности жизни, поддержания качества жизни всех групп населения. В современном мире заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются широко распространенными.
Цель исследования. Оценить состояние верхних отделов органов пищеварения у пилотов гражданской авиации старшего возраста по данным клинико-инструментального обследования.
Материалы и методы. Проведено плановое стационарное обследование 1189 пилотов гражданской авиации в ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации», г. Москва (главный врач — д.м.н. Забродина Н.Б., зав. отделением эндоскопии — к.м.н. Добровольский О.В.) без клинических показаний. Критерии включения в исследование — достижение возраста 55 лет и старше. Состояние ЖКТ оценивали по результатам клинико-лабораторных показателей (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследования кала) и инструментальных методов исследования (эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости). По показаниям проводили дополнительные исследования (эндосонография, осмотр хирурга и онколога и др.).
Результаты. Патология ЖКТ была выявлена более, чем у половины обследуемых — в 71,6% случаев (n=851). Наиболее частыми из них были заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, которые составили более половины наблюдений от всех обследованных — 62,1% (n=738). Заболевания пищевода встречались реже — в 9,5% случаев (n=113). Самой частой патологией верхних отделов ЖКТ были хронический гастрит и гастродуоденит, которые были диагностированы у 45,9% лиц (n=546). Реже выявляли язвенную болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки — 13,3% (n=158), из них впервые выявленная — в 3,2% случаев (n=38). Предшествующее хирургическое лечение было выполнено у 0,5% лиц (n=6), из них у 4 лиц по поводу язвенной болезни (резекция желудка, ушивание язвенного дефекта) и у 2 лиц — рака желудка (субтотальная резекция желудка и гастрэктомия). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы были установлены у 8,6% лиц (n=102). Полипоз верхних отделов ЖКТ был выявлен в 2% наблюдений (n=24), из них полипы желудка были обнаружены у 20 лиц (в т.ч. у 5 — на этапе формирования) и пищевода — у 4 лиц, в одном случае — с изъязвлением. Ксантомы желудка были отмечены у 9 лиц (0,8%). Лейомиомы были диагностированы в 5 случаях (0,4%) с локализацией в желудке у 3 и пищеводе — у 2 обследованных. В единичных случаях (n=1) встречались микоз и кандидоз пищевода, дивертикул пищевода, варикозное расширение вен пищевода I степени, гастроптоз.
Выводы.
Патология ЖКТ у пилотов гражданской авиации старшего возраста встречается часто — в 71,6% наблюдений. Наиболее часто поражаются верхние отделы ЖКТ — 62,1% случаев обследованных. Проведение стандартного обследования способствует ранней диагностике заболеваний органов пищеварения и проведению своевременного лечения с возможностью сохранения профессиональной пригодности к летной работе.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У РАНЕНЫХ С АМПУТИРОВАННЫМИ НИЖНИМИ КОНЕЧНОСТЯМИ

Куржос М.Н., Бубман Л.И., Кошурников Д.С., Лыткина К.А., Буриев И.М., Мелконян Г.Г., Тополянская С.В.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Структурные изменения опорно-двигательного аппарата у пациентов с ампутированными конечностями в результате боевой травмы изучены недостаточно.
Цель исследования. Изучение композиционного состава тела у раненых с ампутированными нижними конечностями.
Материалы и методы. В одномоментное («поперечное») исследование включено 40 раненых, перенесших ампутацию одной из нижних конечностей, в среднем возрасте 39,2+10,4 г. Медиана времени с момента ранения составила 184,5 дней (Q1-Q3: 119-251 день). У 42,1% включенных в исследование пациентов была ампутирована правая нижняя конечность, у 57,9% — левая нижняя конечность. 26,3% перенесли ампутацию на уровне бедра, 73,7% — на уровне голени. Композиционный состав тела анализировали посредством двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.
Результаты. У пациентов с ампутированной левой нижней конечностью установлено снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) левой нижней конечности, по сравнению с правой (1,1+0,2 и 1,3+0,4 SD; p=0,01). У раненых с ампутированной правой нижней конечностью зарегистрировано снижение МПКТ правой нижней конечности (1,16+0,16 и 1,3+0,15 SD; p=0,01). У пациентов с ампутированной правой нижней конечностью отмечено увеличение доли жира в ней, по сравнению с левой нижней конечностью (35,1+7,2% и 28,8+4,5%; p=0,01). Наблюдались достоверные корреляции между возрастом пациентов и: индексом массы тела (r=0,47; p=0,002), общей массой жира (r=0,40; p=0,01), жиром верхних конечностей (r=0,38; p=0,01), процентной долей общего жира (r=0,42; p=0,007), процентной долей жира в туловище (r=0,42; p=0,007), процентной долей жира в верхних конечностях (r=0,48; p=0,002). Установлены корреляции между временем с момента ранения и следующими параметрами: индексом массы тела (r=0,45; p=0,004), Z-критерием МПКТ (r=-0,33; p=0,04), общим содержанием жира (r=0,41; p=0,01), жиром в нижних конечностях (r=0,32; p=0,04), жиром в правой нижней конечности (r=0,34; p=0,03), долей общего жира (r=0,40; p=0,01), долей жира в туловище (r=0,4; p=0,01), долей жира в нижних конечностях (r=0,3; p=0,05) и в верхних конечностях (r=0,42; p=0,007). При проведении регрессионного анализа отмечалась достоверная умеренная положительная связь между долей жира в ампутированной нижней конечности и временем с момента ранения (r=0,4; p=0,05), между содержанием жира в ампутированной нижней конечности и мышечной тканью в ампутированной конечности (r=0,5; p=0,0005), между долей жира в ампутированной нижней конечности и минеральной плотностью костной ткани в нижних конечностях (r=0,3; p=0,05), между минеральной плотностью костной ткани в ампутированной нижней конечности и временем с момента ранения (r=-0,3; p=0,001).
Выводы.
Установлены взаимосвязи между временем с момента ранения и жировой тканью, а также минеральной плотностью костной ткани в ампутированной нижней конечности. Зарегистрировано снижение МПКТ в ампутированной конечности.

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Курникова И.А., Гулова.Ш.Г., Данилина. Н.О., Мохаммед Х.Х.А.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Абдоминальное ожирение представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современности, ассоциированную с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и метаболических нарушений. В молодом возрасте избыточное накопление висцерального жира может приводить к ранним нарушениям вегетативной регуляции сердечной деятельности, что находит отражение в изменении параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР). ВСР является надежным маркером активности автономной нервной системы, а ее снижение коррелирует с повышенным риском кардиоваскулярных событий. Изучение особенностей ВСР у молодых пациентов с абдоминальным ожирением приобретает особую клиническую значимость, поскольку позволяет идентифицировать ранние доклинические признаки вегетативной дисфункции и своевременно разработать стратегии первичной профилактики.
Цель исследования. Оценить влияние абдоминального ожирения на вегетативную регуляцию сердечной деятельности у молодых пациентов посредством анализа показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР).
Материалы и методы. В исследование были включены 36 молодых пациентов со средним возрастом 28,8 ± 1,48 года, разделенных на две группы: Первая группа (n=18) состояла из пациентов с абдоминальным ожирением (ИМТ 35,3 ± 4,3 кг/м^2), в которую входили 9 мужчин и 9 женщин. Вторая группа (n=18) состояла из здоровых добровольцев с нормальной массой тела (ИМТ 23,3 ±2,5кг/м^2), также включавших 9 мужчин и 9 женщин. Для всех участников была собрана анамнез и проведен физикальный осмотр, который включал в себя оценку индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ, индекс висцерального ожирения — ИВО. Также были проведены лабораторные исследования и оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) с помощью суточного мониторинга ЭКГ (ХМЭКГ) с использованием аппарата Валента 8. Оценивались временные и частотные показатели с акцентом на частоту сердечных сокращений (ЧСС) и показатель среднеквадратичного отклонения интервалов RR (Mean, PNN50, LF).
Результаты. При анализе вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов с абдоминальным ожирением было обнаружено статистически значимое снижение снижение показателей вагосимпатического баланса Mean (699,3±3,1 мс против 738,6±4,2 мс; $p<0,02$) и pNN50 (12,1±1,1% против 13,4±2,1%; $p<0,01$). Эти изменения свидетельствуют о снижении снижение показателей вагосимпатического баланса и могут отражать тенденцию к гиперсимпатикотонии. Кроме того, в данной группе пациентов наблюдалось достоверное увеличение относительной мощности низкочастотного компонента спектра ВСР (LF% — 7,8±2,3% против 6,2±1,4% в контрольной группе; $p< 0,003$). Полученные данные указывают на повышенную симпатическую активность, что может быть связано с перенапряжением центральных механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы, характерным для состояния гиперсимпатикотонии.
Выводы.
Проведенное исследование позволило выявить статистически значимые изменения параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) у молодых пациентов с абдоминальным ожирением. Установлено снижение суточных показателей вагосимпатического баланса, на фоне повышения симпатической активности, что свидетельствует о нарушении вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы. Эти изменения, доже при сохранной толерантности к физической нагрузке. Полученные результаты подтверждают необходимость включения анализа ВСР в алгоритмы обследования пациентов с метаболическими нарушениями для ранней диагностики вегетативной дисфункции.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кузнецов Г.Э., Тенчурина Л.Р., Зеленцова Л.Р.
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Актуальность. Актуальным является изучение изменение параметров миокарда у женщин во время менопаузального перехода и ранней постменопаузы в связи с неблагоприятным влиянием развивающейся гипоэстрогении, гипопрогестеронемии на сердечно-сосудистую систему.
Цель исследования. Цель исследования: установить особенности ремоделирования миокарда у женщин в период менопаузального перехода и в период ранней постменопаузы.
Материалы и методы. В исследование включены 80 женщин в возрасте 45-55 лет, находящихся в периоде менопаузального перехода (стадия -2 или -1 по классификации STRAW+10) или в периоде ранней постменопаузы (стадия +1b по классификации STRAW+10), подписавших информированное добровольное согласие на проведение исследование. У всех женщин проведен сбор анамнеза, физикальный осмотр. Всем участницам выполнена эхокардиография по стандартной методике. Статистическая обработка результатов проведена с использованием методов непараметрического анализа данных, за критический уровень значимости p принято значение 0,05.
Результаты. В группу менопаузального перехода и в группу ранней постменопаузы включено по 40 женщин. Медиана возраста в группах сравнения не отличалась и составила 49 (47; 51) лет в группе менопаузального перехода и 50 (49; 51) лет в группе ранней постменопаузы. У 6 (15%) женщин группы менопаузального перехода и у 10 (25%) женщин группы ранней постменопаузы диагностирована АГ; $\chi 2$ Пирсона= 5,2, сс=1, p=0,157. Избыточная масса тела выявлена у 12 (30%) женщин группы менопаузального перехода и у 16 (40%) женщин группы ранней постменопаузы, ожирение диагностировано у 10 (25%) женщин группы менопаузального перехода и у 13 (32,5%) женщин группы ранней постменопаузы; $\chi 2$ Пирсона=3,43, сс=4, p=0,48. По наличию сопутствующих заболеваний, принимаемой медикаментозной терапии, длительности артериальной гипертонии группы сравнения оказались сопоставимы. Фракция выброса, систолическая функция левого желудочка не была нарушена у исследованных женщин. Морфологические характеристики миокарда — толщина межжелудочковой перегородки в диастолу, толщина задней стенки левого желудочка в систолу, конечный диастолический размер левого желудочка оказались статистически значимо выше у женщин в группе ранней постменопаузы. Выявлено, что масса миокарда и индекс массы миокарда выше в группе ранней постменопаузы, чем у женщин группы менопаузального перехода — 170,9 (151,2; 205,8) г против 147,5 (129,0; 173,1) г (p=0,003); 94,7 (84,9; 109,9) г/м^2 против 84,5 (78,7; 93,1) г/м^2, (p=0,004), соответственно. Однако, в распределении участниц по структурно-геометрической модели миокарда отличий в группах сравнения не выявлено. У женщин группы менопаузального перехода нормальная геометрия миокарда установлена в 62% случаев, концентрическое ремоделирование — в 18% случаев, эксцентрическая гипертрофия — в 13% случаев, концентрическая гипертрофия — в 7% случаев. У женщин группы ранней постменопаузы нормальная геометрия миокарда установлена в 45% случаев, концентрическое ремоделирование — в 8% случаев, эксцентрическая гипертрофия — в 32% случаев, концентрическая гипертрофия — в 15% случаев.
Выводы.
Несмотря на тенденцию формирования гипертрофических изменений миокарда у женщин в ранней постменопаузе, значимых различий в распределении по типу ремоделирования в перименопаузальном возрасте еще не наблюдается. Необходимо продолжить наблюдение женщин в более поздние периоды старения репродуктивной системы для выявления дальнейших особенностей изменения сердечно-сосудистой системы.

УРОВЕНЬ ЭСТРАДИОЛА У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН С АНЕМИЕЙ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Куликов И.А.
ЧУЗ «КБ РЖД-Медицина», г. Тула, Россия

Актуальность. Анемия, возникновение которой необъяснимо известными причинами называется необъяснимой (НАП). Частота этого типа анемии может составлять до трети случаев в этиологической структуре анемий пожилых. Показано, что снижение уровня тестостерона с возрастом может быть одной из дополнительных причин развития НАП у пожилых мужчин. Эстрогены также играют важную роль в мужском организме. Но изменяется ли уровень эстрогенов в мужском организме при НАП — об этом сведений мало.

Цель исследования. Оценить уровень эстрадиола сыворотки при НАП у пожилых мужчин.

Материалы и методы. Уровень эстрадиола в группе пациентов, пожилых мужчин, с нормоцитарной анемией неясной этиологии (n-24) сравнили с контрольной группой без анемии (n-18). Для сравнения двух групп использовался показатель Манна-Уитни. Критериями исключения были наличие злокачественного новообразования и онкогематологического заболевания. В группе с анемией медианный возраст пациентов составил 80[72-84] лет, уровень гемоглобина (Нв) 99[87-96] г/л, средний объем эритроцита (MCV) 91[87-96] fl, скорость клубочковой фильтрации по CKD-EPI (СКФ) 60[47-76] мл/мин/1,73м^2, С-реактивный белок (СРБ) 6,8[3,6-18,6] мг/л, ферритин (ФС) 139[59-233] нг/мл. В контрольной группе возраст составил 75,5[68-79] лет уровень Нв 145[136-153] г/л, MCV 90[87-93] fl, СКФ 70[62-78] мл/мин/1,73м^2, СРБ 4,3[3-5,4] мг/л, ферритин 114[59-131] нг/мл. Различия между группами были статистически значимыми только по уровню Нв ($p<0,001$).

Результаты. Уровень эстрадиола в группе пациентов с анемией был — 18,8 [11,7-25,5] пг/мл, что ниже чем в контрольной группе — 44,2 [27,3-55,2] пг/мл, различия статистически значимые ($p=0,001$).

Выводы.

Снижение уровня эстрадиола у мужчин с НАП может быть связана как со снижением уровня тестостерона в следствии возрастного гипогонадизма, так и со снижением активности ароматазы — основным ферментом трансформации андрогенов в эстрогены у мужчин.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МНОГОЗАДАЧНОГО ТРЕНИНГА НА ОСНОВЕ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ НА АКТИВНОСТЬ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Куприянова Д.С., Кухарева И.Н., Соснина А.С., Трубникова О.А., Тарасова И.В.
ФГБНУ НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Цифровые технологии, такие как виртуальная реальность (ВР), предлагают инновационные возможности для восстановления и поддержания интеллектуального и психического здоровья. Использование многозадачного подхода, сочетающего двигательный компонент с различными когнитивными задачами в виртуальной среде, может оптимизировать когнитивные и физические функции и улучшить качество жизни пациентов, перенесших кардиохирургические операции.
Цель исследования. Изучить электрическую мозговую активность на частоте тета и альфа-ритмов у пациентов, прошедших многозадачный тренинг на основе ВР (МВТ), и контрольной группы в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ).
Материалы и методы. В исследовании участвовали 100 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет, которые были разделены на две группы: МВТ (n=50) и сравнения (n=50). МВТ проводился с 3-4-го дня после КШ, один раз в день в течение 5-7 дней согласно оригинальному протоколу с погружением в ВР и использованием когнитивных и моторных компонентов. Всем пациентам было проведено предоперационное когнитивное тестирование, повторное — на 11-12-е сутки после КШ с установлением наличия или отсутствия послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД), на основании чего определялся успех или неуспех тренинга. В те же сроки проводилась регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ) с анализом спектральной мощности и применением стандартизированной томографии низкого разрешения (sLORETA) для оценки влияния МВТ на активность мозга.
Результаты. Анализ послеоперационных показателей спектральной мощности ЭЭГ позволил установить, что в случае успешного прохождения МВТ у пациентов были выше показатели тета2, альфа1 и бета1 активности по сравнению с пациентами без тренинга ($p \leq 0,05$). При этом пациенты с успешным и неуспешным прохождением тренинга отличались по показателям альфа-активности: у успешных пациентов уровень мощности биопотенциалов альфа1 и альфа 2 ритма был выше, чем у неуспешных ($p \leq 0,05$). Также было обнаружено, что пациенты после МВТ продемонстрировали значительно более высокую плотность источников тока альфа-ритма (7-9 Гц) ($t > -4,18$; $p < 0,026$) в поле Бродмана 30, парагиппокампальных и лимбических структурах по сравнению с предоперационными данными. Напротив, в контрольной группе наблюдалось заметное повышение плотности источников тока тета-ритма (3-5 Гц) ($t > -3,98$; $p < 0,017$) в теменно-затылочных областях по сравнению с предоперационными значениями.
Выводы.
Более высокий уровень альфа-ритма после операции был ассоциирован с успешностью проведенного тренинга с отсутствием когнитивных нарушений. Результаты этого исследования будут полезны для разработки персонализированного подхода к когнитивной реабилитации с использованием многозадачности в виртуальной среде.
Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда № 23-15-00379, https://rscf.ru/project/23-15-00379.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕРМАТОМИОЗИТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кухарева Е.И., Курникова И.А., Мелешкевич Т.А., Аксенова М.С., Чалышева В.А., Кадырова Н.А., Журавлева А.С.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Согласно статистическим данным, после перенесенной коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 дерматомиозит возникал у 23% пациентов. Вирусная этиология аутоиммунного воспаления занимает первое место при обсуждении патогенеза дерматомиозита. Это связано с наличием в структуре вируса мРНК, которая может служить стимулом для выработки специфических для дерматомиозита аутоантител, таких как MDA5 и NXP2. Дерматомиозит является редким, сложным для диагностики заболеванием, при отсутствии лечения характеризуется прогрессирующим течением.
Описание случая. Пациент 1991 г.р., палеонтолог, с перенесенной в июне 2024 года инфекцией SARS-CoV-2, в состоянии реконвалесценции после гриппа группы В, в декабре 2024 г. отметил повышение температуры тела (до 38С), мышечную боль, слабость и утомляемость всех групп мышц, усиливающиеся при движении, невозможность держать столовые приборы и зубную щетку, сложности в поддерживании сидячей позы, боли в нижних конечностях при подъеме по ступенькам (симптом автобуса). Самостоятельно принимал НПВС препараты (парацетамол 4 таблетки по 500 мг в день, ибупрофен до 5 таблеток по 200 мг в день). Однако проводимая терапия эффекта не принесла, прием анальгетиков продлился до 5 дней. Самостоятельно обратился в ГКБ им. С.С. Юдина.
В анамнезе у пациента врожденный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан, пролапс митрального клапана 2 степени, эктазия корня аорты. Нарушение ритма сердца — частая желудочковая экстрасистолия (постоянно принимает метопролол 100 мг/сутки). Также имеется патология соединительной ткани — синдром Элерса-Данлоса. Сопутствующая патология — хронический гайморит. Наследственный анамнез отягощен: у отца псориаз. Status praesens: Состояние средней тяжести, сознание ясное, отмечает мышечную слабость. Температура тела 37,7С. Артериальное давление 100/70 мм.рт.ст., ЧСС 92 в минуту. Контакту доступен, однако при разговоре отмечается умеренная одышка. Кожный процесс: эритематозные пятна с лиловым оттенком на коже лица, на щеках, на груди, задней поверхности шеи, плеч и верхней трети спины (симптом шали). На тыльной поверхности пальцев обеих кистей, в проекции межфаланговых суставов, эритематозные высыпания различной интенсивности. Ногтевые ложа пальцев гиперемированы, петехии, дигитальный артериит (околоногтевые инфаркты). По другим органам — без особенностей. Однако отмечает потемнение цвета мочи за последнее время. Результаты лабораторных и инструментальных исследований: СОЭ 5 мм/ч, ЛДГ 768 Ед/л, КФК 15676 Ед/л, КФК-МВ 235,1 Ед/л, СРБ 9,2 Мг/л, Тромбоциты 152 тыс./мкл, АЛТ 189,4 Ед/л, АСТ 553 Ед/л, Креатинин 59,3 мкмоль/л, NT-pro BNP — 113,4 Пг/мл, тропонин I — 0,33 Нг/мл. Проведены ЭКГ, ЭХО-КГ, КТ органов грудной клетки, КТ головного мозга. Данных за острую сосудистую патологию не выявлено. Выставлен клинический диагноз: Классический первичный дерматомиозит. Проведена пульс-терапия преднизолоном по стандартной схеме с хорошим эффектом: СОЭ 3 мм/ч, ЛДГ 549 Ед/л, КФК 9974 Ед/л, КФК-МВ 164,7 Ед/л, СРБ 4 Мг/л, АЛТ 180,5 Ед/л, АСТ 403 Ед/л. Рекомендовано дообследование у ревматолога, онкопоиск для исключения паранеопластического характера воспалительной миопатии. От патогенетической терапии решено было воздержаться до верификации диагноза, в связи с отсутствием у пациента жизнеугрожающих осложнений.
Заключение.
Данное клиническое описание демонстрирует предположительную роль в инициации аутоиммунного процесса в виде первичного дерматомиозита после атаки вирусами гриппа группы В и коронавируса.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК

Кухарева Е.И., Закаева Э.Р., Курникова И.А., Тарасова О.И., Аксенова М.С., Майоров В.А., Журавлева А.С.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. В современных условиях неуклонно растет частота и распространенность воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). В клиническом течении язвенного колита (ЯК), относящегося к ВЗК, отмечаются как кишечные, так и внекишечные проявления болезни. Поражение почек и мочевыводящих путей, по данным разных авторов, отмечается у 4-23% пациентов с ЯК и относится к редким внекишечным проявлениям. Причины вовлечения почек в патологический процесс при ЯК до конца не изучены. Рассматривается связь почечного повреждения с основным процессом в кишечнике, обусловленная единым иммунологическим механизмом, а также, как результат побочного действия лекарственных препаратов, используемых для лечения, ЯК. В статье обсуждается смешанное поражение почек при ЯК.

Описание случая. Пациентка 1995 г.р., менеджер, в октябре 2021 г. госпитализирована в нефрологическое отделение ГКБ им. С.С. Юдина для уточнения нозологической основы почечного повреждения. При поступлении — жалобы на общую слабость, расстройство стула, наличие примеси крови и слизи в кале, появившиеся на фоне психоэмоционального стресса в конце 2018 г. Обследовалась амбулаторно и неоднократно стационарно: ФГБУ ФНКЦ ФХН — август 2020 г., МКНЦ им. А.С. Логинова — февраль и сентябрь 2021г., где впервые был поставлен диагноз: ЯК, тотальное поражение, подтвержденный морфологическим исследованием. Больная по поводу основного заболевания получала месалазин до 4,8 г/сут, будесонид 9 мг, препараты железа. Выписана с улучшением. Ранее наблюдалась с диагнозом СРК, эрозивного сигмоидита, по поводу чего нерегулярно принимала препараты 5-АСК. С марта-апреля 2019 г. отмечает появление выраженных болей в лучезапястных и голеностопных суставах (наблюдалась у ревматолога). Следует отметить, что в марте 2019 г. впервые отмечено незначительное повышение уровня креатинина с нарастанием его в последующем: до 247 мкмоль/л в октябре 2021 г. С начала заболевания отмечалась протеинурия от незначительной до 0,5 г/сут, 0,2 г/сут в октябре 2021 г. Также обращала на себя внимание высокая СОЭ: в пределах 80-89-57 мм/ч с начала заболевания до сентября 2021 г. Status praesens: общее состояние больной средней тяжести. По органам — без особенностей. Потери в весе с конца 2018 г. по настоящее время нет. При обследовании: СОЭ -32, гемоглобин 92 г/л, железо 4,8 мкмоль/л, Креатинин 248,8 мкмоль/л, протеинурия 0,2 г/л. Выполнена нефробиопсия: гранулематозный интерстициальный нефрит. Проведена пульс-терапия МПЗ (1000 мг) трижды с хорошим эффектом в октябре, декабре 2021 г., январе 2022 г. с последующим приемом метилпреднизолона 24 мг/сутки в течение месяца, с постепенным снижением дозы (1 мг в 3 дня) до полной отмены и месалазина (3 таблетки/сутки) с хорошим эффектом: СОЭ-10 мм/ч, креатинин — 136 мкмоль/л, исчезла протеинурия. В марте, октябре 2022 г. — контрольный осмотр пациентки: состояние удовлетворительное, лабораторные показатели в пределах референсных значений, продолжает принимать месалазин 3 таблетки/сут. Рекомендовано диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога и нефролога.

Заключение.
Гранулематозный интерстициальный нефрит у больной можно рассматривать как редкое внекишечное проявление ЯК, а нарастание почечной недостаточности, вероятнее всего, связано с токсическим действием препаратов 5-АСК. Улучшение самочувствия и положительная клинико-лабораторная динамика кишечных и почечных поражений после иммуносупрессивной терапии (включающей сеансы пульс-терапии) подтверждают взаимосвязь между повреждением почек и ЯК.

ОСТРАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ КИШЕЧНИКА — СЛУЧАЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кухарева Е.И., Курникова И.А., Бычкова Л.В., Тарасова О.И., Кортез Н.Ф.Г., Ракитина К.А., Журавлева А.С.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Большой интерес у практикующих врачей представляет проблема воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в силу многообразия внекишечных проявлений и осложнений. Чаще всего встречаются тубулоинтерстициальный нефрит, нефролитиаз, гломерулонефрит, к более редким проявлениям относятся IgA- и IgM-нефропатии, амилоидоз почек, встречаемость которых составляет 6-46% у пациентов.
Описание случая. Пациентка 1958 г.р. с мультиморбидной патологией доставлена экстренно в ГКБ им. С.С.Юдина в марте 2024 г. с клиникой острой почечной недостаточности (ОПН) на фоне прогрессирующей диареи (водянистый стул до 10 раз в сутки, боли в животе) с астеническим синдромом (практически не вставала с постели). Ухудшение с января 2024 г., когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимала антидиарейные препараты без эффекта, не обследовалась. Status praesens: Состояние средней тяжести, сознание ясное, астенический тип телосложения. Питание пониженное (ИМТ — 20 кг/м²). Кожные покровы бледные, тургор снижен. Температура тела 36,6°С. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 130 в минуту. Контакту доступна, однако при разговоре отмечается заторможенность, смазанность речи. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой и левой подвздошных областях. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул водянистый, без твердых частиц (тип 7 по Бристольской шкале), без патологических примесей. При обследовании: лейкоциты 9,8→11 х 10^9/л, гемоглобин 116→98 г/л, тромбоциты 718→500 х 10^9/л, креатинин 394,4 мкмоль/л (на догоспитальном этапе на нормальном уровне), СКФ < 15 (мл/мин/1,73 м²), мочевина 31,2→6 ммоль/л, мочевая кислота 1204,6→575,8 мкмоль/л, калий общий 3,0→4 ммоль/л, натрий 124→130 ммоль/л, глюкоза —7,2 ммоль/л, общий белок 67,8 г/л, АЛТ 70,6→42 Ед/л, АСТ 51,8→32 Ед/л, ЛДГ 414,5 Ед/л, ЩФ 294,3 Ед/л, ГГТ 183 Ед/л, прямой билирубин 7,4 мкмоль/л, железо 12,3 мкмоль/л, альфа-амилаза -123,74 Ед/л, СРБ 100→7 мг/л, прокальцитонин (ПКТ) 9,67→0,65 нг/мл (серая зона 0,5 -2), СА72-4 — 2,73 (Н 0-6,9), АТ к рТТГ -0,88 (Н 0,00 -1,75). В общем анализе мочи незначительная протеинурия до 0,3 → 0 г/л, лейкоцитурия -15 → 0 кол/мм. Отмечается повышение уровня бета-2-микроглобулина (В2МГ) в сыворотке крови. Гипокоагуляция. По данным УЗИ ОБП — гепатомегалия, жировой гепатоз, стеатоз поджелудочной железы, деформация желчного пузыря. По результатам других инструментальных исследований — без особенностей. Исключены: антибиотикоассоциированная диарея, ОКИ, острая неврологическая патология. По данным колоноилеоскопии с последующей биопсией морфокартина соответствует ЯК.
Заключение.
У пациентки с морфологически верифицированным ЯК развились водно-электролитные нарушения на фоне диареи, что привело к гиповолемии, гипотонии и развитию преренальной почечной недостаточности. При своевременном лечении функция почек полностью восстановлена, уровень креатинина нормализовался — 63 мкмоль/л, что свидетельствует в пользу вторичного поражения почек. Гемодинамические показатели стабильны, урежение стула до 1 раза в сутки, уменьшение астенического синдрома. В дальнейшем следует контролировать функцию почек у пациентов с ВЗК путем наблюдения за азотемией, уровнем креатинина и показателей СКФ, чтобы выявить своевременные нарушения и провести их коррекцию при необходимости, а также посещать нефролога и гастроэнтеролога.

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ ТИПОВ ПОЧЕЧНЫХ И СОСУДИСТЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кучин К.В., Клеменов А.В., Бутусов М.В.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Кластерный анализ (КА) — один из методов многомерной оценки данных, позволяющий выявить их внутреннюю структуру и наиболее существенные признаки. В медицине применение КА перспективно для выделения групп пациентов, имеющих схожие характеристики в ситуации, когда отсутствует априорная информация относительно однородности этих групп, что позволяет осуществлять фенотипирование болезней, отличающихся клинической гетерогенностью. Примером такой патологии может служить артериальная гипертензия (АГ).
Цель исследования. Оценка клинических особенностей пациентов с АГ в зависимости от состояния фильтрационной функции почек и упруго-эластических свойств артериальной стенки с применением КА.
Материалы и методы. Выборка из 203 пациентов со стабильным течением АГ (158 мужчин и 45 женщин) в возрасте 50,5±6,9 лет подвергнута КА по двум входным параметрам: скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле CKD-EPI, и пульсовому артериальному давлению (ПАД).
Результаты. Выделено три кластера пациентов, статистически значимо различающихся по входным параметрам: 1-й — с нормальными ПАД и СКФ, 2-й — с высоким ПАД и значительно сниженной СКФ, 3-й — с нормальным ПАД и умеренно сниженной СКФ. 2-й кластер был представлен более возрастной группой пациентов с большей длительностью заболевания, более высокими уровнями систолического АД и концентрациями креатинина и мочевины в сыворотке крови. Пациенты 2-го кластера отличались вовлечением двух и более органов-мишеней и более значительным сердечно-сосудистый риском.
Выводы.
КА позволил выделить три клинически значимых фенотипа АГ. По мере снижения фильтрационной функции почек и упруго-эластических свойств артериальной системы возрастает риск развития сердечно-сосудистых осложнений АГ.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СУПЕРНОРМАЛЬНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ

Ларина В.Н., Гаврилова А.А.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одной из ведущих причин госпитализаций и инвалидизации пациентов во всем мире. В последние годы особый интерес представляет фенотип ХСН с супернормальной фракцией выброса (СНснФВ). Несмотря на кажущуюся «благополучность» значения данного показателя, течение ХСН у таких пациентов зачастую осложняется высокой встречаемостью сопутствующих сердечно-сосудистых и экстракардиальных заболеваний. Изучение особенностей этой группы пациентов в условиях практического здравоохранения представляется крайне актуальным.
Цель исследования. Оценить клинико-анамнестические показатели пациентов с СНснФВ.
Материалы и методы. В исследование включено 50 пациентов (52% женщин) в возрасте от 52 до 86 лет с диагнозом ХСН и ФВ ЛЖ ≥60%. Проводились сбор жалоб, анамнеза, общепринятый физикальный осмотр, анализ сопутствующих заболеваний и факторов риска, эхокардиография с обязательной оценкой ФВ ЛЖ.
Результаты. Возраст включенных пациентов составил 70,8±8,5 лет, среднее значение ФВ ЛЖ — 64,2±3,4%. Уровень NT-проМНУП варьировал от 210 до 1236 пг/мл (577,6±226,2 пг/мл). Соответствовали II ФК по NYHA 43,9% пациентов. Среди жалоб превалировали одышка при физической нагрузке (64%), ощущение сердцебиения/аритмичного сердцебиения (58%), периодические отеки ног (34%). Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у всех пациентов (100%). Уровень систолического АД составил 125,0±38,0 мм рт.ст., диастолического АД — 81,0±15,0 мм рт.ст.
У 41% пациентов не был достигнут целевой уровень АД. Курили 13 (26%) пациентов. Фибрилляция предсердий (ФП) встречалась у 63% пациентов, из них 54% имели постоянную форму ФП, что отражает тесную взаимосвязь данного заболевания с развитием и прогрессированием ХСН. Хроническая болезнь почек (ХБП) отмечена у 31% пациентов, что согласуется с представлениями о тесных кардиоренальных взаимодействиях. Сахарный диабет 2 типа зарегистрирован у 27% обследованных, подчеркивая значимость метаболических нарушений в патогенезе СНснФВ. Ожирение выявлено у 36% пациентов, что также подтверждает вклад факторов кардиометаболического спектра. Хроническая обструктивная болезнь легких встречалась реже (у 4% пациентов), однако наличие данного заболевания существенно утяжеляло клиническое состояние.
Выводы.
Таким образом, пациенты с СНснФВ, в основном, люди пожилого возраста, предъявляющие жалобы на одышку при нагрузке и сердцебиение, характеризующиеся невысоким уровнем NT-проМНУП и мультиморбидностью, в составе которой преобладают АГ, нередко — неконтролируемая, ФП и ожирение. Полученные данные подчеркивают необходимость более пристального наблюдения за данной группой пациентов с учетом сопутствующих патологий, с целью разработки персонализированных стратегий ведения и вторичной профилактики.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Левашова О.В., Морозова М.А.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. Сахарный диабет (СД) представляет собой широко распространенное хроническое заболевание, которое влечет за собой серьезные медицинские и социальные последствия. Ключевым фактором в развитии СД 2 типа является резистентность к инсулину. В дополнение к изменению привычек питания и диетотерапии рекомендуется применение пероральных сахароснижающих препаратов, как в виде монотерапии, так и в комбинациях, а при недостаточной эффективности — инсулинотерапия. Следовательно, гипогликемические препараты играют важнейшую роль в терапии СД, способствуя регулированию концентрации глюкозы в крови и предотвращая развитие осложнений.

Цель исследования. Анализ структуры назначения ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4), бигуанидов, производных сульфонилмочевины, ингибиторов Na-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГТЛ-2), агонистов глюкагон-подобного пептида (иГПП-1) у пациентов с СД 2 типа на протяжении января-марта 2023 г. в эндокринологическом отделении курского стационара.

Материалы и методы. В период с января по март 2023 г. в эндокринологическом отделении одной из больниц г. Курска было проведено исследование, охватывающее 123 пациента с сахарным диабетом 2 типа. Использовался метод сплошной выборки историй болезни пациентов.

Результаты. В течение первых трех месяцев 2023 года в эндокринологическом отделении одной из больниц города Курска наблюдались 123 пациента, страдающих сахарным диабетом 2 типа. Суммарное число назначений бигуанидов, иНГЛТ-2, производных сульфонилмочевины, ингибиторов ДПП-4, агонистов ГПП-1, составило 216. Результаты исследования показали, что бигуаниды назначались в 45,8% случаев, занимая лидирующие позиции. На втором месте — иНГЛТ-2, что составило 28,1% от всех назначений. На третьем месте — производные сульфонилмочевины (21,8%). В единичных случаях рекомендовались аГПП-1, что составило 4,3%. Приоритет выбора групп лекарственных препаратов в условиях стационара регламентирован действующими клиническими рекомендациями и зависит от уровня гликемии, массы тела, наличия сердечно-сосудистых заболеваний и хронической болезни почек (ХБП).

Выводы.

Разумное назначение действенных и безопасных препаратов дает возможность результативно регулировать уровень глюкозы в крови и снизить риск возникновения побочных эффектов у больных СД 2 типа. Важнейшую роль в медикаментозном лечении играют клинические рекомендации, гарантирующие унифицированный, подкрепленный научными данными, продуктивный подход к лечению больных.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Левашова О.В., Морозова М.А.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. Сочетание беременности и сахарного диабета (СД) представляет собой серьезную угрозу как для будущей матери, так и для развивающегося ребенка. По информации из Атласа Международной диабетической федерации за 2019 г., у 15,8% беременных женщин была обнаружена гипергликемия. При этом, в основной массе случаев (83,6%) речь шла о гестационном диабете. В большинстве случаев, при СД у беременных женщин, главным способом лечения является инсулинотерапия.
Цель исследования. Изучение структуры назначения инсулинов беременным женщинам, страдающих СД в эндокринологическом отделении стационара г. Курска за 2023 г.
Материалы и методы. В рамках исследования методом непрерывной выборки были изучены истории болезни 12 женщин, страдающих сахарным диабетом, которые проходили лечение в больнице г. Курска в 2023 г. Средний возраст участниц исследования составил 30 лет ± 4 г.
Результаты. В течение рассматриваемого периода времени 7 пациенток наблюдались с диагнозом «СД 2 типа», 5 беременных получали лечение с диагнозом «Манифестный СД». Во время беременности все были переведены на двойную инсулинотерапию (инсулины короткого и длительного действия), что согласуется с действующими клиническими рекомендациями по данной нозологии. Структура внутригруппового распределения инсулинов короткого действия показала, что на долю аналогов человеческого инсулина пришлось 91,7% от всех назначений, в частности, инсулин — аспарт с торговым названием «Новорапид» применялся в 81,8% случаев, инсулин «Ринфаст» в 9,2%. Собственно инсулин «Актрапид» получала одна пациентка (8,3%). Среди пролонгированных инсулинов, предпочтение было отдано препарату, аналогу человеческого инсулина — детемир «Левемир», который использовали в 91,7% случаев. Человеческий генно-инженерный инсулин — изофан «Протофан» был назначен одной пациентке (8,3%).
Выводы.
Всем беременным женщинам проводилась двойная инсулинотерапия, при этом предпочтение отдавалось современным препаратам — аналогам человеческого инсулина, что полностью соответствовало действующим клиническим рекомендациям по ведению беременности при сахарном диабете. Для достижения оптимального гликемического контроля, дозы инсулина тщательно титровались под контролем уровня глюкозы в крови, измеряемого несколько раз в день. Пациентки обучались технике самостоятельного мониторинга гликемии и коррекции дозы инсулина в зависимости от показателей.

ВОСПАЛЕНИЕ, ИНФЕКЦИЯ, АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ, ДИСЛИПИДЕМИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Левшин Н.Ю., Корчагин А.Ю., Аршинов А.В.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Роль воспаления в развитии атеросклероза безусловна.
Цель исследования. Оценить связь показателей воспаления, инфекционного компонента, активности тромбоцитов и дислипидемией, в развитии атеросклеротического поражения сосудистой стенки у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и ишемической болезнью сердца.
Материалы и методы. 50 женщин с СКВ и 31 — с инфарктом миокарда (ИМ). Контроль — 21 здоровая женщина. Определение С-реактивного белка (вчСРБ), интерлейкина 6 (ИЛ_6), антител IgG к Chlamydia pneumonia (IgG CP), антител к толл-подобным рецепторам 2 (ТЛР2), тромбоцитарного фактора 4 (ТФ4), показателей агрегации тромбоцитов, липидного спектра, антител к оксидированным липопротеинам низкой плотности (окЛПНП) и толщины комплекса интима—медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) и ТКИМ бифуркации сонной артерии (БСА).
Результаты. У больных СКВ выявлено увеличение ТКИМ ОСА (1,00 [0,80-1,10] >0,80 [0,70-0,90] p-0,01) и ТКИМ БСА (1,10 [1,00-1,20] >0,80 [0,70-1,10] p-0,01), по сравнению с контролем. При ИМ ТКИМ ОСА (0,90 [0,80-1,10] >0,80 [0,70-0,90] p-0,01) и ТКИМ БСА (1,20 [1,10-1,40] >0,80 [0,70-1,10] p-0,01). Отмечена активация воспаления у больных СКВ: вчСРБ (3,67 [2,17-5,92] >0,74 [0,30-1,26] p-0,01), ИЛ-6 (1,72 [1,39-2,68] >0,60 [0,22-0,75], p-0,01) и СОЭ (21,0 [18,0-26,0] >10,0 [7,0-14,0], p-0,01). У пациентов с ИМ по сравнению с контролем: вчСРБ (3,36 [1,44-5,90] >0,74 [0,30-1,26] p-0,01), ИЛ-6 (1,1 [0,69-1,82] >0,60 [0,22-0,75], p-0,01) и СОЭ (19,0 [10,0-28,0] >10,0 [7,0-14,0], p-0,01). Концентрация ТФ4 у больных СКВ повышена - (21,5 [19,80-23,28] >18,30 [13,88-20,46] p-0,01) и ИМ (20,76 [19,00-23,50] >18,30 [13,88-20,46] p-0,01). При СКВ выражена дислипидемия, с повышением окЛПНП (3,16 [1,45-4,60] >1,39 [1,26-2,04] p-0,01). При ИМ лишь ХС ЛПВП (1,05 [0,88-1,21] <1,32 [1,24-1,37] p- 0,01.
Выводы.
Кроме традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, у больных СКВ и ИМ, имеются общие механизмы аутовоспаления. Роль инфекционного компонента подлежит дальнейшему изучению.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ СОСТОЯНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Летаева М.В., Аверкиева Ю.В., Смирнова Ю.В., Королева М.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Лечение больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) предполагает своевременный длительный прием лекарственных препаратов. Одним из факторов снижения приверженности является психологическое состояние пациента.
Цель исследования. Оценить распространенность тревожного и депрессивного состояния у больных с ХСН и изучить их взаимосвязь с приверженностью к терапии.
Материалы и методы. Проведен опрос 64 пациентов с верифицированным диагнозом ХСН. Среди них 29 (45,3%) мужчин, 35 (54,7%) женщин. Средний возраст составил 69,8±9,8 лет. Исследование включало в себя анкетирование пациентов с использованием шкалы Мориски-Грина (4-item Morisky Medication Adherence Scale) для оценки приверженности к терапии, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). Прогнозирование выживаемости больных с несколькими сопутствующими заболеваниями оценивалось с помощью Индекса коморбидности Чарлсона (Charlson Comorbidity Index — CCI). Также в анкету вошел вопрос по получаемой пациентом терапии. Шкала Мориски-Грина состояла из 4 пунктов, каждый из которых оценивался по принципу «Да-Нет», ответ «Да» — 0 баллов, «Нет» — 1 балл. Пациенты, набравшие 0 баллов, считались комплаентными, 1 балл — недостаточно приверженными к терапиии находящимися в группе риска по развитию не приверженности, 2 и более балла — не приверженными. Степень тревоги и тяжести депрессии определяли с помощью балльной системы: 7 баллов и меньше — «норма», 8-10 баллов — «субклинически выраженные симптомы», 11 баллов и более — «клинически выраженные симптомы расстройства».
Результаты. По результатам шкалы Мориски-Грина пациенты были разделены на две группы. В первую (I группа) включены больные с низкой и частичной приверженностью терапии (43 пациента; 67,2%), во вторую (II группа) — с высокой приверженностью (21 пациент; 32,8%). I группу составили 19 (44,2%) мужчин и 24 (55,8%) женщин. Средний возраст — 71,4±7,8 лет. Средняя продолжительность заболевания — 5,7±9,2 лет. II группу представили 10 (47,6%) мужчин и 11 (52,4%) женщин. Средний возраст — 67,4±8,8 лет. Средняя продолжительность заболевания — 6,3±5,1 лет. При оценке уровня тревоги в I группе зарегистрированы: 11 (25,6%) — выраженные симптомы тревоги, 12 (27,9%) — субклинически выраженные, 20 (46,5%) — уровень тревоги в пределах нормы. Во II группе у 3 (14,2%) больных — клинически значимый уровень тревоги, 3 (14,2%) — субклинически значимый уровень тревоги, 15 (71,6%) — симптомов тревоги не отмечено. Достоверных различий между группами не выявлено ($p>0,05$). При оценке уровня депрессии в I группе у 8 (34,78).
Выводы.
Установлено, что большинство пациентов имеют низкую/частичную приверженность терапии. Менее привержены лечению пациенты с высоким уровнем депрессии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И МЕТОТРЕКСАТА ПРИ СРЕДНЕМ И ТЯЖЕЛОМ БЛЯШЕЧНОМ ПСОРИАЗЕ — РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Лилеева Е.Г., Самарина Е.И.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Повышение эффективности лечения бляшечного псориаза является важным направлением развития современной медицины.
Цель исследования. С помощью ретроспективного анализа клинических критериев из медицинской документации проанализировать эффективность компенсации псориаза средней и тяжелой степени при назначении генно-инженерных биологических препаратов и метотрексата.
Материалы и методы. Данные выписок из стационаров и медицинских карт 336 больных с бляшечным псориазом средней и тяжелой степени тяжести восьми медицинских организаций. Материалы обрабатывали статистически.
Результаты. На основании данных реальной клинической практики терапии бляшечного псориаза тяжелого и среднетяжелого течения, полученной на основании анализа медицинской документации пациентов, находящихся на терапии метотрексатом, было зафиксировано 52,18% снижение дерматологического индекса очищения кожи (PASI) у пациентов с тяжелым течением бляшечного псориаза и 58,28% снижение индекса PASI у пациентов со среднетяжелым течением заболевания. Ингибитор аФНО адалимумаб, снизил индекс PASI на 70,70% от исходного в группе пациентов с тяжелым течением заболевания. Максимальную эффективность в снижении показателя PASI для пациентов с тяжелым течением заболевания продемонстрировали препараты из группы ингибиторов ИЛ-17 (нетакимаб, секукинумаб, иксекизумаб) — снижение PASI на 89,51%, препараты из группы ингибиторов ИЛ-23 (рисанкизумаб, гуселькумаб) — снижение PASI на 84,39%, в группе ингибиторов ИЛ-12/23 (устекинумаб) — снижение PASI составило 71,16% от исходного ($p<0,01$).
Выводы.
Максимальную эффективность при тяжелом псориазе показали ингибиторы ИЛ-17 — снижение PASI на 89,51%, затем ИЛ-23 — на 84,39%, и ИЛ-12/23 — на 71,16% ($p<0,0083$).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДЕКСА ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПАРАМЕТРАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЖЕНЩИН С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Лискова Ю.В., Старченко А.Д.
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Актуальность. Индекс глобальной функции левого желудочка (ИГФ ЛЖ) — расчетный параметр, учитывающий ударный объем и глобальный объем ЛЖ.
Цель исследования. Установить наличие взаимосвязей ИГФ ЛЖ с клиническими и лабораторно-инструментальными данными у женщин с диабетическим фенотипом хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (ДФ ХСНсФВ).
Материалы и методы. Выполнен корреляционный анализ ИГФ ЛЖ с клиническими и лабораторно-инструментальными данными 30-ти женщин в возрасте 68,0 [63,0;71,0] лет с ДФ ХСНсФВ ФК I-III по NYHA на фоне многососудистого поражения коронарных артерий, госпитализированных для проведения планового коронарного шунтирования. Накануне оперативного лечения всем пациенткам проводилось стандартное клиническое обследование и лабораторно-инструментальная диагностика, определение типов ремоделирования миокарда ЛЖ и диастолической дисфункции (ДД). Расчет ИГФ ЛЖ выполнялся по формуле: [УО/[(КДО ЛЖ + КСО ЛЖ)/2 + объем миокарда ЛЖ]]x100%, где КДО — конечный диастолический объем, КСО — конечный систолический объем, УО — ударный объем, а объем миокарда ЛЖ — отношение массы миокарда ЛЖ к его плотности, равной 1,05 г/мл. Оценку взаимосвязи между отдельными признаками проводили путем расчета коэффициента линейной корреляции Спирмена.
Результаты. ИГФ ЛЖ в исследуемой группе женщин составил 26,23±7,82. Установлена отрицательная связь умеренной силы с возрастом (r=-0,460, p=0,011), положительная — с частотой встречаемости ХСН ФК I (r=0,371, p=0,044). С данными лабораторной диагностики достоверных корреляций не выявлено. Обнаружена отрицательная связь умеренной силы с массой миокарда (ММ) ЛЖ: r=-0,574, p=0,001 и индексом ММЛЖ: r=-0,516, p=0,004, положительная — с фракцией выброса ЛЖ: r=0,651, p.
Выводы.
ИГФ ЛЖ является интегральным показателем более чувствительным и специфичным, чем ФВ ЛЖ. Установленные тесные взаимосвязи ИГФ ЛЖ с параметрами клинического профиля и ремоделирования миокарда ЛЖ у женщин с ДФ ХСНсФВ, позволяют рассматривать его в качестве нового перспективного прогностического маркера прогрессирования сердечной недостаточности у данной когорты пациентов.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИЗИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Ломакина Н.А.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Применение медикаментозной терапии (МТ) у лиц старше 60 лет, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН), имеет ряд особенностей, обусловленных коморбидностью. Оптимизация терапии возможна немедикаметозными методами лечения-физическими тренировками (ФТ).
Цель исследования. Проанализировать корреляционную зависимость структурно-функциональных показателей сердца у больных ХСН старше 60 лет на фоне комплексного лечения с применением ФТ в режиме свободного выбора нагрузки.
Материалы и методы. Обследовано 112 больных (средних возраст 76,78±1,28 лет): 83 мужчины, 29 женщин. Рандомизированы на 2 группы: основная — 72 пациента, которым проводился курс ФТ в сочетании МТ, и группа сравнения — 40 больных, получавших только МТ. У всех больных диагностирована ИБС в сочетании с АГ. Пациенты с ХСН I стадией в основной группе составили 40 человек, в группе сравнения — 25, II А стадия диагностирована у 32 и 15 соответственно. ФТ назначались пациентам при относительно стабильном уровне АД, отсутствии признаков нестабильности ИБС на 2-3 день пребывания в стационаре, в первой половине дня, курс 18-21 день. Всем больным проводилась эхокардиография, велоэргометрия до и после лечения.
Результаты. Определилась прямая положительная связь размеров правого желудочка (ПЖ) с изоволюмическим расслаблением (ВИВР) левого желудочка (ЛЖ) ($p=0,04$), с диаметром левого предсердия ($p=0,03$), и обратная связь конечно-систолической площади ПЖ с систолическим объемом ЛЖ ($p=0,004$), а также фракционного изменения площади ПЖ с ВИВР ЛЖ ($p=0,04$). Выявлена зависимость диастолической функции ЛЖ с легочной гипертензии ($r=-0,24$, $p=0,03$), а также индекса Е/А ПЖ и ФВ ЛЖ ($r=0,31$, $p=0,005$).
При оценке синергической работы правых и левых отделов сердца после лечения с применением ФТ отмечены прямые взаимосвязи между фракционным изменением площади (ФИП) ПЖ, структурно-метрическими параметрами ЛЖ (при снижении его объемных составляющих) и показателями физической работоспособности: пороговой мощности (ПМ)- ФИП ПЖ и ПМ $r=0,23$, $p=0,04$; хронотропного резерва (ХР)-ФИП ПЖ и ХР $r=0,24$, $p=0,031$), а также индекса экономичности.
Выводы.
ФТ привели к уменьшению уровня преднагрузки, гемодинамического стресса на стенку сердца, увеличилась податливость миокарда. Корреляционные взаимосвязи патогенетически, гемодинамически, синергически обоснованы.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Лысковцева К.С., Мелехова О.Б., Бабина Н.А., Шамарина А.М., Корягина Н.А.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Изучение динамики распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на территории Пермского края обусловлено несколькими ключевыми аспектами, которые отражают медицинскую, социальную и экономическую значимость этой проблемы.
Цель исследования. Проанализировать показатели распространенности основных факторов риска (ФР) ХНИЗ и болезней системы кровообращения (БСК) в Пермском крае в 2024 г. по сравнению с 2023 г.
Материалы и методы. В 2024 г. было обследовано 1260630 человека с 18 лет и старше в рамках профилактических мероприятий: профилактического медицинского осмотра 253 125 человек и диспансеризации определенных групп взрослого населения 100 7505 человек. Проводилось анкетирование с целью выявления ХНИЗ с акцентом на БСК, антропометрическое обследование, контроль уровня глюкозы и холестерина в крови натощак, определение относительного сердечно-сосудистого риска. Результаты представлены в процентном соотношении.
Результаты. Определена I группа здоровья всего у 10% населения в 2024 г., как и в 2023 г. 10 %, при этом в 10% в трудоспособном 2024 г (в 2023 году 25%).
Выводы.
Сохраняется тенденция на высокую распространенность факторов риска ХНИЗ и БСК. Каждый второй житель Пермского региона, который прошел ПМО и ДОГВН имеет ХНИЗ, при этом каждый четвертый житель края имеет повышенный уровень холестерина.
В течение последних 5 лет основными ФР на территории Прикамья стали гиперхолестеринемия, избыточная масса тела и ожирение.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ — ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ И ВЛИЯНИЕ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ

Любавин А.В.
ГУЗ ГБ №4 «Липецк-Мед», г. Липецк, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) широко распространена среди пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), имеет общие факторы риска и увеличивает общую заболеваемость и смертность среди этой группы населения. Распространенность ХОБЛ у пациентов с ФП высока и по некоторым исследованиям достигает 25%.
Цель исследования. Оценить распространенность особенности коморбидности и влияние на отдаленный прогноз сочетания фибрилляции предсердий и хронической обструктивной болезни легких в Липецкой области.
Материалы и методы. Исследование проведено на предоставленных в научных целях обезличенных данных электронных медицинских карт МИС «Квазар» (ООО «Медсофт»), https://medsoft.su/services/programmnoe-obespechenie/kmis-kvazar/, собственник данных — Министарство здравоохранения Липецкой области), содержащих данные о заболеваниях и обращениях за медицинской помощью и причинах летальных исходов согласно Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-10), принята Минздравом России в 1997 г. Данные предоставлены ООО «Медсофт» в формате: пол, дата рождения, возраст на момент включения в исследование, жив ли пациент на момент окончания исследования, причина летального исхода, код МКБ-10, дата летального исхода, обращение за медицинской помощью, код МКБ-10, дата обращения за медицинской помощью по данному поводу. Отдельно учитывалось наличие сопутствующих заболеваний по группам МКБ-10, а также по отдельным нозологическим формам сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии. Аналогично учитывалось количество обращений за период наблюдения по группам МКБ-10 и по отдельным нозологическим формам сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии. Данные были организованы для статистической обработки в таблицы с помощью библиотеки «Pandas» https://www.pandas.org.
Результаты. Проведен ретроспективный анализ электронных медицинских карт 40 772, находящихся в базе данных МИС с анализом обращений за медицинской помощью и причин летальных исходов с 01.01.2022 по 01.02.2025 гг. В исследование включено 20 013 (49.09%) мужчин и 20 759 (50.91%) женщин. Средний возраст участников исследования составил 67.1±16.17 лет, медиана возраста составила 70.0 [62.0; 76.0] лет. Участники исследования были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 1247 участников, страдающих ФП и ХОБЛ (группа ФП+ХОБЛ). Во вторую группу вошли 25 474 пациентов, с ФП и без ХОБЛ (группа ФП), в третью группу вошли 14 051 пациентов с ХОБЛ и без ФП (группа ХОБЛ). Медиана наблюдения составила 4 года. При анализе распространенности сопутствующих заболеваний по классам МКБ-10 наибольшее количество сопутствующих заболеваний отмечалось в группе ФП+ХОБЛ ($p<0.05$). При анализе количества обращений, участники групп ФП+ХОБЛ и ХОБЛ отличались значимо большим количеством обращений за медицинской помощью.
Выводы.
Пациенты Липецкой области, имеющие ФП и ХОБЛ характеризуются большим числом сопутствующих заболеваний, чаще обращаются за медицинской помощью по поводу различных заболеваний и имеют худшую выживаемость в сравнении с пациентами, имеющими только ФП или только ХОБЛ.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Магомедова А.Б., Маммаев С.Н., Касаева Э.А.
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Рацион питания является модифицируемым фактором риска, влияющим на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН). Средиземноморская диета ассоциирована с замедлением прогрессирования ХСН, тогда как западный тип питания, напротив, способствует ухудшению прогноза заболевания.
Цель исследования. Оценить особенности питания у пациентов с ХСН и определить половые различия в приверженности средиземноморской и западной диете.
Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с ХСН II-III функционального класса (NYHA) (мужчин — 29 (58%), женщин — 21 (42%), находившихся на стационарном лечении в отделении сердечной недостаточности РКБ (г. Махачкала). Средний возраст составил 47,4 года (у мужчин — 47,2; у женщин — 47,8). Диетические привычки изучались с помощью валидизированного опросника PREDIMED.
Результаты. Приверженность средиземноморской диете отмечена у 14 (28%) пациентов, остальные 36 (72%) придерживались западного типа питания. При этом женщины, имея преимущественно II ФК заболевания чаще употребляли овощи, фрукты и рыбу. У мужчин с III ФК ХСН отмечалось частое потребление красного мяса (более 70%, не менее 4-5 раз в неделю) и животных жиров.
Выводы.
Необходимы дальнейшие исследования по изучению рациона питания у населения в регионе для формирования профилактических программ по снижению сердечно-сосудистых рисков.

ФЕНОМЕН МАКРО-КФК-ЕМИИ ПОД МАСКОЙ СТАТИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ МИОПАТИИ

Мазурчик Н.В., Закаева Э.Р.
ФГАОУ ВО РУДН Им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Макро-КФК-емия — редкий малоизвестный диагностический феномен, диагностика которого принципиально важна для пациентов, получающих статины.
Описание случая. Женщина 69 лет обратилась с целью прохождения диспансеризации. У пациентки многолетний анамнез гипертонической болезни с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО), в связи с чем кардиологом в 2021 г. был назначен аторвастатин 20 мг, на фоне которого выявлено повышение КФК до 1072 Ед/л без субъективных жалоб. Данное состояние было расценено как статин-индуцированная миопатия и аторвастатин отменен. В течение последующих 4-х лет уровень КФК оставался высоким (от 1100 до 2000 ЕД/л) при отсутствии жалоб со стороны скелетно-мышечной системы, в связи с чем пациентка была дообследована. На момент обращения в соматическом статусе значимых изменений не выявлено. В анализах: общий холестерин — 5,08 ммоль/л, ЛПНП 3,1 ммоль/л, АЛТ 69 Ед/л, АСТ 58 Ед/л, КФК 1174 Ед/л. В неврологическом статусе парезов, амиотрофий не выявлено, мышечный тонус сохранен в аксиальной мускулатуре и мышцах конечностей. Игольчатая и стимуляционная электронейромиография — патологических изменений как на невральном, так и на мышечном уровнях не выявлена. С целью исключения болезни Помпе исследовано содержание кислой альфа-глюкозидазы в крови — отрицательно. В моче уровень КФК не повышен. Таким образом, мы наблюдаем многолетнее повышение уровня КФК в сыворотке крови без повышения такового в моче при отсутствии клинических и инструментальных проявлений миопатии, что позволяет предположить наличие доброкачественной макроКФКемии. Пациентке инициирована терапия розувастатином 20 мг, на фоне которой через 4 недели субъективных жалоб нет, при лабораторном контроле общий холестерин 3,32 ммоль/л, ЛПНП 1,52 ммоль/л, КФК снизилась до 544 Ед/л, трансаминазы нормализовались.
Заключение.
Значимое повышение уровня КФК в сыворотке крови тревожный сигнал для клинициста, который ассоциируется с широким спектром серьезных состояний. Незнание феномена макро-КФК-емии влечет за собой назначение ненужных инвазивных методов обследования, потенциально опасное лечение, психологическую нагрузку на пациента и экономические затраты. Клиническое наблюдение демонстрирует безопасность и эффективность приема розувастатина у пациентки с очень высоким риском ССО и макро-КФК-емией.

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ДОЛГОСРОЧНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Мазурчик Н.В., Кислый Н.Д., Попов А.В.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Среди факторов выживаемости пациентов с декомпенсированным алкогольным циррозом печени (дАЦП) упоминаются возраст, тяжесть поражения печени и сопутствующие заболевания. Ключевым фактором долгосрочной выживаемости является способность пациента к отказу от алкоголя, однако социальные факторы, ее определяющие, малоизученны.
Цель исследования. Изучить социальные факторы долгосрочной выживаемости пациентов с дАЦП
Материалы и методы. В ретроспективном и проспективном исследовании приняли участие 57 человек, находившихся под наблюдением с диагнозом дАЦП в Центре изучения печени им. проф. П. П. Огурцова КДЦ РУДН. Все пациенты были опрошены и анкетированы (AUDIT, AUDIT-C, CAGE, Уровень реабилитационного потенциала, оценка уровня социальной адаптации), были проведены стандартные лабораторные и инструментальные исследования, включая эластометрию печени. Тяжесть заболевания оценивалась с помощью шкал Чайлд-Пью-Таркотт и MELD. Выживаемость рассчитывали по методу Каплана-Мейера.
Результаты. Средняя продолжительность наблюдения составила 26,00 [1-176] месяцев. Средний возраст пациентов составил 54,00 [28-73] лет, из них 37 (64,9%) мужчин. 15 пациентов (25%) умерли за период наблюдения. Согласно анкетам, все пациенты были разделены на две группы с высоким и хорошим уровнем социальной адаптации (30 и 27 человек соответственно). Среди наблюдаемых пациентов не было пациентов с умеренным и низким уровнем социальной адаптации. Группы были сопоставимы по MELD (14,0 и 15,0, $p > 0.05$) и Чайлд-Пью-Таркотт (9,0 и 10.0 $p > 0.05$). Медиана выживаемости составила 34,0 [1-176] месяцев в группе с высоким уровнем социальной адаптации и 27,0 [1-156] месяцев в группе с хорошим уровнем социальной адаптации ($p<0.05$). Максимальная разница в выживаемости наблюдалась в диапазоне от 2 до 10 лет. Так, за период в 6 лет с момента первой декомпенсации АЦП выживаемость в группе с высоким уровнем социальной адаптации составила 83%, в группе с хорошим уровнем социальной адаптации — 45%.
Выводы.
Долгосрочная выживаемость пациентов с дАЦП зависит от уровня социальной адаптации.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Майко О.Ю.
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Актуальность. Подагра зачастую ассоциируется с нарастанием коморбидных состояний.
Цель исследования. Оценить параметры коморбидности у больных подагрой в межприступном периоде в условиях поликлиники.
Материалы и методы. Обследовано 52 больных подагрой (ACR/EULAR, 2015), обратившихся в поликлинику в межприступном периоде с целью коррекции терапии. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование, общеклинические анализы, коморбидность измерялась по индексу Charlson.
Результаты. Среди больных подагрой мужчин было вдвое больше, чем женщин (71% и 29%), сред. возраст 46,24±6,38 г., 58,34±8,37 г., соответственно. Сред. длительность подагры -4,57±1,35 г., частота обострений артрита колебалась от 1 до 4 атаки в год (сред. 2,23±0,32), сред. длительность последнего обострения — 2,94±0,72 нед. Преимущественно поражались I плюснефаланговый сустав (86%), голеностопные суставы (59%), реже отмечалось вовлечение коленных суставов и мелких суставов кистей рук, локтевых суставов (34, 26, 10%). Уровень МК колебался от 392 до 775 ммоль/л (сред. 504,8±83,7 ммоль/л). Сопутствующие заболевания выявлены у 96% больных. В их структуре преобладали: АГ (73%), ОА (45%), хронический пиелонефрит (33%), СД 2-го типа (15%), хронический гастрит и язвенная болезнь вне обострения (19 и 10%), хронический холецистит (10%), ИБС (12%) пациентов. У всех пациентов отмечалось наличие избыточной массы тела или ожирения, у большинства (86%) были выявлены атерогенные изменения липидного профиля. Повышенный ИМТ был у 59% больных, I ст. ожирения у 17,5%, реже выявлялась II (11,5%) и III ст. (2%). Причем 4-5 хронических заболеваний имели 50%, 2-3 заболевания — 31%, 1 — только 19%. Большинство указывали на преобладание отрицательных эмоциональных проблем в связи с заболеваниями в виде тревоги и депрессии, и только у 20% отмечалось их отсутствие. Индекс коморбидности Charlson соответствующий 1-2 баллам выявлен у — 25%, 3-4 баллов у 50% и 5-6 баллов — у 25% пациентов. У всех больных с длительным течением подагры (более 5 лет) индекс составлял от 3 до 5 баллов, что свидетельствует о значительном отягощении прогноза наличием сопутствующих хронических заболеваний.
Выводы.
При длительном течении подагры у пациентов отмечается нарастание индекса коморбидности Charlson, в связи с чем возникает необходимость интегральной оценки их состояния для рационального подхода к диагностике и лечению в амбулаторных условиях.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НА ЭТАПЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И COVID-19

Майоров А.А., Курникова И.А., Мелешкевич Т.А., Завалина М.А., Павлов А.Ф., Майоров В.А.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Выявленная взаимосвязь между приемом метформина и снижением риска острого повреждения почек (ОПП) у пациентов с сахарным диабетом (СД) на фоне COVID-19 является высоко актуальной т.к.: подтверждена плейотропность эффектов метформина, экономическая эффективность и доступность, стимул для дальнейших исследований.
Цель исследования. Оценить взаимосвязь между уровнем гликемии при поступлении и развитием острого повреждения почек (ОПП) у пациентов с сахарным диабетом (СД) на фоне COVID-19.
Материалы и методы. Проведен анализ данных временного инфекционного госпиталя Сокольники на базе ГКБ им. Ф.И. Иноземцева. Анализ охватил период с 1 января по 31 декабря 2020 г. Из 9971 госпитализированного пациента, отобраны с СД, ХБП и COVID-19. В ретроспективное когортное исследование включен 131 пациент с СД и подтвержденным COVID-19. ОПП определялось как абсолютное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Программы статистического анализа — Microsoft Excel, Word и IBM SPSS Statistics. Стадии ХБП, СД, определяли в соответствии с Клиническими рекомендациями МЗ РФ (2021 г.). Критерии ОПП определялись в соответствии с KDIGO, где снижение СКФ на ≥26.5 ммоль\л в течение 48 часов или СКФ на ≥50% (в 1,5 раза от исходного) в течение 7 дней.
Результаты. В когорте средний уровень глюкозы при поступлении составил 10,8±0,4 ммоль/л. Выявлено достоверное снижение СКФ на фоне COVID-19 (ΔСКФ=-8,7 ±0,9мл/мин/1,73м², p<0,001). Обнаружена умеренная обратная корреляция между уровнем глюкозы и ΔСКФ (ρ=-0,36, p<0,001). В модели множественной регрессии, скорректированной на возраст, пол, исходную СКФ и наличие ХБП, глюкоза осталась независимым предиктором снижения функции почек (β=-0,68±0,19; 95% ДИ: -1,05 — -0,31, p<0,001). Прием метформина ассоциирован с меньшим снижением СКФ (β=+3,2±1,1; 95% ДИ: +1,0 – +5,4, p=0,005). ОПП развилось у 38 пациентов (29,0%). В логистической регрессии скорректированное отношение шансов (ОШ) развития ОПП для глюкозы составило 1,12 (95% ДИ: 1,04-1,21, p=0,003) на 1 ммоль/л, в то время как прием метформина показал протективный эффект (ОШ = 0,52; 95% ДИ: 0,28-0,96; p=0,036).
Выводы.
Гипергликемия при поступлении является независимым предиктором острого повреждения почек у пациентов с СД на фоне COVID-19, в то время как прием метформина демонстрирует нефропротективный эффект. Каждое увеличение уровня глюкозы на 1 ммоль/л ассоциировано с дополнительным снижением СКФ на 0,68мл/мин/1,73м² и повышением риска развития ОПП на 12%, тогда прием метформина ассоциирован со значимым снижением этого риска на 48%. Полученные данные подчеркивают критическую важность активного контроля гликемии и рассмотрения вопроса о назначении метформина у данной категории пациентов для профилактики нефрологических осложнений при условии отсутствия противопоказаний. Исследование проводилось без финансовой поддержки.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И COVID-19

Майоров А.А., Курникова И.А., Мелешкевич Т.А., Завалина М.А., Павлов А.Ф., Майоров В.А.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Оценить влияние сахароснижающей терапии на динамику скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) и COVID-19 на этапе стационарного лечения.
Цель исследования. Провести ретроспективный анализ данных пациентов с COVID-19, госпитализированных в стационар временного инфекционного госпиталя Сокольники на базе ГКБ им. Ф.И. Иноземцева с 1 января по 31 декабря 2020 г.
Материал и методы. Из 9971 госпитализированных, отобраны пациенты с уровнем СКФ ниже 60 мл/мин/1,73м². Всего 134 человека, из которых 64 (47,8%) без СД и сахароснижающей терапии (группа сравнения), а 70 (52,2%) с диагнозом СД2 или впервые установленной гипергликемией, которые получали сахароснижающую терапию (группа наблюдения). Получаемая терапия: производные сульфанилмочевины — ПСМ (25,4%), метформин (16,4%), инсулин длинного действия (21,6%), инсулин УКД (17,9%) и комбинация ПСМ + инсулин — у (3,0%) пациентов. В группу сравнения включены пациенты с ранее диагностированной ХБП, у которых до заражения COVID-19 уровень СКФ был выше 60 мл/мин/1,73м² (72%) и пациенты, которым до госпитализации ХБП не диагностировался (28%). СКФ оценивалась с использованием формулы CKD-EPI. Программы статистического анализа — Microsoft Excel, Word и IBM SPSS Statistics. Стадии ХБП, СД и терапия, определяли в соответствии с Клиническими рекомендациями МЗ РФ (2021 г.)
Результаты. У группы сравнения в процессе терапии отмечалось увеличение показателя СКФ — 3,5±2,8 мл/мин/1,73м², у 84,4% пациентов. Однако, и прогрессирующее снижение СКФ в этой группе отмечено у 15,6%. Среди пациентов с СД, получавших метформин СКФ составило 21,0±5,0 мл/мин/1,73м². Увеличение СКФ отмечено у 84,6%, снижение в 7,7% случаев. На ПСМ повышение показателя СКФ составило +10,9±3,2 мл/мин/1,73м² у 70,8%. Снижение СКФ у 20,8%. В группе на инсулинотерапии (короткие и длинные аналоги) за период наблюдения увеличение показателя СКФ составило 10,3±4,9 мл/мин/1,73м², у 66,7%, а отрицательная динамика СКФ отмечена у 33,3% пациентов. В группе ПСМ+инсулин средняя динамика СКФ в процессе стационарного лечения была отрицательной — снижение на 4,4±15,4 мл/мин/1,73м², однако, и число пациентов было небольшим (n=4).
Выводы.
Сравнительный анализ динамики СКФ у госпитализированных пациентов с СД показал, что сахароснижающая терапия в целом способствует стабилизации или улучшению СКФ. Наиболее положительный эффект при применении метформина, динамика показателя СКФ за время стационарного лечения продемонстрировала эффект выше, чем у пациентов группы сравнения. Отсутствие терапии не исключало улучшения СКФ, что указывает на значимость комплексного ведения пациентов. Исследование проводилось без финансовой поддержки

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА САРКОПЕНИИ НА ПРОЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Макарова Е.В., Калинникова Л.А., Пластинина С.С., Андреева Д.Д.
ГБУЗ НО «ГКБ №3» (НГЦ) МЗ РФ, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Гериатрические синдромы влияют на течение хронических заболеваний, к примеру, частое выявление саркопении у лиц пожилого возраста, страдающих сахарным диабетом 2-го типа. Уменьшение мышечной силы нижних конечностей ведет к полинейропатии. Раннее выявление гериатрических синдромов ведет к многофакторному контролю заболевания, что повышает продолжительность и качество жизни пациентов старшей возрастной группы.
Цель исследования. Выявить и изучить влияние саркопении на прогрессирование диабетической полинейропатии у пациентов старшей возрастной группы.
Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 445 больных с сахарным диабетом 2-го типа, средний возраст — (75,7±0,7) года, стаж заболевания — (12±1,4) года. Изучались наличие сопутствующей патологии, биохимические (общий анализ крови, креатинин, гликированный гемоглобин), антропометрические показатели. Диагноз, критерии компенсации, наличие осложнений устанавливались в соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (2024 г.). Больным был проведен скрининг синдрома старческой астении по шкале «Возраст не помеха». При выявлении вышеизложенного синдрома была проведена комплексная гериатрическая оценка, включающая тест рисования часов, динамометрию, оценку способности выполнения основных функций, а также показатели: по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE), по гериатрической шкале депрессии (GDS-15), по шкале базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел), по шкале повседневной инструментальной активности (IADL), по краткой шкале оценки питания (MNA), по визуально-аналоговой шкале самооценки состояния здоровья (ВАШ). Для уточнения состояния кровотока в нижних конечностях измеряли ЛПИ на УЗИ-аппарате «РуСкан-60» с линейным датчиком LN5-12 в соответствии с «Национальными рекомендациями по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей» (2019).
Результаты. У 104 пациентов (23,4%) выявлен синдром старческой астении, включая 28 пациентов (26,9%) с синдромом саркопении, 34 пациента (33,3%) — высоким риском падений, 18 пациентов (17,0%) — умеренными и легкими когнитивные нарушения. У 371 исследованного пациента с сахарным диабетом отмечено повышение показателя ЛПИ >1,3, что говорит о зависимости между уровнем гликемии и степенью отклонения состояния кровотока и является прогностическим фактором наличия диабетической полинейропатии. Выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь между степенью выраженности саркопении и степенью ухудшения периферического кровотока нижних конечностей (r=+0,912).
Выводы.
При наличии саркопении пациенты с сахарным диабетом старшей возрастной группы имеют более выраженные нарушения периферического кровообращения. Выявление и коррекция саркопении должны входить в программу обследования и лечения пациентов старшей возрастной группы с сахарным диабетом

РАНЖИРОВАНИЕ ФАКТОРОВ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Макарова Н.А.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Сахарный диабет (СД) носит статус социально значимой неинфекционной эпидемии, попутно увеличивая риск камнеобразования в желчном пузыре (ЖП).
Цель исследования. Оценить наличие и значимость косвенных признаков угрозы развития желчнокаменной болезни (ЖКБ) на фоне СД.
Материалы и методы. Обследовали пациентов с осложненным СД преимущественно 2 типа (36 из 38), используя общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Группа 1 — пациенты без ЖКБ (n=29), группа 2 — пациенты с ЖКБ (n=9). Для сравнения количественных признаков групп применили критерий Манна-Уитни, качественных признаков — односторонний точный критерий Фишера.
Результаты. Результаты показали, что ряд известных факторов камнеобразования (беременность, цирроз печени и т.п.) исходно отсутствовал в группе 1. Наследственность отмечена у 2 пациентов, против 5 случаев группы 2. При наличии полинейропатии в группе 1 не обнаружено УЗ-признаков билиарного сладжа. По возрасту лица группы 1 (41-74 года) статистически значимо не отличались от группы 2 (45-87 лет) (p=0,5710). Ярко проявил себя гендерный фактор. Практически все пациенты с ЖКБ — женщины, в то время как в группе 1 их была практически половина (14 из 29). Различия статистически значимы (p=0,0344). Подавляющее большинство пациентов без ЖКБ (26 из 29) имело избыточную массу тела или ожирение. Схожая картина отмечена у пациентов с ЖКБ (8 из 9). В обеих группах комбинация гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии встречалась с одинаковой частотой (14 из 29 и 5 из 9). Повышение уровня общего холестерина отмечено только у отдельных пациентов без ЖКБ. Различие групп по этому показателю статистически значимо (p=0,0483). В группе с ЖКБ более весомым признаком проявила себя гипертриглицеридемия, но по данному показателю различия отсутствовали (p=0,9043). Аналогично и с концентрациями липопротеидов высокой плотности (p=0,2718).
У 13 из 29 пациентов без ЖКБ выявлен перегиб ЖП в шейке, а в группе с ЖКБ дисформия зарегистрирована у 8 из 9, различия статистически значимы (p=0,0197).
Выводы.
У обследованных пациентов с СД не обнаружено очевидных проявлений диагностической значимости общепринятых факторов риска развития ЖКБ. Для регулярных УЗ-мониторинга жидкостного состояния желчи критериям являются: осложненный СД, женский пол, возраст 55 лет и старше, наличие перегиба в шейке ЖП. Генетические факторы требуют дальнейшего изучения с позиции их влияния на механизм развития ЖКБ.

ОСОБЕННОСТИ ПЛОТНОСТНЫХ И ОБЪЕМНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА ХОБЛ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Макова Е.В., Устинова В.М., Устинов М.С.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность. По данным эпидемиологических исследований ХОБЛ страдает 384 млн. человек в мире. Смертность от ХОБЛ составляет около 3 млн. человек в год. Автоматическая обработка компьютерных томограмм позволяет рассчитать объем, оценить плотность легочной ткани и выраженность эмфиземы.
Цель исследования. Сравнение результатов анализа объема и плотности легочной ткани по данным автоматизированной обработки КТ-изображений у лиц с факторами риска ХОБЛ преимущественно эмфизематозного и бронхитического фенотипов.
Материалы и методы. Были проанализированы 207 КТ грудной клетки, у пациентов с индексом курения не менее 30 пачко-лет из когортного исследования по скринингу рака легких, выполненных на 32-срезовом компьютерном томографе GE (США). Количественные параметры легочной ткани оценивались программой АВТОПЛАН (СамГМУ). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я — 76 человек (70 мужчин и 6 женщин) с преимущественно эмфизематозным фенотипом (ПЭТ) — объем легких плотностью менее -950 единиц Хаунсфилда (HU) >1%, 2-я группа — 131 человек (67 мужчин и 64 женщины) с преимущественно бронхитическим фенотипом (ПБТ) — объем легких плотностью менее -950HU <1%. Средний возраст в группах с — 61,3 и 60,6 лет соответственно. Исследовались параметры: объем легких в мл, средняя плотность легочной ткани, проценты объема легочной ткани с плотностями менее -950HU, -930HU и -900HU. Сравнение средних значений с 95% доверительным интервалом проведено по критерию Манн-Уитни с достоверностью различий при $p<0,05$.
Результаты. При анализе средней плотности легочной ткани у лиц с факторами риска ХОБЛ были выявлены достоверно более низкие значения у представителей ПЭТ по сравнению с обследованными с ПБТ (-857,2HU (-861,9HU — -852,4HU) против -813,7HU (-819,4HU — -807,9HU).
Выводы.
Лица из группы преимущественно эмфизематозного фенотипа с факторами риска ХОБЛ имеют достоверно более низкую среднюю плотность легочной ткани, достоверно более высокие значения объема легких и процентов объема легочной ткани менее -950 HU, -930 HU и -900 HU.

АССОЦИАЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ НЕКОНЪЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ С ВАРИАНТАМИ НУКЛЕОТИДНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ГЕНОВ МЕТАБОЛИЗМА ЭТАНОЛА

Максимов В.Н., Немцова Е.Г., Иванова А.А.
НИИТПМ — филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Однонуклеотидные варианты rs2066702 (p.Arg370Cys) и rs1229984 (p.His48Arg) гена ADH1B, rs698 (p.Ile350Phe) гена ADH1C, rs671 (p.Glu504Lys) гена ALDH2 являются самыми изучаемыми вариантами генов метаболизма этилового спирта. Выявлена ассоциация вариантов с алкогольным циррозом печени, неалкогольным стеатогепатитом, фиброзом на фоне неалкогольной жировой болезни печени, жировой болезнью печени. Исследований ассоциации вариантов rs2066702, rs1229984, rs698, rs671 с доброкачественной неконъюгированной гипербилирубией проведено не было. При этом одним из факторов ухудшения клинической картины при доброкачественной неконъюгированной гипербилирубии является употребление алкогольных напитков.
Цель исследования. Поиск ассоциации rs2066702 и rs1229984 гена ADH1B, rs698 гена ADH1C, rs671 гена ALDH2 с доброкачественной неконьюгированной гипербилирубинемией.
Материалы и методы. Дизайн исследования построен по принципу «случай-контроль». Группа лиц с доброкачественной неконъюгированной гипербилирубией включает 414 человек (средний возраст 36,7±15,9 лет, 49,8% мужчин). Контрольная группа составила 429 человек (средний возраст 38,5±14,3 лет, 52,2% мужчин) из банков ДНК участников проекта MONICA, скрининга молодых людей 25-44 лет и одномоментного исследования школьников г. Новосибирска. Генотипирование групп по вариантам rs2066702, rs1229984, rs698, rs671 выполнено методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов. Сравнение групп по частотам генотипов и аллелей выполнено с помощью таблиц сопряженности с использованием критерия хи-квадрат по Пирсону. В качестве уровня значимости также использован $p<0,05$.
Все участники исследования подписывали добровольное информированное согласие.
Результаты. По частотам генотипов и аллелей rs2066702 и rs1229984 гена ADH1B, rs698 гена ADH1C, rs671 гена ALDH2 не найдено статически значимых различий между группой лиц с доброкачественной неконъюгированной гипербилирубией и контрольной группой ($p>0,05$).
Выводы.
Не обнаружено статистически значимой ассоциации доброкачественной неконъюгированной гипербилирубинемии с вариантами нуклеотидной последовательности генов метаболизма этилового спирта — rs2066702 и rs1229984 гена ADH1B, rs698 гена ADH1C, rs671 гена ALDH2. Источник финансирования. Исследование выполнено в рамках государственного задания FWNR-2024-0004.

ИНФЕКЦИОННАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ И ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫМ КОЛИТОМ

Малахова И.Г., Шкляева Д.А., Бессонов А.Г., Шкляев А.Е.
ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ, г. Ижевск, Россия

Актуальность. В последние годы проблема инфекционной коморбидности стала чаще озвучиваться в тематике конгрессов и конференций, посвященных терапевтической патологии. Диагностика редкого сочетания двух угрожающих жизни инфекционных заболеваний (ГЛПС+ПМК) в данном клиническом наблюдении, представляла собой значительные трудности из-за наслоения симптомов обоих заболеваний.
Так, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острая вирусная природно-очаговая болезнь, вызываемая хантавирусами и характеризующаяся выраженной интоксикацией, геморрагическим синдромом и поражением почек. Псевдомембранозный колит (ПМК) — тяжелое воспалительное заболевание толстой кишки, связанное с инфекцией Clostridium difficile и проявляющееся диареей, лихорадкой и спастическими болями в животе. Две серьезные инфекционные патологии вместе встречаются нечасто, но представляют собой состояние, угрожающее жизни пациента.
Описание случая. Пациент Г., 44 года, спортсмен (марафонец — 2 старта по 20 км в 2024, в 2025 году май — 10 км), ранее хронические заболевания отрицает. С февраля 2025 г. усиленные длительные тренировки (1,5-2 часа) 3-4 раза в неделю. С 25 по 28 июня — забег в 70 км, с последующим восхождением на высоту — 80 км. После чего посещал бани и проведен 10-дневный курс массажа. Через неделю появились жалобы на кашель с мокротой и примесью крови, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 40°С. В связи с ухудшением состояния обратился в медицинский центр «АВИЦЕННА». В приемном покое экстренно проведена МСКТ органов грудной клетки — выявлена двусторонняя пневмония, двусторонний гидроторакс; ЧПЭХОКГ выявлена вегетация 3,9*0,9 мм на передней створке митрального клапана; При УЗИ почек — гипертрофированные колонки Бертини, отек паранефральной клетчатки. Лабораторно — повышение С-реактивного белка> 300 мг/л, прокальцитонина> 10 мкг/л, миоглобина до 158 нг/мл, в связи с чем госпитализирован в отделение реанимации с диагнозом: Синдром рабдомиолиза после физической нагрузки. Острое повреждение почек. Сепсис: Внебольничная абсцедирующая двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. ДН 1 степени. Двусторонний плеврит. Синдром полиорганной недостаточности. Острый инфекционный эндокардит митрального нативного клапана, высокой степени активности. ГБ II стадии, целевой уровень АД не достигнут, риск 3. ХСН, стадия 1, функциональный класс 1.
Заключение.
Стертость клинической картины ГЛПС (отсутствие геморрагического синдрома и нарушения зрения) на фоне ПМК затруднило своевременную постановку диагноза. Диагностика и лечение двух взаимоотягощающих заболеваний требует взвешенного подхода к назначенной фармакотерапии под контролем динамики клинической картины и лабораторных данных. Представленный клинический случай позволит врачам избежать сложностей в определении оптимальной стратегии терапии сочетанных инфекций.

ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ИНГИБИТОРАМИ VEGF

Маль Г.С., Хлямов С.В.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

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 исследования. Определить эффективность лерканидипина при АГ, вызванной бевацизумабом, у онкологических пациентов.
Материалы 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 ≥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 p значимы при ≤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 ≥II степени в течение 8 недель после начала лечения бевацизумабом. Среди 46 пациентов с АГ ≥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.
Выводы.
Показана эффективность лерканидипина в лечении бевацизумаб-индуцированной АГ в монотерапии на рекомендуемой начальной и на максимальной суточной дозе, также в комбинации с фозиноприлом.

ВЛИЯНИЕ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И УРОВНЯ Р-СЕЛЕКТИНА НА ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Мальцева А.Н., Косинова А.А., Шаврина Е.О., Савченко А.А., Гринштейн Ю.И.
ООО Дуэт Клиник КРСК, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Пациенты после коронарного шунтирования (КШ) подвержены риску развития осложнений. Кроме влияния самого оперативного вмешательства, выделяют молекулярно-клеточные механизмы и недостаточный ответ тромбоцитов на ацетилсалициловую кислоту (АСК).
Цель исследования. Выявить ассоциации между содержанием лейкоцитарно-тромбоцитарных комплексов, уровнем экспрессии Р-селектина и развитием госпитальных осложнений у пациентов в зависимости от чувствительности к АСК после КШ.
Материалы и методы. Включенным в исследование 100 пациентам до и на 8-10-сутки после КШ оценены содержание лейкоцит-тромбоцитарных агрегатов (тромбоцит+тромбоцит, моноцит+тромбоцит, нейтрофил+тромбоцит) с экспрессией Р-селектина (CD62P) и без таковой. Оценена ассоциация между лейкоцит-тромбоцитарными агрегатами, экспрессией Р-селектина и развитием госпитальных осложнений: перикардит, острый инфаркт миокарда (ОИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), плеврит, потребовавший плевральной пункции. Резистентность к АСК идентифицировалась при значении агрегации тромбоцитов с арахидоновой кислотой хотя бы в одной точке ≥20%.
Результаты. Среди перенесших ОИМ (3%) резистентных к АСК (рАСК) не выявлено. В группе с ОНМК — 2% рАСК, в группе плеврита — 4% рАСК и перикардита — 4% рАСК. Установлено, что у пациентов с ОНМК в сравнении с группой без осложнений статистически значимо выше относительное содержание тромбоцитов CD62P (10,77 [4,40;26,19] и 1,08 [0,27;5,62] соответственно, p=0,014), агрегатов нейтрофил+тромбоцит CD62P (91,91 [91,32; 100,00] и 77,10 [63,22; 92,06], p=0,011), агрегатов тромбоцит+тромбоцит CD62P (51,15 [22,54;63,64] и 10,04 [2,86;30,33], p=0,012). По остальным госпитальным исходам статистически значимых различий по межклеточным агрегатам не выявлено.
При проведении регрессионного логистического анализа с включением лейкоцит-тромбоцитарных комплексов, чувствительности к АСК и двойной антиагрегантной терапии (АСК+клопидогрел) установлено, что резистентность к АСК до КШ и относительное содержание агрегатов моноцит+тромбоцит ассоциированы с развитием перикардита — p=0,012, 95% ДИ 0,872-1,470.
Выводы.
Таким образом, у пациентов, подвергающихся КШ, развитие госпитальных осложнений может быть связано с недостаточным ответом тромбоцитов на АСК, повышенной активностью Р-селектина и лейкоцит-тромбоцитарным взаимодействием, что может рассматриваться как предикторы развития нежелательных сердечно-сосудистых событий после КШ.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И АНГИОДИСПЛАЗИЯМИ

Мальцева И.В., Котовщикова Е.Ф., Буйлова Е.В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Нарушения гемостаза различной направленности у молодых людей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) и ангиодисплазиями несут потенциальные риски развития тяжелых сосудистых осложнений, а случаи геморрагий и тромбозов, особенно рецидивирующих, в семейном анамнезе часто связано с врожденными нарушениями гемостаза. Поэтому изучение генетической предрасположенности, в частности генов тромбофилии, является актуальным направлением медицины.
Цель исследования. Изучить протромбогенные полиморфизмы свертывающей системы у пациентов с НДСТ и ангиодисплазиями.
Материалы и методы. В исследование были включены 67 пациентов с НДСТ и ангиодисплазиями — 43 женщины и 24 мужчины, средний возраст 18,7±1,0 лет. Верификацию НДСТ осуществляли согласно клиническим рекомендациям. Для диагностики ангиодисплазий использовалась ультразвуковая доплерография сосудов. Выполнено генотипирование ДНК методом ПЦР для выявления полиморфизмов генов протромбина FII:20210G/A, проакцелерина FV:1691G/A, ингибитора активатора плазминогена 1 типа PAI-1:-675 5G/4G, фермента фолатного цикла MTHFR:677C/T и полиморфизма с коагулопротективным действием в отношении тромбофилии — FVII:10976G/A.
Результаты. У пациентов с ангиодисплазиями на фоне НДСТ установлена высокая распространенность протромбогенных полиморфизмов (88,3%) с преобладанием носительства сразу нескольких вариантов (75,6%). Наиболее ассоциируемыми являлись полиморфизм гена PAI-1: -675 5G/4G (генотипы 5G/4G, 4G/4G) и гетерозиготный полиморфизм (C/T) гена MTHFR:677C/T, что совпадает с результатами генетического тестирования при НДСТ, проведенными другими авторами. Полиморфизмы FII:20210G/A (генотип G/A), FV:1691G/A (G/A, A/A генотипы) встречались реже. Носительство протективного полиморфизма FVII:10976G/A (G/A, G/G генотипы), при этом в комбинации с тромбогенными полиморфизмами, были диагностированы у 31,0% пациентов.
Выводы.
Присутствие сосудистого синдрома, связанного с НДСТ, в сочетании с носительством неблагоприятных ДНК-полиморфизмов в разы повышает тромбогенный потенциал системы гемостаза, в том числе у лиц с изначально геморрагическим анамнезом, что особенно актуально с возрастом пациентом, по мере накопления признаков НДСТ. Поэтому важным является своевременный диагностический поиск, направленный на выявление пациентов с более высоким и ранним риском возникновения тромбозов, поскольку имеет прогностическое значение и позволяет определить меры профилактики ишемических событий.

ЦИРРОТИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ — НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Маммаев С.Н.
ФГБО ВУ ДГМУ МЗ РФ, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Раннее выявление признаков сердечной недостаточности у больных с циррозом печени, позволяет значительно улучшить исход заболевания.
Цель исследования. Ознакомление современными диагностическими возможностями и подходами лечения больных цирротической кардиомиопатией (ЦКМ)
Материалы и методы. С учетом последних достижений в области ультразвуковой диагностики, в частности тканевой допплерографии и возможностей эхокардиографической оценки деформации миокарда, международная группа экспертов предложила обновленные диагностические критерии ЦКМ.
Результаты. Для оценки систолической дисфункции (любая из следующих критериев): фракция выброса левого желудочка (LVEF) =15; индекс объема левого предсердия (LAVI)>34мл/м^2; пиковая скорость трикуспидальной регургитации (TR)>2,8 м/сек.
Выводы.
Внедрение в клиническую практику новых обновленных критериев кардиомиопатии при циррозе печени и применение современных эффективных препаратов, в том числе глифлозинов, для лечения сердечной недостаточности позволит улучшить ведение пациентов, а также исход данного заболевания.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мамонтова М.М., Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Пуксинг К.Н.
ГОБУЗ ЦГКБ, г. Великий Новгород, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Сахарный диабет (СД) 2 типа является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, способствуя прогрессированию атеросклеротической болезни сердца и увеличивает риск развития острого коронарного синдрома (ОКС). Осложнения ишемической болезни сердца (ИБС) занимают ведущее место среди причин смерти у больных с СД 2 типа.

Описание случая. Пациент К., 68 лет, поступил в стационар эндокринологического профиля в плановом порядке с жалобами на общую слабость, сухость во рту, нестабильность артериального давления (АД), периодически головокружение, слабость в нижних конечностях. Из анамнеза заболевания известно: с 2019 г. СД 2 типа, на пероральной сахароснижающей терапии. Из осложнений СД ранее выявлена диабетическая нефропатия, с умеренным снижением скорости клубочковой фильтрации. Также длительное время страдает гипертонической болезнью (ГБ), адаптирован к АД 140/90 мм.рт.ст., регулярно принимает гипотензивную, гиполипидемическую и антиагрегантную терапию.

При поступлении пациенту проведены инструментальные и лабораторные диагностические исследования: гликемические показатели в диапазоне целевых показателей для данного больного, уровень липидных параметров выше целевых показателей, электрокардиограмма (ЭКГ) — данных за нарушения ритма, ишемические изменения нет. В процессе стационарного лечения на фоне физической нагрузки (подъем по лестнице на 4 этаж) у пациента случился гипертонический криз, сопровождающийся выраженной слабостью, головокружением, одышкой; при этом боли, жжение за грудиной пациент отрицал.

По данным ЭКГ — без ишемических изменений, однако выявлено повышение сердечного маркера Тропонина I, в связи с чем проведена консультация с кардиологом Регионального Сосудистого Центра. Учитывая отсутствие клинической картины и изменений в динамике по ЭКГ — данных за ОКС не получено. В последующем на фоне консервативной терапии подобных эпизодов не повторялось, показатели Тропонина I нормализовались. Пациенту после выписки из стационара в плановом порядке была выполнена коронарография (КАГ), по результатам которой выявлен стеноз коронарных артерий: правая нисходящая артерия (ПНА) — 95%, огибающая артерия (ОА) — стеноз 50%. В дальнейшем с целью восстановления кровотока пациенту проведено аортокоронарное шунтирование.

Заключение.

Данный клинический случай показывает, что диагностика ИБС на фоне СД зачастую затруднена, так как даже при наличии выраженного поражения коронарных сосудов, клиническая картина протекает по типу безболевой ишемии миокарда или проявляя себя неспецифическими симптомами. Из этого следует, что у больных СД следует более активно использовать визуализирующие нагрузочные тесты для выявления ИБС. Сочетание СД и ИБС — показание к проведению КАГ с целью оценки состояния коронарных артерий и возможности проведения своевременной реваскуляризации миокарда.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

Марковцева М.В., Зауральская Е.Н.
ФГБОУ ВО «УлГУ», г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) — одно из самых распространенных лимфопролиферативных заболеваний. В отечественной практике общепризнанной является система стадирования ХЛЛ J. Binet (1981), которая позволяет рассчитать предполагаемую медиану общей выживаемости (ОВ) пациента. В реальной клинической практике ОВ пациента может значимо отличаться от этой ожидаемой медианы, как не достигая этого значения, так и превышая его. Современные способы прогнозирования ХЛЛ способны прояснить эти вопросы, однако требуют высоко затратных, трудоемких и не всегда доступных исследований (анализ мутационного статуса генов вариабельного региона иммуноглобулинов (IGHV), хромосомных аберраций, мутаций TP53 и др.). Таким образом, прогнозирование ХЛЛ с использованием доступных для практического врача способов представляются актуальными.
Цель исследования. Выделить клинические параметры, влияющие на ОВ пациентов с ХЛЛ.
Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы данные 60 пациентов с ХЛЛ A-C по Binet с известной ОВ. На момент постановки диагноза ХЛЛ регистрировались пол, возраст пациента, рутинные биохимические параметры: аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, непрямой билирубин, глюкоза, мочевина, мочевая кислота, лактатдегидрогеназа, креатинин, скорость клубочковой фильтрации CKD-EPI (СКФ). Для обработки данных использовались методы интеллектуального анализа данных (ИАД). Доказательство истинности (ложности) гипотез проводилось в форме вычислительных экспериментов на компьютере. В качестве инструмента ИАД использовались интервальные методы разбиения признаков на интервалы. Объекты выборки были разделены на два непересекающихся класса (фактическая выживаемость меньше прогнозируемой медианы ОВ — 36 пациентов, и фактическая выживаемость больше или равна прогнозируемой медианы ОВ — 24 пациента). Для обоснования выбора порога между классами вычислялась устойчивость разбиения признака на непересекающиеся интервалы.
Результаты. Наиболее значимая разделимость между классами была по показателю СКФ. При значении этого показателя более 76 ммоль/л на момент постановки диагноза можно говорить о том, что пациент преодолеет предполагаемую медиану выживаемости, полученную по классификации Binet. В противном случае пациент не преодолеет это значение. Полученные результаты запатентованы (Патент на изобретение RU 2821774 C1).
Выводы.
Полученные результаты представляют СКФ в качестве единственного клинического показателя из изученных, значение которого может рассматриваться в качестве предиктора выживаемости пациентов с ХЛЛ. Полученные данные подтверждают и зарубежные исследователи. Так, Paolo Strati et al. показали, что почечная недостаточность у пациентов с ХЛЛ является независимым прогностическим фактором (2017). В нашем исследовании определено конкретное значение СКФ на этапе постановки диагноза ХЛЛ, позволяющий оптимизировать прогноз у этой категории больных.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Мартынов А.Ю., Иркабаева М.М.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Изучение факторов риска (ФР), особенностей патогенеза и клинического течения инфаркта миокарда (ИМ) без обструкции коронарных артерий (ИМБОКА) у молодых пациентов важно для улучшения его диагностики и лечения, а также прогноза и реабилитации пациентов трудоспособного возраста.
Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ИМБОКА у молодых пациентов.
Материалы и методы. В исследование включены 70 пациентов с ИМБОКА младше 45 лет. Средний возраст пациентов 38±1,3 лет. Пациентам проводилось полное клиническое обследование, ЭХО-КГ, коронароангиография, МРТ, внутрисосудистое УЗИ. Уровень стресса оценивался по тесту Л.Ридера, злоупотребление алкоголем оценивалось по результатам теста CAGE и анкеты ПАС. Пациенты были разделены на группы ЧКВ+ 47 (67,1 %) — со стентированием инфаркт-ответственной КА, ЧКВ- 23 (38,3%) — без стентирования КА.
Результаты. Основные ФР ИМ в группах ЧКВ+, ЧКВ-: курение 30 (63,8%) vs 16 (69,5%); недостаточная физическая активность 15 (31,9%) vs 0 ; избыточное употребление кофеина 13 (27,6%) vs 16 (69,5%); стресс 13 (27,6%) vs 14 (60,8%); злоупотребление алкоголем 0 vs 17 (73,9%); отягощенная наследственность 0 vs 10 (43,4%), употребление наркотических веществ 0 vs 7 (30,4%). Патогенетические механизмы ИМБОКА в группе ЧКВ+: атеротромбоз с КА 30 (63,8%), атеротромбоз с миокардиальным мышечным мостиком (МММ) 4 (8,5%), атеротромбоз с вазоспазмом 3 (6,3%). Патогенетические механизмы ИМБОКА в группе ЧКВ-: острая тромботическая окклюзия КА 8 (34,7%), вазоспазм КА 5 (21,7%), микрососудистая дисфункция 5 (21,7%), МММ 2 (8,6%), спонтанная диссекция КА 2 (8,6%), МММ с тромбозом КА 1 (4,3%). Из 8 пациентов с острой тромботической окклюзией, у 6 (75%) было подтверждено наличие наследственной тромбофилии. В группе ЧКВ+: у 20 (42,5%) наблюдалась классическая болевая форма ИМ, 15 (31,9%) абдоминальная форма ИМ, 10 (21,2%) аритмический вариант течения ИМ, 2 (4,2%) безболевой вариант ИМ. В группе ЧКВ- у 10 (43,4%) классическая болевая форма ИМ, 6 (26%) безболевой ИМ, 5(21,7%) абдоминальная форма ИМ, 2 (8,6%) церебральный вариант ИМ. Средняя продолжительность болевого синдрома составила 2,5 часа в группе ЧКВ+, 3,5 суток в группе ЧКВ-.
Выводы.
Для молодых пациентов с ИМБОКА характерно наличие специфических ФР и различные клинические варианты течения ИМ. В группе пациентов с ИМБОКА без ЧКВ чаще выявляются редкие патогенетические причины ИМ и большая длительность болевого синдрома.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ: ВСЕ ГРАНИ ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ

Мартынова П.М., Руденко И.Б.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — сложная диагностическая задача и лидирующая причина летальных исходов. ТЭЛА часто маскируется под другие болезни сердца и дыхательных путей. Разнообразные факторы могут спровоцировать ТЭЛА, включая аритмии, ожирение, антифосфолипидный синдром, тромбоз глубоких вен, наследственные нарушения гемостаза и прием гормональных контрацептивов. ТЭЛА требует комплексного подхода и может встретиться в практике любого врача.
Описание случая. Пациентка А, 31 год, госпитализирована в пульмонологическое отделение ГАУЗ «НЦРМБ» г. Нижнекамска 23.05.2025 г. с жалобами на одышку, сухой кашель, общую слабость, отеки на ногах. Ухудшение состояния в течение последних 10 дней в виде учащения приступов удушья. Больная страдает бронхиальной астмой более 10 лет. В качестве базисной терапии принимала будесонид 80 мкг + формотерол 4,5 мкг.
В анамнезе — варикозная болезнь нижних конечностей. На КТ органов грудной клетки — очаг консолидации в S8-10 правого легкого. Оперирована в 2010 г. по поводу поликистоза яичников. По рекомендации гинеколога принимала комбинированные оральные контрацептивы (КОК) гестоден 75 мкг + этинилэстрадиол 30 мкг по настоящее время.
При обследовании в стационаре на КТ грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием и мультипланарной трехмерной реконструкцией выявлены признаки массивной ТЭЛА на уровне главных, долевых, сегментарных легочных артерий обоих легких. По результатам инструментальных данных: илеофеморальный тромбоз левой нижней конечности без признаков флотации, увеличение правых отделов сердца, легочная гипертензия, синусовая тахикардия, полная блокада правой ножки пучка Гисса. Лабораторные показатели не отклонялись от нормы за исключением следующих: общий холестерин 6,02 ммоль/л, Д-димер 2270 пг/мл. 26.05.2025 г. пациентка была переведена в палату интенсивной терапии. 28.05.2025 г. с улучшением переведена в кардиологическое отделение для дальнейшего лечения и наблюдения. Клинический случай демонстрирует развитие ТЭЛА при использовании низкодозированных КОК третьего поколения, содержащих гестоден. Гормональная терапия увеличивает уровень фибриногена и активность факторов свертывания крови, снижает уровень активатора плазминогена и ингибирует фибринолиз. В результате увеличивается свертываемость крови, что провоцирует увеличение риска тромбозов.
Заключение.
Таким образом, представлен клинический случай с ключевыми гранями, которые не были учтены при назначении КОК. У молодой женщины наблюдались отягощающие факторы риска развития ТЭЛА: варикозная болезнь, длительный стаж приема ингаляционных глюкокортикоидов. Всегда нужно помнить о том, что сочетание приема КОК с указанными выше факторами усиливает тромбогенный потенциал крови. Алгоритм действий на стационарном этапе позволил правильно оценить и разрешить ситуацию с положительным исходом.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Матвиенко М.Д., Матвиенко Е.Е.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, БУЗ ВО ВОКБ № 2, г.Воронеж, Россия

Актуальность. Эффективная и безопасная липидснижащая терапия является неотъемлемой составляющей лечения пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска. Актуальна проблема достижения целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у данной категории больных.
Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность липидснижающей терапии с применением статина и эзетимиба у амбулаторных пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска.
Материалы и методы. Проведен анализ терапии 54 пациентов поликлиники № 1 ВОКБ №2, в том числе, 42 мужчин и 12 женщин, получающих статин и эзетимиб в фиксированной или свободной комбинации. Средний возраст больных составил 70,5±1,3 лет. В анализ были включены пациенты очень высокого сердечно-сосудистого риска, состоящие на диспансерном учете у кардиолога, приверженные терапии. 26 больных (48,1%) перенесли острый инфаркт миокарда, 44 (81,5%) — оперативные вмешательства на коронарных артериях. Оценивалась частота достижения целевого уровня холестерина ЛПНП (менее 1,4 ммоль/л), переносимость терапии.
Результаты. Розувастатин в комбинации с эзетимибом принимали 45 (83,3%) пациентов, аторвастатин и эзетимиб — 9 (16,7%). Средняя доза розувастатина составила 18,7±1,1 мг, аторвастатина — 44,4±4,4 мг. Максимальные дозы статинов получали 4 человека (7,4%), в том числе, розувастатин 40 мг — 3, аторвастатин 80 мг — 1. Значимых побочных эффектов терапии не выявлено. Целевой уровень холестерина ЛПНП достигнут у 24 пациентов (44,4%), в группе розувастатина — у 18 (40%), аторвастатина — у 6 (66,7%). Из четырех больных, получавших статин в максимальной дозе, целевого уровня холестерина ЛПНП достигли двое. Оценка эффективности терапии осложнялась тем, что в рамках данного исследования не проводилась диагностика липопротеина(а), при высоком уровне которого переоценивается содержание холестерина ЛПНП. Только у двух пациентов, не достигших целевого холестерина ЛПНП, был дополнительно определен уровень липопротеина(а), составивший у одного больного 473,7 нмоль/л, у другого — 89 мг/дл (в обоих случаях очень высокий).
Выводы.
Более половины больных очень высокого сердечно-сосудистого риска, получающих терапию статином и эзетимибом, не достигли целевого уровня холестерина ЛПНП. Применяемые дозы статинов являются недостаточными и требуют коррекции, с учетом хорошей переносимости лечения. В амбулаторной практике целесообразна диагностика липопротеина(а), особенно у больных, не достигающих целевого холестерина ЛПНП на максимальных дозах статинов, и выделение пациентов с высоким уровнем липопротеина(а). При отсутствии достижения целевого холестерина ЛПНП следует рассматривать возможность включения PCSK9-таргетных препаратов в комбинированную липидснижающую терапию.

ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Махинова М.М., Бубнова М.Г.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Для контроля эффективности программ реабилитации пациентов после интервенционного лечения фибрилляции предсердий (ФП), может применяться суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру (ХМ-ЭКГ).
Цель исследования. Оценить динамику показателей, регистрируемых при ХМ-ЭКГ, у пациентов, перенесших радиочастотную аблацию легочных вен (РЧА ЛВ), под влиянием программы физических тренировок (ФТ).
Материалы и методы. В исследование 48 пациентов мужского пола с пароксизмальной формой ФП, которые были рандомизированы на 2 группы: группа ФТ, пациенты с участием в шестимесячной программе ФТ (n=24, средний возраст 57,0±8,5 лет), группа К, пациенты контрольной группы (n=24, средний возраст 55,0±9,8 лет). Антиаритмические препараты, которые принимали пациенты обеих групп в течение 3 месяцев после РЧА, были сопоставимы. Всем пациентам выполнялось ХМ-ЭКГ через 2 дня, 3, 6 и 12 месяцев после вмешательства.
Результаты. В группе ФТ максимальная ЧСС достоверно снижалась от исходного к 3-му месяцу на 12,5% ($p<0,05$), к 6-му — на 9,5% ($p<0,05$) и к 12-му — на 7,1% ($p<0,05$). В группе К достоверных изменений не было. Средняя ЧСС за сутки в группе ФТ снижалась через 3 месяца на 14,2% ($p<0,05$), через 6 — на 11,2% ($p < 0,05$). В группе К без изменений. Число эпизодов наджелудочковой тахикардии в группе ФТ уменьшилось к 3-му месяцу в 43,5 раза ($p<0,05$) с сохранением эффекта через 12 месяцев. В группе К достоверное снижение количества эпизодов наджелудочковой тахикардии было менее выраженным ($p<0,05$). Количество пароксизмов ФП через 3 дня после РЧА ЛВ было сопоставимо в группах ФТ и К ($p>0,05$). К 3-му и 6-му месяцам достоверное снижение пароксизмов ФП от исходного произошло в группе ФТ на 84,7% и 92,1% ($p<0,001$), соответственно, в группе К на 43,9% и 67,9% ($p<0,01$), соответственно. Через 12 месяцев количество пароксизмов ФП оставалось достоверно ниже исходного в группе ФТ (на 28,4%, $p<0,05$).
Выводы.
Результаты ХМ-ЭКГ свидетельствуют о положительном влиянии программы ФТ на показатели ХМ-ЭКГ, в том числе частоту рецидивов ФП у пациентов с ФП после РЧА ЛВ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мензоров М.В., Олейникова А.В., Керимова С.Ф., Мензоров В.М., Денисова А.Ю.
ФГБОУ ВО «УлГУ», г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) нередко осложняет течение различных острых заболеваний. При таких состояниях, как новая коронавирусная инфекция (COVID-19), инфаркт миокарда (ИМ), наблюдается высокая частота развития ОПП, а в случае одновременного сочетания ИМ и COVID-19 предполагается еще более высокая вероятность этого осложнения. В зависимости от наличия предшествующей хронической болезни почек (ХБП), скорости и сроках прогрессирования почечной дисфункции ОПП классифицируют на клинические варианты (фенотипы). Фенотипы ОПП исследованы при многих ургентных заболеваниях. Клинические варианты ОПП у пациентов с ИМ в сочетании с COVID-19 не изучены.
Цель исследования. Определить наиболее часто встречающиеся клинические варианты ОПП у пациентов с ИМ в сочетании с COVID-19, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ).
Материалы и методы. Обследовано 135 пациентов (мужчин — 85 (63%), женщин — 50 (37%), средний возраст — 67,7 (62,0-74,0) лет) с ИМ и подтвержденным COVID-19, перенесших ЧКВ и госпитализированных в госпиталь для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией с ноября 2020 по май 2023 гг. Диагностика COVID-19 у пациентов осуществлялась на основании действующей на момент госпитализации версии Временных методических рекомендаций Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Минздравом России (Версии 1-18). Диагностика ИМ, определение показаний и противопоказаний для проведения ЧКВ осуществлялись согласно Рекомендациям Министерства здравоохранения РФ (2020 г). ОПП было диагностировано и классифицировано согласно критериям Рекомендаций KDIGO (2012 г).
Результаты. ОПП диагностировано у 58 (43%) пациентов. У 36 (27%) пациентов в анамнезе имелась информация о предшествующей ХБП. ОПП на фоне ХБП диагностировано у 21 (36%) пациента, ОПП без предшествующей ХБП (de novo) — у 37 (64%) обследованных. Преобладало догоспитальное ОПП— у 38 (66%) пациентов, реже диагностировался госпитальный вариант осложнения — у 20 (34%) пациентов. Позднее (более 48 часов) и раннее (менее 48 часов) ОПП выявлялось примерно с одинаковой частотой — у 10 (53%) и 9 (47%) пациентов соответственно.
Выводы.
У пациентов с ИМ в сочетании с COVID-19, подвергнутых ЧКВ, преобладает фенотип ОПП без предшествующей ХБП (64%). У большинства пациентов развивается догоспитальный вариант ОПП (66%). В случае развития госпитального варианта, позднее и раннее ОПП диагностируются с одинаковой частотой.

ЧАСТОТА И ТЯЖЕСТЬ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мензоров М.В., Олейникова А.В., Керимова С.Ф., Мензоров В.М., Денисова А.Ю.
ФГБОУ ВО «УлГУ», г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) часто осложняет течение многих острых заболеваний. ОПП встречается у 40-56,9% пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и у 9-25% пациентов с инфарктом миокарда (ИМ). У пациентов с ИМ в сочетании с COVID-19 ожидается мультипликативный эффект комбинации заболеваний в развитии ОПП, учитывая сложный патофизиологический механизм кардиоренальных синдромов при развитии инфекции. Данные о частоте и стадиях тяжести ОПП у данной категории пациентов остаются неизученными.
Цель исследования. Оценить частоту, тяжесть ОПП у пациентов с ИМ в сочетании с COVID-19, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ).
Материалы и методы. Обследовано 135 пациентов (мужчин — 85 (63%), женщин — 50 (37%), средний возраст — 67,7 (62,0-74,0) лет) с ИМ и подтвержденным COVID-19, перенесших ЧКВ и госпитализированных в госпиталь для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией с ноября 2020 по май 2023 гг. Диагностика COVID-19 у пациентов осуществлялась на основании действующей на момент госпитализации версии Временных методических рекомендаций Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Минздравом России (Версии 1-18). Диагностика ИМ, определение показаний и противопоказаний для проведения ЧКВ осуществлялись согласно Рекомендациям Министерства здравоохранения РФ (2020 г). ОПП было диагностировано и классифицировано согласно критериям Рекомендаций KDIGO (2012 г).
Результаты. ОПП верифицировано у 58 (43%) пациентов с ИМ и подтвержденным COVID-19, перенесших ЧКВ. Среди пациентов с ОПП у 45 (77%) пациентов выявлена 1 стадия тяжести, у 8 (14%) — 2 стадия, у 5 (9%) — 3 стадия.
Выводы.
У пациентов с ИМ в сочетании с COVID-19, подвергнутых ЧКВ, наблюдается высокая частота развития ОПП, которое диагностируется у 43% пациентов. ОПП чаще является нетяжелым.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ — ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Мещерина Н.С., Степченко М.А., Хардикова Е.М.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. Наличие антифосфолипидного синдрома у пациентов с системной красной волчанкой встречается довольно часто. Однако, эти заболевания отличаются гетерогенностью клинических и лабораторных проявлений, имитируют более 50 нозологий, что приводит к диагностическим трудностям, особенно в дебюте заболевания.
Описание случая. Пациентка П.,1975 г. года рождения обратилась за медицинской помощью к врачу ревматологу с жалобами на выраженную общую слабость, утомляемость, артралгии. миалгии, цианотичность дистальных отделов кистей и стоп при контакте с холодом, появление генерализованного ливедо васкулита. Из анамнеза известно, что в возрасте 15 лет возник тромбоз глубоких вен правой голени. В 17 лет во время беременности впервые — положительная реакция Вассермана. В дальнейшем привычное невынашивание беременности — четыре выкидыша на сроке 5-6 недель гестации.
В 30 лет перенесла ишемический инсульт. Обследования по поводу антифосфолипидного синдрома проведено не было. Антитромботическая терапия не проводилась.
В 2015 г. пациентка начала отмечать посинение, онемение и боли в V пальце правой стопы, что привело к его гангрене и ампутации. При обследовании выявлена анемия Нв 102 г/л, лейкопения 3.3х10/9/л, тромбоцитопения 76х10/9/л, ускорение СОЭ до 42 мм/час. Консультирована врачом ревматологом. При объективном обследовании выявлена эритема в зоне бабочки и декольте, капилляриты, феномен Рейно дистальных отделов кистей и стоп, сетчатое ливедо, алопеция выраженная цианотичность спинки носа. При иммунологическом обследовании обнаружены антинуклеарные антитела в титре 1:160, выявлены антитела к двуспиральной ДНК и антитела к фосфолипидам крови (антитела к фосфолипидам, к кардиолипину, к бета-2-гликопротеину в крови, волчаночный антикоагулянт).
Диагноз при выписке: Системная красная волчанка, активность III, хроническое течение, генерализованное сетчатое ливедо, феномен Рейно, артралгии, миалгии, АТ к ДНК +. Антифосфолипидный синдром: привычное не вынашивание беременности, ОНМК по анамнезу, тромбоз глубоких вен правой голени по анамнезу; гангрена V пальца правой стопы по анамнезу; ложноположительная реакция Вассермана. Пациентке проводилась терапия согласно клиническим рекомендациям по данной нозологии с положительным эффектом в виде регресса клинических симптомов.
Заключение.
Представленное клиническое наблюдение демонстрирует манифестацию СКВ с развитием антифосфолипидного синдрома в возрасте 15 лет. Отсутствие верификации диагноза и ранней терапии в отношении СКВ, привело к ее тяжелому прогрессированию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗГА У АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Микава К.Р., Карпенко Д.Г., Врублевский А.Н.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Глиомы — собирательный термин, который объединяет все диффузные астроцитарные и олигодендроглиальные опухоли. Данная патология является наиболее распространенным типом первичных злокачественных опухолей головного мозга и других опухолей центральной нервной системы (ЦНС), на долю которых приходится до 81% всех злокачественных опухолей головного мозга и других опухолей ЦНС.
Описание случая. Представлен клинический случай выявления объемного образования головного мозга в ходе амбулаторного обследования пациента мужского пола 74 лет, обратившегося к врачу-терапевту поликлиники с жалобами на заторможенность, снижение памяти, забывчивость, приступы сердцебиения, нестабильность артериального давления (АД) и повышение АД до 180/110 мм рт.ст. Важно отметить, что у пациента течение гипертонической болезни было стабильным, пациент был привержен лечению, целевой уровень АД был достигнут. Однако за последнюю неделю его состояние резко ухудшилось без видимой причины. При физикальном обследовании терапевтом были выявлены вестибуло-атактический синдром и синдром когнитивных нарушений, и, ввиду нестабильности состояния, пациент был направлен на консультацию экстренную консультацию к неврологу. Неврологом была произведена полная оценка неврологического статуса, в ходе которой обращали на себя внимание заторможенность растерянность пациента, а также горизонтальный нистагм при взгляде вправо. На основании данных анамнеза, жалоб и объективного физикального осмотра врачом был заподозрен ишемический инсульт, в связи с чем пациент был экстренно госпитализирован. При дальнейшем обследовании в неврологическом отделении стационара пациенту была диагностирована опухоль левой теменно-затылочной области.
Заключение.
Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о важности подробного сбора жалоб и анамнеза, в частности у лиц пожилого возраста, имеющих одно или несколько хронических заболеваний, о необходимости анализа течения хронического заболевания и приверженности пациента лечению, а также о значимости проведения врачом первичного звена полноценного физикального осмотра с оценкой неврологического статуса. В данном случае, наряду с высокой приверженностью медикаментозному лечению, отмечалось игнорирование пациентом регулярных диспансерных осмотров у врача общей практики, во время которых возможно было заметить изменения в психоэмоциональном статусе пациента и/или очаговую неврологическую симптоматику. Все эти факторы затруднили своевременную диагностику опухолевого заболевания головного мозга. Также важно помнить, что даже стабильное течение гипертонической болезни не исключает риск развития осложнений, а лишь снижает его. Необходимо проводить разъяснительные беседы с пациентами для обоснования необходимости визитов к врачу и проведения «контрольных» лабораторных и инструментальных тестов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-го ТИПА У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА — ОТКРЫТОЕ ОДНОЦЕНТРОВОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Минушкина Л.О., Аллазова С.С., Затейщиков Д.А., Боева О.И., Котенко О.Н., Шилов Е.М., Новикова М.С.
ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Доказательства нефропротективного эффекта дапаглифлозина, полученные в исследовании DAPA-CKD, и эмпаглифлозина — в исследовании EMPA-KIDNEY, позволили расширить показания к применению указанных препаратов у пациентов с ХБП без СД 2-го типа.
Цель исследования. Оценка безопасности и эффективности терапии ингибиторами натрий-глюкозных котранспортеров 2-го типа (иНГЛТ-2) у реципиентов почечного трансплантата (РПТ) с посттрансплантационным сахарным диабетом (ПТСД) и без него.
Материалы и методы. Реципиентам почечного трансплантата (n=2146, с ПТСД n=303, или 14%), перенесшим трансплантацию более года назад, со стабильной функцией трансплантата (расчетная скорость клубочковой фильтрации — рСКФ >30 мл/мин/1,73 м^2) после исключения пациентов с сочетанной трансплантацией почки и поджелудочной железы (n=57), сахарным диабетом (СД) 1-го типа (n=124) и СД 2-го типа, выявленным до аллотрансплантации почки — АТП (n=74), были назначены иНГЛТ-2 (эмпаглифлозин 25 мг/сут или дапаглифлозин 10 мг/сут; n=107), остальные РПТ (n=1784) не получали иНГЛТ-2. После псевдорандомизации были сформированы две группы, включенные в открытое одноцентровое проспективное исследование: опытная — с иНГЛТ-2 (n=78, с ПТСД n=45) и контрольная — без иНГЛТ-2 (n=78, с ПТСД n=45), пациенты в которых были сопоставимы по длительности течения ПТСД и периоду от АТП до включения в исследование, а также клиническим характеристикам, включая пол, возраст, наличию в анамнезе острого инфаркта миокарда (ОИМ) до АТП, уровню гликированного гемоглобина (HbA1c), систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), СКФ, микроальбуминурии (МАУ), концентрации мочевой кислоты в крови, липидному составу крови (общий холестерин — ОХС, липопротеиды низкой плотности — ЛНП), базальной концентрации (С0) ингибиторов кальциневрина (ИКН) в крови и терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторами рецепторов ангиотензина (БРА), статинами, метформином (p>0,05).
Результаты. Относительный риск (ОР) смерти от всех причин в опытной группе снижался на 60% по сравнению с контрольной (ОР 0,40; 95% доверительный интервал — ДИ 0,17-0,98 против ОР 2,44; 95% ДИ 1,01-5,86; p=0,04). ОР неблагоприятных коронарных исходов в опытной группе снижался на 75% по сравнению с контрольной (ОР 0,25; 95% ДИ 0,06-0,89 против 4,0; 95% ДИ 1,11-14,42; p=0,03). ОР неблагоприятных почечных исходов в опытной группе снижался на 72% по сравнению с контрольной (ОР 0,28; 95% ДИ 0,09-0,85 против 3,50; 95% ДИ 1,16-10,49; p=0,02). Кроме того, в опытной группе по сравнению с контрольной выявлено торможение снижения СКФ (–1,29±0,763 мл/мин/1,73 м^2/год против —3,33±0,767 мл/мин/1,73 м^2/год; p=0,047) и выраженное преимущество динамического снижения СКФ в течение всего периода исследования (–3,10±1,73 мл/мин/1,73 м^2 против —7,87±1,87 мл/мин/1,73 м^2; p=0,040).
Выводы.
Ингибиторы НГЛТ-2 эффективно снижают сердечно-сосудистую и почечную смертность, риск неблагоприятных почечных и коронарных исходов, а также замедляют прогрессирование хронической болезни почек у РПТ независимо от наличия ПТСД.
Для формирования соответствующих клинических рекомендаций целесообразно проведение крупного исследования по оценке эффективности иНГЛТ-2 у РПТ.

ПРЕДИКТОРЫ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Михайлис А.А.
ФГБОУ ВО «ПГУ», г. Пенза, Россия

Актуальность. Особое значение имеет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП), в силу своей непредсказуемости, внезапности и остроты развития состояния, несущего угрозу жизни больного. Существующие методы, как правило, основаны лишь на фиксации факта уже начавшегося пароксизма ФП, тогда как более предпочтительным является его эффективное предупреждение.
Цель исследования. Разработать клинический алгоритм медикаментозной профилактики патологической трансформации синусового ритма (ПТСР) в пароксизм ФП на основе выявления простых предикторов высокого риска его возникновения в ближайшие 15-120 минут, учитывая фармакокинетику основных антиаритмиков, применяемых для купирования и профилактики пароксизмов ФП.
Материалы и методы. В исследование включено 600 пациентов, от 18 до 96 лет, сопоставимых по полу, состоявших на диспансерном учете в поликлинике по поводу заболеваний, одним из проявлений которых выступает пароксизмальная форма ФП, и постоянно принимавших с профилактической целью индивидуально подобранный антиаритмический препарат (соталол, бисопролол, амиодарон, пропафенон, верапамил, аллапинин) и комбинацию орального антикоагулянта (апиксабан, ривароксабан, дабигатран, варфарин) с антиагрегантом (клопидогрел, тикагрелор, ацетилсалициловая кислота).
С целью мониторинга ритма сердца использовались: смарт-часы, портативный аппарат типа кардиокварка, аппарат для суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру, рутинная ЭКГ, самоконтроль с фиксацией информации в специальной анкете-дневнике. Исследовались динамика частоты сердечных сокращений (ЧСС), регулярность и источник ритма.
Результаты обрабатывались с помощью стандартных компьютерных программ Microsoft Excel XP и пакета прикладных программ для обработки медицинской и биологической информации. Характер распределения определялся при помощи критерия Вилка-Шапиро. Оценка достоверности различий показателей проводилась с использованием критерия Уилкоксона-Манна-Уитни.
Результаты. Внезапное, без видимой причины, изменение ЧСС, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, а также возникновение синусовой аритмии, в 100% случаев приводило к развитию пароксизма ФП в ближайшие 15-120 минут. Появление экстрасистол (ЭС), в том числе аллоритмия, говорило о приближающемся пароксизме ФП наравне с синусовыми нарушениями. В 69% случаев пароксизму предшествовало появление комбинации синусовых нарушений и ЭС, что в 3-5 раз ускоряло ПТСР. При появлении хотя бы одного из перечисленных предвестников пароксизма ФП пациенту назначался принимаемый им антиаритмик в стандартной разовой дозе, что в 95% случаев предотвращало ПТСР.
Выводы.
Изменение ЧСС, нарушение регулярности ритма и появление эктопической активности в виде ЭС являются простыми и достоверными предикторами ПТСР в пароксизм ФП.
Для предотвращения развития пароксизма ФП у пациентов, имеющих отягощенный анамнез, в случае появления одного или нескольких предикторов, эффективны принимаемые ими антиаритмические средства, назначенные дополнительно в обычной разовой дозе.
Эффективное профилактическое вмешательство на основе выявленных предикторов пароксизма ФП улучшает течение, прогноз и исходы заболевания. Пароксизм ФП имеет определенную патофизиологическую общность с эпилептическим припадком (формирование нейропатологической системы), что подтверждается эффективностью ряда препаратов одновременно и при эпилепсии, и при аритмии сердца. Учитывая это, можно провести некоторую аналогию между эпиаурой и описанными предикторами пароксизма ФП.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА — ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИОДОВ ПАНДЕМИИ

Михайлов А.О.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Россия

Актуальность. С начала пандемии COVID-19 нейропсихиатрические осложнения стали неотъемлемой частью клинической картины как в остром периоде, так и в рамках постковидного синдрома (ПКС). Однако клинический фенотип этих нарушений претерпел значительную эволюцию, отражающую изменение вирусных штаммов, протоколов лечения и уровня коллективного иммунитета. Анализ этой динамики критически важен для адаптации подходов к диагностике и реабилитации пациентов.
Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинико-психопатологической структуры и биохимических коррелятов ПКС у пациентов, перенесших COVID-19 в ранний (2020-2021 гг.) и поздний (2022-2024 гг.) периоды пандемии.
Материалы и методы. Проведено проспективное сравнительное исследование двух когорт пациентов, госпитализированных по поводу среднетяжелого течения COVID-19. Группа 1 (n=120): госпитализация в 2020-2021 гг, группа 2 (n=120): госпитализация в 2022-2024 гг. Оценка проводилась в стационаре и через 6 месяцев после выписки. Использовались: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). В периферической крови определялись маркеры нейровоспаления и повреждения ЦНС (белок S100B, нейронспецифическая енолаза — NSE).
Результаты. В Группе 1 доминирующим был выраженный тревожный компонент. У 85% уровень тревоги по HADS превышал 11 баллов. Тревога тесно коррелировала ($r=0.78$, $p<0,05$). На первый план вышла стойкая, изнуряющая астения и когнитивные нарушения. Снижение баллов Изменения по MoCA стали более выраженным и менее зависимым от уровня тревоги. Достоверное повышение S100B, NSE фиксировалось значительно реже (у ~25% пациентов) и было связано преимущественно с исходной тяжестью инфекционного процесса, а не с психоэмоциональным статусом.
Выводы.
Нейропсихиатрический фенотип ПКС трансформировался от «тревожно-соматоформной» модели к «астенически-когнитивной». Нейровоспаление из общей реакции стало маркером лишь тяжелых случаев, в то время как в общей популяции доминируют астения и когнитивный дефицит. Это требует смещения акцента в реабилитации с терапии тревоги на коррекцию астении и когнитивный тренинг.

БАКТЕРИАЛЬНАЯ КОИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР УСУГУБЛЕНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ПНЕВМОНИЕЙ

Михайлов А.О., Симакова А.И., Сокотун С.А., Дмитренко К.А., Белевич И.О.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Россия

Актуальность. Окислительный стресс является одним из ведущих патогенетических механизмов повреждения легочной ткани при COVID-19. Присоединение вторичной бактериальной инфекции значительно утяжеляет течение заболевания и ухудшает прогноз. Однако до сих пор неясно, какой вклад бактериальная коинфекция вносит в декомпенсацию антиоксидантной системы (АОС) организма, что требует детального изучения для выявления новых прогностических маркеров и терапевтических мишеней.
Цель исследования. Провести сравнительный анализ показателей антиоксидантной системы и интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) у пациентов с COVID-19 пневмонией при наличии и отсутствии верифицированной бактериальной коинфекции.
Материалы и методы. В проспективное исследование было включено 95 пациентов с подтвержденной COVID-19 пневмонией. На основании результатов микробиологических исследований и уровня прокальцитонина пациенты были разделены на две группы:
1-я группа (n=50) — пациенты с вирусной пневмонией без бактериальной коинфекции;
2-я группа (n=45) — пациенты с вирусно-бактериальной пневмонией. Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев. В сыворотке крови и эритроцитах оценивали активность ключевых ферментов АОС (супероксиддисмутаза (СОД), каталаза) и уровень маркера ПОЛ — малонового диальдегида (МДА). Статистическая обработка проводилась в программе SPSS Statistics 26.
Результаты. У пациентов обеих групп по сравнению с контролем наблюдалось значимое угнетение АОС и активация ПОЛ ($p<0,01$). Однако при сравнительном анализе между группами пациентов были выявлены критические различия. В группе с вирусно-бактериальной пневмонией (2-я группа) активность СОД и каталазы была достоверно ниже на 25,7% и 18,9% соответственно, чем в группе с изолированной вирусной пневмонией (1-я группа) ($p<0,05$). Концентрация МДА во 2-й группе, напротив, превышала значения 1-й группы в среднем на 38,2% ($p<0,01$), что свидетельствует о более выраженной интенсификации свободнорадикальных процессов. Установлена сильная прямая корреляционная связь между уровнем МДА и концентрацией прокальцитонина ($r=0,78$; $p<0,001$) и обратная связь между активностью СОД и тяжестью состояния по шкале NEWS2 ($r=-0,69$; $p<0,01$).
Выводы.
Присоединение бактериальной коинфекции у пациентов с COVID-19 пневмонией приводит к усугублению окислительного стресса и более глубокому истощению резервов антиоксидантной системы по сравнению с изолированным вирусным поражением. Степень дисбаланса в системе ПОЛ-АОС напрямую коррелирует с лабораторными маркерами бактериального воспаления и тяжестью состояния пациента.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ДЕБЮТЕ РАКА ЛЕГКОГО — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Михайлова З.Д., Новицкая Н.В., Клеменов А.В., Халтурина Ю.А., Митрясова Н.Б., Нуждина Н.В., Омарова Ю.В.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. У ряда пациентов развитию локальной симптоматики злокачественного новообразования (ЗНО) предшествуют паранеопластические синдромы (ПНС). У 15-19% (в дебюте ЗНО) и у 50-70% больных (в развернутой стадии ЗНО) наблюдают различные ПНС.

Описание случая. В городской стационар 19.06.2025 г. экстренно доставлен мужчина 55 лет с жалобами на диарею (до 4 раз в сутки), снижение аппетита, боли в животе, тошноту и рвоту, слабость, снижение веса (около 10 кг с начала болезни), эпизоды дезориентации в месте и времени, отмечает зрительные галлюцинации. Поведенческие нарушения отрицает, не помнит, периодически дисфоричен. Заболел остро 10.06., что связывает с отказом от курения (стаж 35 лет) и наклейкой пластыря с никотином. Амбулаторно: рентгенография (16.06.2025 г.) органов грудной клетки (ОГК) — без патологии, инфекционистом исключена острая инфекционная патология. Выполнена компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография головного мозга (ГМ). Данных за инсульт, ЗНО и гематому не выявлено. В анамнезе: хроническая обструктивная болезнь легких. КТ органов грудной клетки (ОГК) от 10.2024 г. — без патологии. В выходные употреблял алкоголь. Объективно: со стороны внутренних органов — без особенностей. В анализе мочи — кетонурия (1,5 ммоль/л). В биохимическом анализе крови: гипонатриемия (102), гипокалиемия (3,3), гипохлоремия (79), гипокальциемия (1,01) ммоль/л. Дифференциальный диагноз проводили с передозировкой никотином, между панкреатитом и надпочечниковой недостаточностью, коронавирусной инфекцией. Рентгенография ОГК: 20.06. — инфильтрация в нижней доле левого легкого, 27.06.2025 — отрицательная динамика, признаки полисегментарной левосторонней пневмонии. Получал антибактериальную терапию (2 курса), дексаметазон 12 мг в сутки внутривенно (с 23.06.2025). В динамике сохранялась гипонатриемия (110,6-117,8), гипохлоремия (76,5-85,4) и гипокальциемия (1,03-1,16); кортизол 53,4 (101,2-535,7) нмоль/л, адренокортикотропный гормон (АКТГ) 5,53 (7,2-63,3) пг/мл, альдостерон 11,6 (28-376) пг/мл, ренин 6,05 мкМЕ/мл. Проводили онкопоиск. КТ ОГК (02.07.2025): признаки центрального рака нижнедолевого бронха с вторичными изменениями в нижней доле, выраженная медиастинальная лимфаденопатия. В динамике (через неделю после отмены дексаметазона): кортизол 390,9 нмоль/л, АКТГ 17,06 пг/мл, гипонатриемия (130,0) и гипохлоремия (91,3) ммоль/л. Консультирован онкологом: центральный рак нижней доли левого легкого cT2aN2Mx, IIIa ст., Лимфаденопатия внутригрудных лимфоузлов. Клиническая группа 1. ECOG I.

Заключение.

У пациента выявлены ПНС: тяжелые электролитные нарушения (гипонатриемия и гипохлоремия) и вторичная надпочечниковая недостаточность. Наблюдали эпизоды дезориентации, заставляющие подозревать инсульт и ЗНО ГМ. По результатам дообследования верифицирован рак левого легкого.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ РАБДОМИОЛИЗ И ВТОРИЧНЫЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКАЛИЕМИЕЙ

Михайлова З.Д., Халтурина Ю.А., Митрясов Д.А., Алушкина Н.М., Иванов Н.М., Омарова Ю.В.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Рабдомиолиз может быть посттравматический, постнагрузочный, лекарственный (до 3%), при наследственных метаболических миопатиях, инфекции, эндокринных (гиперальдостеронизм, кетоацидоз при сахарном диабете (СД), гипо- / гипертиреоз) или электролитных (гипокалиемия, гипофосфатемия) нарушениях.
Описание случая. В городской стационар экстренно доставлена женщина 54 лет с жалобами на прогрессирующую слабость, отеки лица и конечностей, боли в икрах при ходьбе, судороги, повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Ухудшение состояния в течение месяца. В анамнезе: артериальная гипертензия; СД 2-го типа; многоузловой зоб 2 степени, эутиреоз; ожирение 2 степени. Перенесла острую болезнь почек в 2023 г. (креатинин 100 (январь), 131 (апрель), 55 мкмоль/л (июль). Амбулаторно нерегулярно принимала антигипертензивную (амлодипин, индапамид, периндоприл) и сахароснижающую (линаглиптин, гликлазид) терапию. Содержание электролитов в крови не мониторировала. Периодически занималась самолечением биологически активными добавками. Объективно: отеки лица и конечностей; слабость проксимальных мышц конечностей, миалгии при пальпации мышц бедер и голеней. ЧСС 66 в мин. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Кетонурия 1,5 ммоль/л, протеинурия 1,07 г/л, эритроциты до 80 и лейкоциты до 200 в п/зр. Лабораторно (исходно): аланинаминотрансфераза (АлТ) 175,3 Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АсТ) 287,5 Ед/л, креатинфосфокиназа (КФК) 6768,6 Ед/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) 779,9 Ед/л, креатинин 61,1 мкмоль/л, калий 1,47 ммоль/л, кальций 0,972 ммоль/л. Электрокардиограмма: ритм синусовый, 49-52 в мин., отрицательный зубец Т в I, AVL, V2-5. Госпитализирована в отделение реанимации, где проводилась посиндромная терапия (в/в раствор калия хлорида до 100 мл в сутки, спиронолактон в максимальной дозе). Дифференциальный диагноз проводили между полимиозиотом и рабдомиолизом, тубулоинтерстициальным нефритом и злокачественным новообразованием. Лабораторно (в динамике): АлТ 81,3 и АсТ 29,2 Ед/л, КФК (5499,6-2561,4-129,0) и ЛДГ 220,3 Ел/л, калий (1,57-2,52-3,21-3,7) и кальций (0,918-1,187) ммоль/л, тиреотропный гормон — норма, паратиреоидный гормон 280,7 пг/мл (15-65), ренин 2,74 мкМЕ/мл (4,2-45,6), альдостерон 16 пг/мл (25-315), витамин Д 13,8 нг/мл (30-100). В суточной моче: калий 23,94 (25-125) ммоль/л; натрий, хлор, кальций — норма. Эхокардиография: фракция выброса 64%, дилатация левого предсердия, диастолическая дисфункция. Поисковая компьютерная томография с в/в контрастированием: малый выпот в перикард и малый двухсторонний выпот в плевральных полостях; кисты почек.
Заключение.
Клиническое улучшение и нормализация лабораторных показателей на фоне заместительной терапии препаратами калия позволяют предположить развитие тяжелой гипокалиемии с рабдомиолизом, вызванных низкой приверженностью к лечению и эпизодами самолечения.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Мищенко О.И., Павлова В.Ю.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Достаточно часто в клинической практике специалиста любого профиля встречаются различные симптомы, обусловленные психосоматической патологии, но по ряду причин проводится только их посимптомная терапия, без оценки психосоматического статуса. Наиболее частыми жалобами у такой категории пациентов могут быть нестабильность АД, ощущение нарушения ритма, кардиалгия, ощущение нехватки воздуха, ощущение кома в горле и многие другие. У данной категории пациентов жалобы возможно обусловлены основным заболеванием или усилением клинических проявлений за счет психосоматических нарушений.
Цель исследования. Оценка распространенности нарушения психосоматического статуса у пациентов терапевтического профиля.
Материалы и методы. В исследование были включено 147 пациентов, находящихся на лечении в отделении кардиологии, пульмонологии и эндокринологии. Все пациенты были госпитализированы в плановом порядке. Был проведен сплошной опрос пациентов с использованием шкалы госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)). Никто из пациентов не получал какую-либо терапию антидепрессантами или анксиолитиками. Большую часть составили пациенты женского пола — 92 (62,6%). Пациенты отделения: эндокринологии — 58 (39,5%), кардиологии — 51 (34,7%) и пульмонологии — 38 (25,8%). Оценка выявляемости нарушении психосоматического статуса проводилось по отделениям в виде сублкинического проявления тревоги, клинических проявлений тревоги, субклинических проявлений депрессии и выраженной депрессии.
Результаты. По данным проведенного исследования были выявлены все варианты нарушений в психосоматическом статусе, но хотелось бы остановится только на двух — наличие симптомов клинической тревоги и депрессии, как максимальные нарушения психосоматического статуса. Клиническая тревожность была выявлена (данные представлены по убывающей): отделение кардиологии у 27,5% пациентов, отделение эндокринологии у 23,8% пациентов, отделение пульмонологии у 15,9% опрошенных пациентов. По аналогии клинические данные депрессии были выявлена (данные представлены по убывающей): отделение эндокринологии у 28,5% пациентов, отделение кардиологии у 18,9 % пациентов, отделение пульмонологии у 16,0% опрошенных пациентов.
Выводы.
Таким образом, в среднем каждый 3-4 пациент терапевтического профиля имеет те или иные нарушения психосоматического статуса, которые могут или усугублять проявления основного заболевания, те же, например, проявления бронхообстуруктивного синдрома (одышка, ощущения дискомфорта в груди), или нарушения ритма и проводимости у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, или быть основными проявлениями, но проводится терапия только симптомов, которые характерны для первичного поражения легких или сердца. Было бы целесообразно ввести в практическую деятельность оценку психосоматического статуса у каждого пациента и адекватную ее коррекцию.
Так как у пациентов с нарушением психосоматического статуса мы можем видеть недостаточный эффект от стандартной терапии.

АКТИВНОСТЬ АДЕНОЗИНМОНОФОСФАТ-ДЕЗАМИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ — КОРРЕЛЯЦИЯ СО СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ

Мозговая Е.Э., Бедина С.А.
ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание с преимущественным поражением синовиальной оболочки периферических суставов. Несмотря на существование современных диагностических алгоритмов и расширяющийся арсенал терапевтических средств, поиск новых биохимических маркеров, ассоциированных с активностью патологического процесса, сохраняет свою значимость для оптимизации диагностики и контроля эффективности лечения.
Цель исследования. Оценить активность аденозинмонофосфат-дезаминазы (АМФДА) в сыворотке крови пациентов с РА и установить ее взаимосвязь с интенсивностью воспалительного процесса.
Материалы и методы. В исследование была включена когорта из 42 пациентов с РА (14 лиц мужского пола, 28 — женского), соответствующие критериям EULAR/ACR (2010). Интенсивность воспалительного процесса определяли по индексу DAS28. Контрольную группу составили 30 условно здоровых индивидов (10 мужчин, 20 женщин), сопоставимых по полу и возрасту. Проведена количественная оценка активности АМФДА спектрофотометрическим методом (в нмоль/мин/мл). Статистический анализ выполняли в Statistica 10.0. Выбор критериев для сравнительного анализа проводился в соответствии с характером распределения переменных. Данные представлены в формате медианы и интерквартильного размаха: Me [Q25; Q75]. Качественные признаки описаны в процентах. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.
Результаты. Среди пациентов преобладали лица со II степенью активности (58%) и внесуставными проявлениями (72%). В связи с отсутствием зависимости активности АМФДА от пола и возраста в группе контроля, указанные параметры не учитывались при сравнительном анализе в основной группе. Активность АМФДА в контрольной группе достигла показателя 2,2 [1,8; 2,8] нмоль/мин/мл, в то время как в группе пациентов с РА этот показатель составил 2,0 [1,7; 2,4] нмоль/мин/мл. Выявлена гетерогенность энзимного ответа в зависимости от степени активности РА: у пациентов с минимальной и максимальной активностью констатировано снижение активности АМФДА.
Выводы.
Таким образом, установлено статистически значимое изменение активности АМФДА у пациентов с РА по сравнению с контрольной группой, характеризующееся разнонаправленной динамикой в зависимости от степени активности заболевания. Наиболее выраженное снижение ферментативной активности ассоциировано с высокой степенью воспалительной активности, что свидетельствует о потенциальной значимости оценки активности АМФДА в качестве маркера интенсивности патологического процесса при РА.

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ К ДЕПРЕСКРАЙБИНГУ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Молчанова А.А., Медведева К.А., Антропова О.Н.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Преимущества антигипертензивной терапии у пожилых доказаны, однако, у пожилых и ослабленных пациентов риск нежелательных реакций значительно увеличивается на фоне антигипертензивной терапии.
Цель исследования. Охарактеризовать отношение врачей общей практики к депрескрайбингу (ДП) антигипертензивных лекарств пожилым пациентам. Выявить основные причины и препятствия к ДС по их мнению.
Материалы и методы. В поперечное исследование были включены 104 врача, среди них 73,1% были терапевтами, 3,8% — гериатрами, 23,1% — врачами других терапевтических специальностей. Проводилось очное анкетирование участников, опрос проводился с помощью авторской анкеты, включающей вопросы о профессиональной деятельности врача, выявлении побочных эффектов и факторов, способствующих отмене/снижению доз препаратов. В анкете врач имел возможность дать открытые ответы на вопросы о причинах ДС.
Результаты. Оказалось, что 34,6% врачей считает, что гипотония на фоне антигипертензивного лечения встречается у лиц пожилого и старческого возраста часто, при этом большинство считают данное нежелательное явление редким или очень редким (34,6% и 30,8% соответственно). Однако, задают специальные вопросы для выявления симптомов гипотонии всем гериатрическим больным лишь 15,4% врачей и 7,7% проводят ортостатическую пробу; 50% респондентов отметили, что проводят оценку симптомов гипотонии часто и 26,9% часто используют ортостатическую пробу у лиц пожилого и старческого возраста. Обращает на себя внимание, что большинство врачей (65,4%) либо не проводят, либо редко проводят оценку ортостатической гипотонии, а 34,6% редко проводят опрос с целью выявления симптомов гипотонии на фоне антигипертензивной терапии. Абсолютное большинство (73,1%) врачей указало, что принимают решение о ДС редко, 3,8% — никогла, часто — 23, 1%. При этом 57,7% опрошенных посчитали необходимым изменение режима терапии при появлении нежелательных реакций у пожилых. Сравнивая клиническую ситуацию, в которой врач принял бы решение о полном или частичном ДС, а открытым вопросах были указаны следующие: снижение систолического артериального давления менее 90 мм рт.ст. (34,6%), падения (11,8%), гораздо реже (по 3,8%) — старческая астения, головокружение, невозможность самообслуживания, когнитивный дефицит. Обращает на себя внимание, что 41,4% врачей затруднились ответить на этот вопрос.
Выводы.
Только треть врачей общей практики считают нежелательные явления антигипертензивной терапии редкими, тем не менее, более половины не проводят оценку ортостатических реакций и каждый третий не проводит опроса для выявления симптомов гипотонии у пожилых пациентов. Врачи недостаточно информированы о причинах ДС, что, по-видимому, является основным препятствием для оптимизации терапии.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ФЕНОТИПОВ СОСТАВА ТЕЛА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ИМПЕДАНСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ДОМЕНОВ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Моисеева А.Ю., Ал Аутаири А., Кобалава Ж.Д.
ФГАОУ РУДН им Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. У хрупких пациентов с сердечной недостаточностью (СН) изменение состава тела, такое как саркопения, ожирение, саркопеническое ожирение и кахексия, является неблагоприятным прогностическим фактором, однако распространенность фенотипов состава тела в зависимости от выраженности доменов старческой астении у пациентов с СН не определена.
Цель исследования. Охарактеризовать фенотипы состава тела по данным биоэлектрического импеданса (БИА) в зависимости от выраженности доменов синдрома старческой астении (ССА) у госпитализированных пациентов с СН.
Материал и методы. В исследование были включены 250 госпитализированных пациентов старческого возраста (старше 75 лет) с СН, средний возраст составил 83,0 года [IQR 77,6-86,4], мужской пол — 41,6% (n=104). Всем пациентам было проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование, БИА при выписке и оценка ССА на основании 4 доменов (клинический, когнитивный, социальный и физический).
Результаты. Во включенной когорте пациентов наиболее часто встречалась сохраненная фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) — 63,2% (n=158). Умеренно сниженная ФВ ЛЖ наблюдалась у 17,2% (n=43), низкая — у 19,6% (n=49). У 95,6% (n=239) пациентов старческого возраста с СН наблюдался минимум один домен старческой астении, наличие всех четырех доменов наблюдалось более чем у трети пациентов. Нарушения в психокогнитивной и социальной сфере были наиболее распространенными — 73,2% (n=183) и 69,6% (n=174), соответственно, реже отмечался клинический и функциональный домен — у 60,8% (n=152) и 61,2% (n=153) пациентов, соответственно. При анализе фенотипов состава тела по БИА в общей когорте пациентов старческого возраста с СН наиболее распространенным фенотипом являлось ожирение (59,6%), реже отмечалось саркопеническое ожирение (19,1%) или норма (11,2%). Наиболее редко встречались фенотипы соответствующие саркопении и кахексии — 7,8% и 2,2%, соответственно. Норму или ожирение имели большинство пациентов с меньшим количеством доменов — 78,8% пациентов с 0-2 доменами ССА. Более половины пациентов (58,9%) с 3-4 доменами также имели ожирение, более чем у трети пациентов (33,9%) отмечались саркопения или саркопеническое ожирение.
Выводы.
Выявлена высокая распространенность синдрома старческой астении у госпитализированных пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью, при этом наличие большего числа доменов связано с выраженными нарушениями состава тела, в частности с фенотипами ожирения и саркопенического ожирения.
Источник финансирования: работа выполнена в рамках Гранта РУДН № 034313-0-000.

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЯ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Монисов Ф.М., Феофанова Т.Б., Залетова Т.С.
ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, г. Москва, Россия

Актуальность. У пациентов с ожирением, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), часто наблюдается парадоксальное сочетание избыточной массы тела и саркопении — прогрессирующей потери мышечной массы и силы. Это состояние ухудшает двигательную реабилитацию, повышает риск повторных сосудистых событий и снижает качество жизни. Несмотря на очевидную клиническую значимость, вопросы нутритивной коррекции у данной категории пациентов остаются малоизученными.
Цель исследования. Оценить распространенность саркопении у пациентов с ожирением в отдаленном периоде после ОНМК (более 6 месяцев) и изучить эффективность персонализированной нутритивной поддержки в сочетании с физической реабилитацией для улучшения состава тела и функционального статуса.
Материалы и методы. В исследование включены 80 пациентов с ожирением (ИМТ 30 кг/м² и выше), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения более 6 месяцев назад. У всех участников предварительно диагностирована саркопения согласно критериям EWGSOP2, что подтверждалось снижением мышечной силы, замедленной скоростью ходьбы и уменьшением мышечной массы. Отобранные для исследования пациенты (40 человек) были рандомизированы на 2 группы. Пациенты основной группы (n=20) прошли комплексную программу реабилитации, включающую нутритивную поддержку и специальные тренировки. Контрольная группа (n=20) получала только стандартные рекомендации (без специализированной диеты и без занятий на стабилоплатформе). Нутритивная коррекция включала индивидуальный расчет высокобелковой диеты (1,5-2 г белка/кг идеальной массы), с упором на биодоступные белковые продукты (молочные, яйца, рыба, птица), а также прием лейцина, витамина D и омега-3 ПНЖК. Физическая реабилитация проводилась на стабилоплатформе трижды в неделю по 30 минут, с поэтапным усложнением балансовых упражнений для улучшения устойчивости и координации. Эффективность оценивали по биоимпедансометрии, динамометрии, стандартным функциональным тестам, лабораторным показателям и стабилометрии. Статистическая обработка осуществлялась современными методами. Комплексный подход объективно позволил оценить влияние программы на восстановление мышечной массы и функциональное состояние пациентов с ожирением после инсульта.
Результаты. После 6 месяцев комплексной реабилитации были получены следующие значимые результаты: 1. Антропометрические показатели: у пациентов основной группы отмечалось достоверное увеличение мышечной массы на 6.8±1.2% ($p<0.01$) по данным биоимпедансометрии, тогда как в контрольной группе этот показатель составил — 1.5±0.8%. Одновременно наблюдалось снижение жировой массы на 4.2±0.9% ($p<0.05$) в основной группе при отсутствии существенных изменений в контрольной. 2. Функциональные показатели: сила хвата увеличилась на 26.7±3.1% ($p<0.001$) в основной группе против 9.3±2.4% в контроле. Результаты теста 6-минутной ходьбы улучшились на 32.5±4.2% ($p<0.001$) в основной группе и на 11.2±2.8% в контрольной. Показатели стабилометрии продемонстрировали улучшение баланса на 41.3±5.1% ($p<0.001$) в основной группе. 3. Лабораторные показатели: уровень витамина D нормализовался у 82% пациентов основной группы (до 38.4±3.2 нг/мл) против 45% в контроле. Снижение С-реактивного белка составило 42.
Выводы.
1. У пациентов с ожирением в отдаленном периоде после ОНМК выявлена высокая распространенность саркопении (42.5%), что требует обязательного скрининга данного

состояния в клинической практике. 2. Разработанная комплексная программа реабилитации, сочетающая: — персонализированную нутритивную поддержку с акцентом на высокобелковую диету и коррекцию микронутриентного дефицита; — специализированные тренировки на стабилоплатформе с биологической обратной связью; продемонстрировала высокую эффективность в коррекции саркопенических изменений. 3. Полученные результаты свидетельствуют о достоверном увеличении мышечной массы и силы, значительном улучшении функциональных показателей, снижении системного воспаления, улучшении качества жизни пациентов. 4. Наибольший клинический эффект наблюдался при сочетании нутритивной поддержки с балансовыми тренировками, что подчеркивает важность комплексного подхода в реабилитации данной категории пациентов. 5. Результаты исследования обосновывают необходимость внедрения подобных программ в стандарты ведения пациентов с ожирением после перенесенного ОНМК в отдаленном реабилитационном периоде.

ТОЧНОСТЬ И СТАБИЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ФЛЕШ МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Моргунов Л.Ю., Косимов О.У.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Системы флеш мониторинга глюкозы (ФМГ) могут улучшить вариабельность гликемии и облегчить контроль уровня глюкозы в крови в пределах целевого диапазона.
Цель исследования. Оценить точность и стабильность при использовании ФМГ у пациентов ОРИТ.
Материалы и методы. Данное исследование представляло собой однокомпонентное ретроспективное наблюдательное исследование. Были включены в исследование 116 больных в тяжелом состоянии в ОРИТ, которым были установлены системы ФМГ для контроля гликемии. Точность ФМГ оценивалась с использованием значений глюкозы в качестве эталонного показателя следующим образом: (1) числовая точность с использованием среднего относительного отклонения, (2) клиническая точность, оцененная с помощью анализа ошибок на основе консенсуса и (3) стабильность точности с оценкой 14-дневных тенденций в распределении сетки ошибок консенсуса. 2014 пар анализов ФМГ были сопоставлены с анализами метаболитов крови.
Результаты. Зафиксированные результаты глюкозы от ФМГ были относительно ниже, со средним относительным различием 13,8% (±16,0%), по сравнению с данными, полученными при анализе глюкозы крови. Анализ ошибок показал, что 99,4% полученных данных ФМГ располагаются в зоне клинически приемлемой точности. Точность ФМГ была стабильной на протяжении всех 14 дней с момента установки устройства. ФМГ имел приемлемую надежность и точность в сравнении с анализом глюкозы крови у пациентов в тяжелом состоянии в ОРИТ.
Выводы.
Данное исследование подчеркивает потенциальную пользу ФМГ для мониторинга гликемии у пациентов в тяжелом состоянии, которые находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии.

АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ — ПРЕДВЕСТНИК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Мочалов П.А., Бархатов А.А., Гоголева Т.А., Смирнов В.В.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Тестостерон играет важную роль в регуляции метаболических и воспалительных процессах, а также в сократительной способности миокарда. Андрогенный дефицит (АД) может приводить к развитию кардиомиопатии и ХСН
Цель исследования. Изучить механизмы влияния (АД) на развитие вторичной дисгормональной кардиомиопатии и ХСН у пациентов среднего возраста.
Материалы и методы. Обследованы 2 группы пациентов от 40 до 50 лет. Первую группу составили пациенты имеющие уровень тестостерона ниже 12 нмоль/л, что соответствует критериям андрогенного дефицита, по определению ISSAM (n–30, средний возраст 45,1+3,7) Вторую группу составили пациенты без андрогенного дефицита (n–23), средний возраст 44,2+4,6лет) с уровнем общего тестостерона выше 16 нмоль/л. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, которое включало в себя, определение уровня общего тестостерона, гомоцистеина, (Na-Pro BNP), Ил -6, липидного спектра плазмы. Всем пациентам проводились — тредмил — тест для исключения ИБС суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование сердца — ЭхоКГ.
Результаты. В группе пациентов с андрогенным дефицитом средний уровень общего тестостерона составил — 7,43+3,9, в контрольной — 19,7+2,1 нмоль/л ($p<0,01$). Средние уровни (Na-Pro BNP) у пациентов со сниженным уровнем тестостерона оказались выше, чем во второй группе — 99,6 пг/мл и 45,4 пг/мл ($p<0,01$). В группе пациентов с андрогенным дефицитом средние уровни гомоцистеина, триглицеридов, Ил-6 существенно превышали показатели пациентов контрольной группы (15,7±4,7 и 6,3±4,1 мкмоль/л; 2,39 ± 0,3 и 1,63±0,2 ммоль/л; 6,2±2,3 и 2,4±3,4 пг/мл ($p<0,05$). По результатам ЭХОКГ у пациентов с андрогенным дефицитом выявлены более низкие показатели фракции выброса левого желудочка — 55,4±8,3% и 65,3±6,8% ($p<0,05$), и более высокие показатели конечного диастолического размера левого желудочка и объема левого предсердия — 60±3,3 мм и 51,91 ±4,8 мм, 56,3 ± 6,7 мл и 48,3 ± 4,9 мл ($p<0,05$).
Выводы.
Снижение уровня тестостерона у мужчин среднего возраста ассоциировано с повышением сердечно сосудистого риска, развитием дисгормональной кардиомиопатии и риском развития хронической сердечной недостаточности.

ГОРМОНАЛЬНО-ЦИТОКИНОВЫЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мухин В.Н., Мельникова К.Д., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г., Тополянская С.В.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

Актуальность. У пациентов с боевыми ранениями конечностей проявляется как комплекс симптомов, включающий навязчивые воспоминания, избегание триггеров, негативные изменения в мышлении и настроении, а также повышенную возбудимость и физические реакции. Эти симптомы могут усугубляться из-за физической боли, травмы и последующей реабилитации, связанной с повреждениями конечностей, что требует комплексного лечения.
Цель исследования. Определить основные гормоны симпатоадреналовой системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и ключевые провоспалительные цитокины, а также оценить их возможную взаимосвязь с наличием посттравматического стрессового расстройства у пациентов с боевыми ранениями конечностей.
Материалы и методы. В исследование включено 34 пациента с боевыми ранениями конечностей. Средний возраст пациентов достигал 38,0+9,4 лет (от 19 до 53 лет). Среднее время с момента ранения составляло 22,6 дня (от 4 до 101 дня). Определяли концентрацию адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизола в крови, свободного метанефрина и норметанефрина в суточной моче, интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) в крови. Для оценки депрессии и тревоги использовали госпитальную шкалу депрессии и тревоги HADS и шкалу депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS), применяли Шкалу врачебной оценки общей тяжести боевого посттравматического стрессового расстройства.
Результаты. Средние значения АКТГ составили 18,6+9,0 пг/мл (7,29-43,5 пг/мл), кортизола — 12,8+5,0 мкг/дл (3,8-26,1 мкмг/дл). Среднее значение метанефрина в суточной моче составило 29,0+12,7 мкг/сут (9,63-49,6 мкг/сут), свободного норметанефрина — 41,5+17,4 мкг/сут (15,9-72 мкг/сут). Средняя концентрация ИЛ-6 составила 16,2 пг/мл, уровень ИЛ-6 был повышен у 57,6% пациентов. Установлена достоверная прямая корреляция между концентрациями АКТГ и кортизола в крови ($r=0,51$; $p=0,002$), обратная корреляция между АКТГ и ФНО-α ($r=-0,36$; $p=0,04$), а также тенденция к значимой обратной корреляции с ИЛ-6 ($r=-0,31$; $p=0,07$). Наблюдалась достоверная обратная взаимосвязь между АКТГ и шкалой тревоги HADS ($r=-0,44$; $p=0,02$). Уровень кортизола напрямую коррелировал со значениями шкалы боевого посттравматического стрессового расстройства ($r=0,48$; $p=0,005$). Наблюдалась тенденция к значимой обратной корреляции между кортизолом и показателями шкалы тревоги HADS ($r=-0,34$; $p=0,07$).
Выводы.
Результаты исследования предполагают определенное клиническое значение гормонально-цитокинового профиля в развитии депрессии, тревоги и ПТСР у пациентов с боевыми ранениями, однако для уточнения роли различных гормонов и цитокинов при данной нейропсихиатрической патологии необходимо проведение дальнейших исследований.

ЭФФЕКТЫ L-ОРНИТИНА L-АСПАРТАТА В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В КОМОРБИДНОСТИ С САРКОПЕНИЕЙ И ГИПЕРАММОНИЕМИЕЙ

Мязин Р.Г.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Развитие гипераммониемии у пациентов с НАЖБП может быть связано с явлением саркопении. В связи с этим актуально выявление эффективной и безопасной терапевтической тактики коррекции данных коморбидных состояний.
Цель исследования. Оценить влияние коррекции гипераммониемии при различных фенотипах НАЖБП на тяжесть саркопении при использовании различных комбинаций препаратов.
Материалы и методы. В КИ было включено 30 взрослых пациентов по следующим диагностическим критериям: наличие НАЖБП с учетом различных фенотипов (стеатоз, стеатогепатит, фиброз, компенсированный цирроз печени (ЦП)), повышение уровня аммиака крови — гипераммониемия (свыше 60 мкмоль/л), признаки саркопении (по данным опросника SARC-F ≥ 4 баллов) и кистевой динамометрии (≤ 27 кг у мужчин и ≤ 16 кг у женщин). Средний возраст пациентов в группе составил 56,7±12,2 лет, мужчин в группе было 10, женщин — 20. Всем пациентам проводились общий физикальный осмотр с оценкой антропометрических данных, биохимический анализ крови, измерение аммиака капиллярной крови экспресс-методом, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для уточнения изменений печени, прохождение пациентами опросника SARC-F и кистевой динамометрии для подтверждения у них саркопении. Первая подгруппа пациентов (n=15) получала базисную терапию и дополнительно препарат L-орнитин L-аспартат в дозе 9 г в сутки перорально. Вторая подгруппа (n=15) получала только стандартизированную базисную терапию. Курс лечения в обоих подгруппах составил 4 недели. На 42-й день от начала лечения всем пациентам проводилась контрольная оценка их клинико-лабораторных и инструментальных параметров, а также уточнялись нежелательные явления/серьезные нежелательные явления (НЯ/СНЯ).
Результаты. При оценке показателя мышечной силы — кистевой динамометрии, в первой подгруппе пациентов до и после лечения сила жима кисти достоверно возросла с 21,13±6,87 кг до 26,93±5,97 кг ($p<0,01$). Во второй подгруппе до и после лечения сила жима кисти также достоверно, но менее значимо возросла с 16,27±6,27 кг до 20,30±7,54 кг ($p<0,05$). При оценке тяжести саркопении при помощи опросника SARC-F в первой подгруппе пациентов показатели достоверно снизились с 4,53±0,74 баллов (до начала лечения), до 2,87±1,13 баллов (на 28 сут лечения) и до 2,13±0,99 баллов (на 42 сут) со значимыми различиями ($p<0,001$). Во второй подгруппе при оценке тяжести саркопении опросником SARC-F показатели снизились менее выраженно, с 4,33±0,62 баллов (до начала лечения) до 4,13±0,92 баллов (на 28 сут) и до 3,73±1,16 баллов (на 42 сут), но также оставались значимыми ($p<0,05$). При оценке динамики уровня гипераммониемии, определяемой экспресс-методом в капиллярной крови, в первой подгруппе пациентов до, в процессе и после курсового лечения показатели достоверно снизились со 128,60±41,08 мкмоль\л (до начала лечения), до 99,73±10,11 мкмоль\л (на 14 сут) и до 75,07±43,89 мкмоль\л (на 28 сут) со значимыми различиями ($p<0,001$). Во второй подгруппе пациентов уровень гипераммониемии снижался менее выраженно, но также достоверно со 132,47±48,57 мкмоль\л (до начала лечения), до 114,60±39,86 мкмоль\л (на 28 сут) и до 99,93±42,91 мкмоль\л (на 42 сут) ($p<0,05$).
Выводы.
Использование L-орнитина L-аспартата в комплексной терапии пациентов с различными фенотипами неалкогольной жировой болезни печени (от простого стеатоза до компенсированного ЦП) способствует выраженному и статистически значимому снижению показателей саркопении и уровня аммиака капиллярной крови.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Набойченко М.Д., Болотнова Т.В., Оконечникова Н.С.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Актуальность. Распространенность артериальной гипертонии (АГ) в пожилом возрасте достигает 62% у мужчин и 72% у женщин. У больных сахарным диабетом (СД) частота АГ в 2 раза превышает общепопуляционную, составляя 60-80% при СД 2 типа.
Цель исследования. Изучить показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пожилых больных АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС) в ассоциации с СД 2 типа.
Материалы и методы. Проведено клинико-функциональное обследование 40 больных АГ, ИБС и СД 2 типа: 20 пожилых (средний возраст — 69,4 лет) и 20 больных среднего возраста. Группу сравнения составили 40 больных АГ и ИБС: 20 пожилых (средний возраст — 66,0 лет) и 20 — среднего возраста. СМАД проводили в течение 24 часов, на «чистом» фоне. Оценивали средние значения АД, индекс времени (ИВ), суточный индекс и вариабельность АД в дневные и ночные часы.
Результаты. В группе больных пожилого возраста с ассоциированной патологией чаще выявлялась АГ 2-3 степени (67% и 33% соответственно), а в группе пациентов без СД — АГ 2 степени регистрировалась в 55% случаев, АГ 3 степени — в 22% случаев. У пожилых больных ассоциированной патологией выявлены высокие показатели средненочного и среднедневного ДАД (72,1 и 80 мм рт.ст. соответственно) в сравнении с группой пожилых больных без СД. При оценке «нагрузки давлением» у пожилых и больных среднего возраста с ассоциированной патологией выявлено повышение ИВ САД в ночные часы (55,4% и 62,4% соответственно) в сравнении с группой больных пожилого и среднего возраста без СД (15,9% и 24,9% соответственно). У пожилых больных ассоциированной патологией установили преобладание нарушенного суточного ритма с недостаточным ночным снижением АД («non-dipper»), у больных среднего возраста — с повышением АД в ночное время («night-peaker»). Кроме того, у больных пожилого и среднего возраста с ассоциированной патологией вариабельность дневного ДАД была выше (23,7 и 21,9 мм рт.ст. соответственно), чем у больных пожилого и среднего возраста без СД.
Выводы.
Артериальная гипертония у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией характеризуется высокими цифрами средненочного и среднедневного ДАД, увеличением ИВ САД в ночные часы, преобладанием «non-dipper»-типа суточного профиля АД, высокой вариабельностью дневного ДАД, что требует особых подходов к диагностике и антигипертензивной терапии этих пациентов.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛГОРИТМОВ HFA-PEFF и H2FPEF

Назаров И.С., Сафарова А.Ф., Тимофеева Т.М., Толкачева В.В., Кобалава Ж.Д., Хуцишвили Н.И.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, Институт клинической медицины МИ, г. Москва, Россия

Актуальность. Распространенность сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) демонстрирует тенденцию к росту. «Золотым стандартом» диагностики служит инвазивная оценка гемодинамических параметров в состоянии покоя и при нагрузке путем катетеризации правых отделов сердца. Однако ввиду сложности выполнения и инвазивного характера данный метод малоприменим в рутинной клинической практике. Для минимизации необходимости проведения инвазивных нагрузочных исследований были разработаны неинвазивные диагностические алгоритмы H2FPEF и HFA-PEFF.
Цель исследования. Оценить распространенность СНсФВ у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) с использованием алгоритмов HFA-PEFF и H2FPEF.
Материалы и методы. В проспективное одноцентровое наблюдательное исследование было включено 164 пациента с СД2 (средний возраст 61±8 лет), с жалобами на одышку, фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≥50%. Наиболее частым сопутствующим заболеванием являлась артериальная гипертензия, которая наблюдалась у 99% пациентов, распространенность ишемической болезни сердца и фибрилляции предсердий составила 22% и 7% соответственно. На первом этапе всем участникам было проведено комплексное скрининговое обследование, которое включало эхокардиографию (ЭхоКГ) с детальной оценкой структурно-функциональных параметров сердца и определение уровня N-концевого пептида мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). На втором этапе осуществлялась стратификация вероятности СНсФВ с использованием шкал HFA-PEFF и H2FPEF. Низкие или высокие баллы по любой из шкал соответственно исключали или подтверждали диагноз. Пациентам с промежуточными значениями баллов проводился диастолический стресс тест (ДСТ) с физической нагрузкой на горизонтальном велоэргометре, критерием положительного результата ДСТ считалось повышение показателя E/e ≥15 на нагрузке или повышение E/e ≥15 с одновременным увеличением скорости трикуспидальной регургитации> 3,4 м/с.
Результаты. Средний балл по обеим шкалам HFA-PEFF и H2FPEF составил 4. Распределение вероятности СНсФВ различалось: высокая вероятность по шкалам HFA-PEFF и H2FPEF была у 36% (n=59) и 30% (n=48) пациентов соответственно, маловероятен диагноз — у 19% (n=31; HFA-PEFF) и 16% (n=27; H2FPEF), промежуточная вероятность — у 45% (n=74; HFA-PEFF) и 54% (n=89; H2FPEF). ДСТ был выполнен 58 пациентам, имевшим промежуточную вероятность СНсФВ и позволил подтвердить диагноз в 29,3% (n=17) случаев.
Выводы.
У пациентов с СД2, предъявлявших жалобы на одышку, распространенность СНсФВ варьировала в зависимости от применяемого диагностического алгоритма, составляя 30% по шкале H2FPEF и 36% по шкале HFA-PEFF. У каждого третьего пациента с промежуточной вероятностью СНсФВ диагноз был подтвержден с помощью ДСТ.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ШКАЛЕ SCORE БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Небиеридзе Д.В., Никонова К.В.
НМИЦ ТПМ Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Для выявления атеросклероза в коронарных артериях (КА) в качестве маркера используют кальциевый индекс (КИ) по методике Агатстон, получаемого в результате проведения МСКТ коронарных сосудов. Выявлено, что определение КИ КА дает возможность правильнее определить и уточнить риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) по сравнению с традиционной шкалой SCORE и помочь практикующему в принятии решения при назначении медикаментозной терапии. Даже пациенты высокого риска по шкале SCORE, не мотивированы на лечение и прием препаратов. Поэтому, если у пациента высокий риск по индексу Агатстона, то это дополнительная мотивация для начала приема медикаментозной терапии. С другой стороны, пациенты умеренного риска по шкале SCORE, которые не нуждаются в медикаментозном вмешательстве, при наличии высокого риска по индексу Агатстона, могут быть отнесены к категории высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) и им должна быть обязательна назначена медикаментозная терапия. Поэтому, очень важно правильно уточнить ССР и сформировать рациональную тактику ведения пациента.
Цель исследования. Оценить распределение индекса коронарного кальция среди пациентов высокого риска по шкале SCORE.
Материалы и методы. В исследование было включено 482 человека в возрасте от 40-65 лет, выявлены группы низкого, умеренного и высокого рисков по шкале SCORE средний возраст составил 55+-7 лет. Количество мужчин составило (31%) человек, а женщин (69%). Индекс Агатстона ≥101 единиц относится к категории высокого риска, а индекс Агатстона 10≥ и ≤100 единиц- к категории умеренного риска.
Результаты. Для окончательного анализа сформирована выборка — суммарное количество среди пациентов высокого риска по шкале SCORE. Среди исследуемой группы пациентов из 482 человек, наблюдаемых с 2014-2023 гг. У 19 пациентов выявлено совпадение высокого риска по шкале SCORE и по индексу Агатстона. У 12 пациентов высокого риска по шкале SCORE. индекс Агатстона был 10≥ и ≤100 единиц.
Выводы.
В группе распределения коронарного кальция среди высокого риска по SCORE у пациентов обнаружен средний возраст старше 55 лет, отягощенный семейный анамнез по ССЗ, у некоторых пациентов повышенный уровень Липопротеина А, высокий уровень общего холестерина, статус курение в анамнезе, гиподинамия, гипертоническая болезнь 2-3 степени, нерегулярный прием гипотензивной терапии. По данным проведенного анализа впервые проведена реклассификация риска по шкале SCORE с учетом коронарного кальция. Впервые проанализированы ассоциации уровня коронарного кальция и шкалы SCORE с развитием сердечно-сосудистых событий, что позволит врачу определить адекватную тактику ведения пациентов.

РУТИННЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ГОСПИТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Нестеркина И.Н., Бельских Э.С., Глотов С.И., Урясьев О.М., Столяров Э.В., Трунина Т.П., Юневич Е.А., Савельева А.А.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) сохраняет высокую внутрибольничную летальность. На старте лечения микробиологическая верификация нередко отсутствует, что обуславливает потребность в простых и доступных маркерах раннего риска, основанных на рутинных клинико-лабораторных данных.
Цель исследования. Оценить связь показателей при поступлении с неблагоприятным госпитальным исходом (смерть) у пациентов с ИЭ в условиях терапевтического стационара.
Материалы и методы. Одноцентровое ретроспективное когортное исследование включало 29 пациентов ≥18 лет с диагнозом ИЭ. Источниками данных служили истории болезни и лабораторные журналы. Анализировались демография, клинические признаки тяжести (синдром полиорганной недостаточности, лечение в ОРИТ, функциональный статус «длительно лежачий»), результаты эхокардиографии, критерии Дьюка, гемокультуры, показатели рутинных анализов. Применялись непараметрические методы, точный критерий Фишера, одномерная логистическая регрессия и исследовательская многопараметрическая модель.
Результаты. Медиана возраста составила 65 лет, мужчины — 34%. Летальность — 41% (12/29). Категория «возможный ИЭ» по критериям Дьюка чаще встречалась среди умерших ($p=0,0078$). Положительные гемокультуры отмечены у 34% пациентов, чаще у выживших (47% против 17%). Синдром полиорганной недостаточности зафиксирован у 67% умерших и ни у одного выжившего ($p=0,0001$). Необходимость лечения в ОРИТ выявлена у 58% против 12% ($p=0,0166$), статус «длительно лежачий» — у 83% против 29% ($p=0,0078$). У умерших наблюдалась более высокая доля нейтрофилов ($p=0,034$). Полученные результаты согласуются с направлениями, описанными в регистрах, и демонстрируют практическую ценность минимального набора доступных клинико-лабораторных признаков в ситуациях, когда микробиологические данные отсутствуют или задерживаются.
Выводы.
Простые клинико-функциональные индикаторы (синдром полиорганной недостаточности, необходимость лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, статус «длительно лежачий») и доля нейтрофилов при поступлении связаны с внутрибольничной летальностью при инфекционном эндокардите.

АССОЦИАЦИИ БЕЛКОВ ЛЕГОЧНЫХ СУРФАКТАНТОВ SP-A и SP-D КРОВИ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Николаев К.Ю., Дадашова Н.Ф.
ГБУЗ НСО ГКП № 16, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Определено, что уровень SP-A в плазме крови с возрастом увеличивается, а содержание SP-D остается без изменений. Содержание SP-A в плазме крови повышается не только с возрастом, но и при наличии в анамнезе курения, а уровень SP-D — у курильщиков [Ilumets H et al., 2011]. Полагают, что дальнейшее изучение ассоциаций SP-A и SP-D с ФР ССЗ перспективно не только в рамках понимания общих закономерностей развития ССЗ, но и для расширения возможностей ранней и точной стратификации риска их серьезных осложнений и неблагоприятных исходов.
Цель исследования. Определить ассоциации некоторых факторов риска (артериальной гипертонии (АГ) и гиподинамии) с белками легочного сурфактанта SP-A и SP-D крови.
Материалы и методы. На базе НИИТПМ-филиал ИЦиГ СО РАН обследовано 174 человека (87 мужчин и 87 женщин), в возрасте от 45 до 69 лет, отобранных случайным образом из баз данных популяционных скринингов жителей г. Новосибирска. Исследование проведено за счет финансирования гранта Российского научного фонда, № 22-25-00670 и одобрено Этическим комитетом НИИТПМ — филиала ИЦиГ СО РАН 25.01.2022, все обследованные лица подписали добровольное информированное согласие. Средний возраст обследованных людей составил 56,1±7,2 лет (M±SD). У обследованных лиц проведено одномоментное определение наличия ряда факторов риска, в том числе артериальной гипертонии и гиподинамии. У них оценивалась двигательная активность с помощью международный опросник для определения физической активности International Questionnaire on Physical Activity (PAQ). Критерии гиподинамии по опроснику PAQ: сумма баллов менее 14 для возраста 40-65 лет или менее 7 возраста старше 65 лет. Измерение артериального давления (АД) проводилось трехкратно осциллометрическим автоматическим тонометром фирмы OMRON на правой руке в положении сидя после пятиминутного отдыха с интервалами 2 минуты между измерениями, рассчитывалось среднее значение трех измерений АД. АГ диагностировалась при уровнях систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст., а также у лиц, имеющих нормальные значения АД на фоне приема гипотензивных препаратов в течение последних двух недель до настоящего обследования. Содержание белков легочного сурфактанта SP- A и SP-D в крови определялось методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов ELISA.
Результаты. Определены прямые связи высоких значений SP-A (≥1413 пг/мл) и SP-D (≥ 1772 нг/мл) крови с систолическим АД у мужчин. Также выявлена прямая сопряженность АГ с высоким SP-D крови у мужчин (≥ 1772 нг/мл). Проведенный регрессионный анализ показал, что АГ увеличивает в 3,76 раза вероятность наличия высокого уровня SP-D крови у мужчин (≥ 1772 нг/мл). У женщин определена прямая сопряженность низкого уровня SP-A крови (≤882 пг/мл) с гиподинамией (p=0,030). С помощью регрессионного анализа установлено прямое влияние гиподинамии (p=0,028) и величины окружности талии (p=0,028) на наличие низкого уровня SP-A крови у женщин (≤882 пг/мл).
Выводы.
Определены прямая связь АГ с высоким SP-D крови у мужчин 45-69 лет (≥1772 нг/мл) и прямая ассоциация низкого уровня SP-A крови (≤882 пг/мл) с гиподинамией у женщин 45-69 лет в г. Новосибирске.
Работа проведена в рамках гранта Российского научного фонда «Влияние конвенционных факторов риска на уровни белков сурфактанта SP-A и SP-D крови в российской городской популяции», № 22-25-00670, выполненного в 2022-2023 годах в НИИТПМ — филиала ИЦиГ СО РАН.

АНАЛИЗ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНЫХ БИОМАРКЕРОВ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕЛОГО ХАЛАТА

Николенко Е.С., Чулков В.С., Чулков Вл.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) белого халата характеризуется артериальным давлением (АД) в клинике ≥ 140/90 мм рт. ст. и нормальным АД дома. У беременных с АГ белого халата выше риски преэклампсии (ПЭ), преждевременных родов, маловесных детей. Перспективно изучение ангиогенных факторов для прогноза ПЭ.
Цель исследования. Провести сравнительный анализ уровня сывороточных биомаркеров и исходов беременностей при АГ белого халата и нормальном АД.
Материалы и методы. Выполнено проспективное когортное исследование методом сплошной выборки с включением 88 беременных, разделенных на две группы: группа 1 — 44 женщины с АГ белого халата (возраст 32,5±5,7 лет); группа 2 — 44 женщины с нормальным АД (возраст 28,1±5,9 лет), p=0,001. Определение сывороточных биомаркеров проведено с 14 по 20 неделю гестации на анализаторе «Chem Well 2910» (США). Для измерения уровня плацентарного фактора роста (PlGF) применялись реактивы R&D Systems (США), для лептина, адипонектина, оксида азота, эндотелина-1 и ингибитора активатора плазминогена (PAI-1) — реактивы Cloud-Clone (США). Статистический анализ проводился с пакетом статистических программ SPSS (IBM, США) и MedCalc (Бельгия), достоверными считались значения p<0,05.
Результаты. В группе 1 и группе 2 содержание сывороточных биомаркеров составило: PlGF (289,1 [151,1-422,9] против 316,1 [212,4-449,8] пг/мл), лептина (3,3 [2,7-3,9] против 3,2 [1,8-3,8] нг/мл), адипонектина (0,6 [0,4-0,9] против 0,9 [0,4-1,8] нг/мл), оксида азота (2,9 [0,3-6,8] против 0,3 [0,3-5,9] мкмоль/л), эндотелина-1 (34,4 [16,4-55,9] против 31,1 [16,5-68,1] нг/мл), PAI-1 (320,5 [255,4-366,6] против 299,3 [256,1-382,1] нг/мл). С помощью ROC-анализа был определен пороговый уровень PlGF≤179,74 пг/мл для прогноза ПЭ при АГ белого халата (чувствительность 80,0%, специфичность 77,78%). Течение беременности в группе 1 чаще осложнялось гестационным сахарным диабетом (ГСД) (79,5% против 25,0%, p<0,001), гестационной АГ (ГАГ) (45,5 % против 0%, p<0,001), поздней ПЭ (11,4% против 0%, p=0,021), преждевременными родами (6,8% против 0%, p=0,078), отслойкой плаценты (4,5% против 0%, p=0,153), рождением маловесных детей (4,5% против 0%, p=0,153) и антенатальной гибелью плода (2,3% против 0%, p=0,315) в сравнении с группой 2.
Выводы.
АГ белого халата чаще сопровождается развитием ГСД, ГАГ, поздней ПЭ. При АГ белого халата отмечаются более низкие значения PlGF и адипонектина. Определение уровня PlGF во 2 триместре важно для оценки развития ПЭ у беременных с АГ белого халата.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА

Никулина С.Ю., Чернова А.А., Згуевич И.М.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Изменения в системе гемостаза у беременных женщин с сочетанием ожирения и гипертонической болезни имеют важное клиническое значение ввиду высокого риска осложнений.
Цель исследования. Оценка особенностей клинической картины и динамики показателей гемостаза у беременных женщин с гипертонической болезнью в сочетании с ожирением.
Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование среди 120 беременных женщин, страдающих гипертонической болезнью, распределенных на три группы согласно индексу массы тела (ИМТ). 1-я группа: n=68, беременные с гипертонической болезнью и ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²), (средний возраст данной группы составил — 33,75±1,7 лет; 2-я группа: n=24, беременные с гипертонической болезнью и избыточной массой тела (ИМТ 25-29,9 кг/м²), средний возраст данной группы составил — 31,9±1,6; 3-я группа: n=28, беременные с гипертонической болезнью и нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²), средний возраст данной группы составил — 33,9±1,3 лет.
Результаты. У беременных с гипертонической болезнью и ожирением выявлена тенденция к повышенному уровню тромбоцитов ($\times 10^9$/л): в 1-м триместре 303 [258; 333], во 2-м триместре 282 [245; 306,5], 3-й триместр 281 [217; 323]. В сравнении с группами с ГБ и избыточной массой тела: 1-й триместр 272 [232,75; 317,75], 2-й триместр 261,5 [241,5; 282,75] и 3-й триместр 246 [214,5; 313] и ГБ и нормальной массой тела: 1-й триместр 272 [232,75; 317,75], 2-й триместр 261,5 [241,5; 282,75] и 3-й триместр 246 [214,5; 313], а также растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), что свидетельствует о риске гиперкоагуляции: в группе с гипертонической болезнью и ожирением в 1-м триместре 8 [5,5; 9], 2-м триместре 10 [8; 12] и 3-м триместре 11 [10; 13]. В сравнении с группами с ГБ и избыточной массой тела в 1-м триместре 7 [6; 7,5], 2-м триместре 10 [10; 14,5], 3-м триместре 10 [8,5; 12] и ГБ и нормальной массой тела 1-й триместр 7 [5,5; 9], 2-й триместр 10 [6; 12] и 3-й триместр 10 [9; 12].
Выводы.
Женщины с гипертонической болезнью и ожирением характеризуются выраженными изменениями гемостаза, повышающими вероятность тромботических осложнений.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Новикова-Назырова А.Р., Тетерина М.А., Фарзалиева Н.А., Мерай И., Кобалава Ж.Д.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. На сегодняшний день проблема дифференцированного подхода к оценке клинических проявлений, выбору лечебной стратегии и прогнозированию исходов у пациентов с острой тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) в зависимости от пола остается предметом дискуссий.
Цель исследования. Выполнить сравнительный анализ особенностей течения заболевания, подходов к терапии и исходов у женщин и мужчин с ТЭЛА.
Материалы и методы. В одноцентровой проспективный анализ был включен 351 пациент с острой ТЭЛА, находившиеся на стационарном лечении в ОРИТ в период с 2020 по 2024 г., из них 207 (59%) были женщинами и 144 (41%) мужчинами.
Результаты. Женщины реже поступали в стационар с подозрением ТЭЛА по сравнению с мужчинами (63,3% против 80,0%, $p<0,001$, наиболее частая причина госпитализации — ОКС) и реже предъявляли жалобы на одышку (87,9% против 94,4%, $p=0,037$), тогда как остальные клинические признаки были сходными. Показатели гемодинамики были сходными, однако женщины имели меньшую ЧДД (22,2±4,0 против 23,2±4,5/мин, $p=0,035$) и более высокие уровни SpO2 (91,9±5,1 против 90,3±6,5%, $p=0,012$). У женщин также наблюдались более низкие уровни креатинина (104,1±39,9 против 113,6±33,8 мкмоль/л, $p=0,021$), а также более низкие показатели СКФ (55,5±20,8 против 65,3±20,9 мл/мин/1,73 м², $p<0,001$). Уровень гемоглобина был ниже у женщин (123,0±22,5 г/л против 143,6±21,5 г/л, $p<0,001$). Повышение уровня венозного лактата чаще регистрировалось среди мужчин (35,7% против 53,6%, $p=0,036$). Степень тяжести ТЭЛА и риск ранней смертности было схожим у обоих полов. Мужчины получали тромболитическую терапию (ТЛТ) значительно чаще (44,0% против 59,0%).
Выводы.
Женщины с ТЭЛА были старше и имели больше сопутствующих заболеваний, включая артериальную гипертензию, сахарный диабет и онкологические заболевания, сниженные уровни СКФ и гемоглобина. У них также отмечался более высокий ИМТ и повышенный риск кровотечений. Напротив, мужчины чаще страдали ХОБЛ, правожелудочковой дисфункцией, имели более высокий уровень лактата крови и чаще подвергались ТЛТ. Несмотря на различия в клинической картине и тактике ведения, показатели смертности среди мужчин и женщин оказались сопоставимы.

АУТОФЛУОРЕСЦЕНЦИЯ КОНЕЧНЫХ ПРОДУКТОВ ГЛИКИРОВАНИЯ — УДОБНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ОСТАТОЧНОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Объедкова Н.Ю., Маль Г.С.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. Стратификация остаточного — резидуального риска — у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) подразумевает комплексный подход. Идет разработка инновационных неинвазивных методик оценки новых маркеров остаточного риска, в том числе конечных продуктов гликирования (КПГ), которые необратимо связываются с липидами, эластическими волокнами кожи и другими соединениями, усугубляют эндотелиальную дисфункцию, способствуют прогрессированию атеросклероза.
Цель исследования. Оценить взаимосвязь определения аутофлуоресценции КПГ как неинвазивного маркера резидуального риска с достижением целевого уровня ЛПНП.
Материалы и методы. 120 мужчин с ИБС и полиморбидностью включены в исследование с медианой 18 недель. Была осуществлена коррекция дислипидемии с последовательным назначением розувастатина, эзетимиба и алирокумаба в максимально переносимых дозах с очередностью визитов в 6 недель, где одномоментно замеряли в автоматическом режиме индекс аутофлуоресценции КПГ с помощью инновационного комплекса AGE-Reader. Использовали весь спектр общеклинических лабораторных и инструментальных методов обследования. Статистический подсчет осуществляли в программе Статтех 4.8.11 (Россия).
Результаты. Обзор анамнестических факторов пациентов: средний возраст составил 65,3 лет (ДИ 63,00 – 71,62), индекс массы тела 29,7 (ДИ 27,20 – 32,43) кг/м^2, объем талии 103±5,9 см, курят 49% (n=59), острый коронарный синдром в анамнезе у 56% пациентов (n=67), мультифокальный атеросклероз у 29% (n=35), сахарный диабет у 40% пациентов (n=48). Прогресс достижения целевого уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) по средним значениям: начало исследования на монотерапии 2,97±0,4 ммоль/л (достигли 28% пациентов), через 6 недель при добавлении эзетимиба 2,25±0,86 ммоль/л (ниже таргетного уровня в 1,4 ммоль/л 59% пациентов), по прошествии еще 6-ти недель на трехчастной терапии с присоединением алирокумаба — 1,3±0,32 ммоль/л (13% больных). По индексу аутофлуоресценции КПГ динамика по визитам: 2,8 (ДИ 2,3 – 3,9); 2,75 (ДИ 2,22 – 3,83); 2,70 (ДИ 2,18 – 3,75); 2,7 (ДИ 2,15 – 3,7), что соответствует контрольным точкам: старт — 6, 12,18 недель. Рассчитана корреляция между достижением таргетного уровня ЛПНП.
Выводы.
Неинвазивное определение КПГ в коже пациента методом аутофлуоресценции с помощью переносного комплекса AGE-Reader является удобным способом косвенного определения резидуального риска у пациентов с ИБС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРР

Оганян Р.Б., Устинов М.С.
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность. Вирус Эпштейн-Барр инфицирует не менее 90% населения земного шара. Инфекционный мононуклеоз повышает риск развития онкологических заболеваний — лимфомы Беркитта, назофарингеальной карциномы.
Цель исследования. Оценить эффективность препарата инозин пранобекс в комплексном лечении инфекционного мононуклеоза у пациентов с хронической формой заболевания.
Материалы и методы. Проведено лечение 71 пациента с мононуклеозом в Клиниках СамГМУ. 1-ю группу составили 49 пациентов которые получали стандартную терапию и инозин пранобекс по 1000 мг 3 раза в день 10 дней. Во 2-й группе было 22 пациента со стандартной терапией. Средний возраст в группах был 27,3 и 30,9 года соответственно. Хроническая форма характеризуется клиникой мононуклеоза, концентрацией IgM к вирусному капсидному антигену (VCA)≤1,3 г/л, авидностью IgG к VCA>50%. Проведена оценка лабораторных показателей — число лейкоцитов и тромбоцитов в 109/л, % лимфоцитов и моноцитов в лейкоформуле, концентрация АЛТ, АСТ, КФК (в Ед/л), билирубина (в мкмоль/л), СРБ (в мг/мл), а также клинических показателей в баллах, согласно патенту на изобретение № 2639596, 2017 г., автор — Оганян Р. Б. Динамика рассчитывалась в процентах от исходного значения, которое принималось за 100%. Достоверность различий до и после считалась тестом Вилкоксона при значении $p<0,05$.
Результаты. В 1-й группе пациентов выявлено достоверное снижение средних значений лейкоцитов — на 34,31% (с 7,49 до 4,94 $p<0,001$), % лимфоцитов — на 14,75% (с 38,45 до 32,78 $p=0,01$), % моноцитов — на 42,03% (с 10,04 до 5,82 $p<0,001$), АЛТ на 54,02% (с 39,52 до 18,19 $p<0,001$), КФК на 50,98% (с 166,75 до 81,74 $p<0,001$) и СРБ на 63,77% (с 9,77 до 3,54 $p<0,001$), а также баллов за температуру тела на 100% (с 1,84 до 0 $p<0,001$), размеры шейных лимфоузлов — на 84,62% (с 0,78 до 0,12 $p<0,001$), размеры печени — на 95,92% (с 0,49 до 0,02 $p<0,001$) и площадь селезенки — на 64,7% (с 0,51 до 0,18 $p=0,005$). Во 2-й группе после лечения гематологические показатели не снизились. Было выявлено достоверное снижение билирубина — на 13,94% (с 13,27 до 11,42 $p=0,001$), КФК — на 11,57% (с 58,64 до 51,85 $p=0,014$), баллов за температуру тела — на 100% (с 1,55 до 0 $p<0,001$), за состояние ротоглотки — на 29,67% (с 0,91 до 0,64 $p=0,028$) и за размеры шейных лимфоузлов — на 40,35% (с 1,14 до 0,68 $p=0,005$).
Выводы.
Снижение основных гематологических, биохимических и клинических показателей в лечебной группе было более выраженным, статистически значимым, по сравнению со снижением аналогичных показателей в контрольной группе, не получавших инозин пранобекс.

ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Осипова И.В., Гетмоненко Я.В.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания преобладают в структуре смертности населения. Наиболее распространенной аритмией у лиц пожилого и старческого возраста является фибрилляция предсердий (ФП). Старческая астения (СА) является новой проблемой XXI века, но рекомендаций по ведению аритмий данной категории пациентов не существует, т.к. они исключались из крупных клинических исследований.
Цель исследования. Оценить наличие и влияние синдрома старческой астении (ССА) на течение ФП.
Материалы и методы. В пилотное исследование включены 50 человек от 60 до 89 лет (72,9±2,3 года), из них 64% женщин. Пациентам проводился скрининг ССА (опросник «Возраст не помеха»): без ССА (0 баллов), вероятный ССА (1-2 балла), ССА (≥3 балла), на основании чего обследуемые были разделены на 3 группы: 1 ФП без ССА (n=15), 2 ФП + вероятный ССА (n=17), 3 ФП + ССА (n=18).
Результаты. Пациенты с нарастанием ССА были старше: 67,7±2,6 лет в 1-й группе, 74,4±4,0 во 2-й (p=0,01), 75,9±4 в 3-й (p=0,00, 1-й и 3-й). Впервые диагностированная ФП наблюдалась в 2 раза чаще в 3-й группе 38,9%, у 17,7% во 2-й и 26,7% 1-й (p=0,71, 1-й и 3-й), (p=0,26, 2-й и 3-й). Наибольшая выраженность аритмии (EHRA III) наблюдалась в 3-й группе 66,7%, в 1-й 26,7% (p=0,04), во 2-й 58,8% (p=0,09,1-й и 2-й), (p=0,90, 2-й и 3-й). Субклиническая тревога встречается только в 3-й группе у половины (50,0%) пациентов (1-й-3-й, p=0,001; 2-й и 3-й, p=0,001). Клинически выраженная тревога встречается в 3,5 раза чаще у пациентов 3-й группы 22,2%, чем в 1-й 6,7% и во 2-й 5,9% (1-й-3-й, p=0,35, 2-й и 3-й, p=0,34). Субклиническая депрессия встречается в 3 раза чаще в 3 группе 44,4%, чем в 1-й 13,3% (1-й и 3-й, p=0,07) и во 2-й 17,6% (2-й и 3-й, p=0,15). По тесту Мини-Ког вероятная деменция встречается в 4 раза чаще в 3 группе 27,8%, по сравнению с 1-й 6,7% (p=0,19) и в 2 раза со 2-й 11,8% (p=0,40).
Выводы.
Можно констатировать негативное влияние ССА на течение ФП: с нарастанием ССА пациенты были старше на 8,2 года (p<0,05); отмечено ухудшение переносимости аритмии (p<0,05); субклиническая тревога встречалась у половины пациентов только с ССА (p<0.05). Выявление ССА у пациентов с ФП может улучшить течение обоих заболеваний, т.к. ССА потенциально обратим.

ВЛИЯНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Осипова О.А., Полякова О.А., Сердюкова А.В.
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия

Актуальность. Уже более полувека для пациентов со стенозирующими и деформирующими заболеваниями брахиоцефальных сосудов с целью профилактики как первичного, так и вторичного ишемического инсульта, применяется каротидная эндартерэктомия. При этом, наряду с высоким качеством хирургического вмешательства, обеспечение максимальной безопасности пациента от неврологических осложнений является ключевым принципом каротидной ангиохирургии. Вопрос о влиянии каротидной эндартерэктомии на когнитивные функции пациентов до сих пор не имеет однозначного ответа. Это связано с тем, что пациенты с атеросклеротическим поражением сонных артерий часто страдают от хронической сосудисто-мозговой недостаточности, а также анамнезе перенесли ишемический инсульт, транзиторные ишемические атаки, что приводит к их противоречивости полученных данных.
Цель исследования. Изучить влияние каротидной эндартерэктомии на нейропсихологический статус у больных через 6 месяцев после оперативного лечения.
Материалы и методы. В исследование включено 110 человек со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий. Всем пациентам выполнено оперативное лечение — каротидная эндартерэктомия. Через 6 месяцев пациенты разделены на 2 группы: 1 группа (89 человек) улучшение когнитивных функций через полгода; 2 группа (21 человек) с ухудшением когнитивных функций. Оценку тревоги и депрессии проводилась по шкале HADS за 1-3 дня до операции и через 6 месяцев после.
Результаты. Установлено, что у пациентов 1 группы уровень тревоги через 6 месяцев снизился на 37,5% с 8 до 5 баллов.
Выводы.
У пациентов двух группах через 6 месяцев после каротидной эндартерэктомии установлено достоверное снижение уровня тревоги. Уровень депрессии в первой группе достоверно снизился, а во второй с ухудшением когнитивных функций повысился. Наши данные подтверждают ряд исследований, в которых установлено, что депрессия усугубляет когнитивные нарушения, в отличие от тревоги.

МАРКЕРЫ СНИЖЕНИЯ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Осипова О.А., Полякова О.А., Брижанева А.С.
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания одна из главных проблем здравоохранения, несмотря на значительный прогресс в области диагностики и лечения кардиоваскулярной патологии. Принимая решение о проведении коронарного шунтирования (КШ), следует уделить внимание прогнозу возможных исходов в послеоперационном периоде.
Цель исследования. Изучить влияние коморбидной патологии, биомаркеров обмена коллагена и системного воспаления со снижением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) после КШ.
Материалы и методы. В исследование включено 160 пациентов с ИБС III-IV функционального класса; ХСН I-IIа стадии с ФВ ЛЖ >40%, успешное КШ. Оценивали показатели эхокардиографии (ЭХО КГ) и концентрацию матриксной металлопротеиназы 9 (ММП-9), тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1), моноцитарного хемоаттрактантного белока-1 (МСР-1), рассчитан индекс системного иммунного воспаления (SII). После оперативного вмешательства все пациенты получали оптимальную терапию. Через 6 месяцев по данным контрольного ЭХО КГ сформированы 2 группы пациентов в зависимости от значений ФВ ЛЖ: 1 группа — со снижением ФВ ЛЖ, 2 — без изменений/с повышением значений ФВ ЛЖ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics 26.0.0. Сравнение между двумя группами проводили с использованием критерия t Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни для количественных показателей и критерия хи-квадрат Пирсона для качественных параметров.
Результаты. Установлено, что на ухудшение ФВ ЛЖ через 6 месяцев после КШ влияют: сахарный диабет 2 типа (СД), хроническая болезнь почек (ХБП) ($p<0,001$), более 4 коморбидных заболеваний ($r=-0.597$ $p<0,001$), повышение SII на 44,6% ($p<0,001$), ММП-9 на 62% ($p<0,001$), МСР-1 на 55,1% ($p<0,001$), ТИМП-1 на 45,8% ($p<0,001$). Выявлена обратная взаимосвязь между ФВ ЛЖ и уровнем SII ($r=-0.626$, $p<0,001$), МСР-1 ($r=-0,747$, $p<0,001$), ММП-9 ($r=-0,718$, $p<0,001$). Установлено пороговое значение SII — 356,43, ММП-9 — 318,7 нг/мл, МСР-1 — 459,6 пг/мл.
Выводы.
Полученные данные показывают, что повышение уровня SII, ММП-9, МСР-1, большое количество коморбидной патологии в дооперационном периоде ассоциируется со снижением ФВ ЛЖ у больных с ИБС после успешной реваскуляризации миокарда через 6 месяцев. При этом показатели SII, ММП-9, МСР-1 могут быть использованы врачами практического звена для идентификации пациентов с риском снижения ФВ ЛЖ после КШ, что поможет целенаправленно подобрать объем профилактических и лечебных мероприятий у пациентов с перед операцией.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИЕЙ

Осокина Н.Л., Шулькина С.Г.
ФГБОУ ВО ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера МЗ РФ, г. Пермь, Россия

Актуальность. Ортостатические нарушения у больных сахарным диабетом (СД) 1 типа являются частым проявлением автономной нейропатии, ухудшая качество жизни пациентов, изучение патогенетических механизмов формирования осложнений помогут в раннем выявлении и профилактике.
Цель исследования. Изучить ВРС у больных АГ, страдающих СД 1 типа, осложненного ортостатической гипотонией (ОГ) в сравнении с пациентами с АГ, СД 1 типа, без ОГ.
Материалы и методы. Основную группу наблюдения составили 60 пациентов с АГ, СД 1 типа, осложненного ортостатическими нарушениями (ОН). Из них мужчин 20 (34%), женщин 40 (66%). Средний возраст больных составил 46,01±1,09 лет; длительность СД — 20,26±1,23 лет, АГ — 12,41±1,1. В качестве контроля обследованы 20 человек с АГ в сочетании с СД 1 типа без ортостатических нарушений. По возрасту, полу, длительности и тяжести заболевания обе группы были сопоставимы. Пациенты получали интенсифицированную инсулинотерапию и гипотензивную терапию с достижением компенсации СД и целевого АД. Оценка вегетативной недостаточности проводилась с помощью кардиоваскулярных тестов и анализа ВРС. Исследование ВРС осуществлялось с помощью спектрального анализа в покое и с использованием АОП. Оценивались мощность в мс² высокочастотных волн (HF) и низкочастотных (LF), отражающих парасимпатическое и симпатическое влияние на сердечный ритм; мощность колебаний очень низкой частоты (VLF), отражающих центральное (гуморальное) влияние и общая мощность волн (TP), отражающая ВРС в целом.
Результаты. При сравнительном анализе спектральных показателей ВРС в покое у больных АГ и СД1 типа с ОГ выявлено значительное снижение мощности всего спектра волн. При проведении АОП у пациентов с ОГ мощность HF волн не изменилась 53 в положении лежа, 40 в АОП, тогда как в группе пациентов без ОГ снизилась в 2 раза с 239 до 124 (p 0,008); мощность симпатических влияний у пациентов с ОГ и без ОГ в АОП уменьшилась в 2 раза с 40 до 25 и со 156 до 69 (p 0,02). Увеличение гуморальных влияний в 1,3 раза в АОП, что свидетельствует о недостаточности автономного уровня регуляции ритма сердца (HF+LF < VLF). В группе без ОГ было физиологическое снижение мощности с 310 до 270.
Выводы.
Ортостатические нарушения у больных с АГ на фоне СД 1 типа, осложненного ОГ проявляются недостаточностью автономных влияний на ритм, что компенсируется ростом центральных, которые не способны обеспечить адекватную реакцию сердечно-сосудистой системы на меняющиеся внешние и внутренние условия, что приводит к высокому риск развития опасных осложнений у данной категории пациентов.

ДОЛГОСРОЧНОЕ ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУНСОЙ ИНФЕКЦИИ НА ГАЗОВЫЙ И ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ СОСТАВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Павленко В.И., Кулик Е.Г.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Изучение долгосрочных последствий заболевания, вызванного вирусом SARS-CoV-2, приобретает особое значение в контексте бронхолегочной патологии. Для пациента с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) анализ газового и электролитного состава крови являются неотъемлемой частью диагностики обострения и определения долгосрочного прогноза.
Цель исследования. Оценить газовый и электролитный состава крови у больных ХОБЛ через 12 месяцев после перенесенной инфекции SARS-CoV-2.
Материалы и методы. В проспективное сравнительное исследование, одобренное грантом РНФ (научный проект №22-25-00592), включено 133 больных, преимущественно мужчин (76,9%) с ранее верифицированным диагнозом ХОБЛ в стабильной фазе. Средний возраст составил 67±2,5 лет, длительность заболевания 18,2±2,5 лет. Более половины лиц, включенных в исследование, классифицированы в категорию В, со средней степенью тяжести бронхиальной обструкции по GOLD и смешанным клиническим фенотипом (53,5%). Пациенты в зависимости от ковидного анамнеза разделены на две группы:
1-я группа (n=90) — пациенты с ХОБЛ, реконвалесценты SARS-CoV-2 через 12 месяцев после выписки из инфекционного стационара; 2-я группа (n=43) — пациенты с ХОБЛ, не имеющие ковидного анамнеза. Газовый и электролитный состав крови определены стандартным методом. Проанализированы следующие показатели: парциальное напряжение кислорода (pO2, мм.рт.ст.), углекислого газа (pCO2, мм.рт.ст.), общая концентрация гемоглобина в крови (ctHb, г/л), насыщение гемоглобина кислородом (sO2, %), фракция оксигемоглобина (FO2Hb, %). Оценка электролитного состава крови проведена с учетом концентрации ионов калия, натрия, хлора, лактата (cK+, cNa+, cCl-, Lac, ммоль/л), стандартного бикарбоната (cHCO3-(P, st), ммоль/л), стандартного избытка оснований (SBE, ммоль/л). Статистический анализ проведен в русифицированной версии программы Statistica 10.0.
Результаты. Определено, что у больных ХОБЛ перенесенная инфекция SARS-CoV-2 оказала заметное влияние на газовый состав крови. Так через 12 месяцев наблюдения в 1-й группе вероятность выявления дыхательного ацидоза оказалась в 2,9 раза выше, чем у лиц 2-й группы (ОШ=2,87[1,01;8,14]). При этом значимой ассоциации между сдвигом газового состава крови и степенью тяжести ковида не обнаружено. В среднем, в 1-й группе pH был равен 7,35[7,31;737], pCO2-48,6[43,4;52,1]. Пациенты с признаками метаболического алкалоза в обеих группах не выявлены. Также по нашим данным в общей когорте больных ХОБЛ вне зависимости от ковидного анамнеза, случаи гиперлактатемии не обнаружены.
Выводы.
Таким образом, у пациентов с ХОБЛ перенесенная SARS-CoV-2 вне зависимости от степени тяжести через 12 месяцев увеличивает вероятность развития дыхательного ацидоза в 2,9 раза. При этом долгосрочного влияния на электролитный состав крови у больных ХОБЛ через 12 месяцев не обнаружено.

РОЛЬ СОЧЕТАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ПОВЫШЕННОЙ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ В ФОРМИРОВАНИИ РЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Павленко В.И., Бабкина А.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. По современным данным, у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) часто встречаются сердечно-сосудистые заболевания, а признаки усиления артериальной ригидности (АР) выявляются у значительного числа пациентов даже при отсутствии явных кардиоваскулярных патологий. По некоторым данным, сочетание ХОБЛ и повышенной АР характеризуется и снижением функционального состояния почек, что и определило актуальность нашего исследования.
Цель исследования. Оценить функцию почек у пациентов с ХОБЛ с повышенной АР.
Материалы и методы. Функциональное состояние почек оценили у 39 лиц, имеющих сочетание ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести и повышенные значения АР. 95% (n=37) участников являлись мужчинами в возрасте от 45 до 60 лет, курили табак 92% (n=36) обследованных. При помощи сфигмографии оценивали скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на каротидно-феморальном участке и сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛИ). Значения СЛИ >9,0 м/с и СРПВ >10,0 м/с расценивали как повышенные. Ренальную функцию оценивали по уровню альбуминурии, значениям мочевины, креатинина (КР) и β-2 микроглобулина сыворотки крови (β-2МГ). С использованием КР рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ-КР) по формуле CKD-EPI. Статистическую обработку данных производили с использованием традиционных методик непараметрической статистики.
Результаты. Нарушения ренальной функции выявлялись у 72% (n=28) обследованных. Значения исследуемых показателей были следующими: уровень мочевины равнялся 6,1[4,6;7,8] ммоль/л, значение β-2МГ составило 5,2[3,4;10,7] мг/мл, а КР — 99,0[91,0;115,0] мкмоль/л. СКФ-КР у больных ХОБЛ с повышенной АР равнялась 72[59;82] мл/минуту/1,73 м^2, а значения альбуминурии — 38[30;44] мг/сутки. Параметры АР имели большое число связей с маркерами дисфункции почек. Значения СРПВ были связаны с уровнями β-2МГ (Rs=0,43, p<0,01), КР (Rs=0,47, p<0,01), СКФ-КР (Rs= –0,50, p<0,01), альбуминурии (Rs=0,44, p<0,01). Так же значимую связь с показателями функционального состояния почек показали значения СЛИ: с β-2МГ (Rs=0,36, p<0,01), КР (Rs=0,45, p<0,01), СКФ-КР (Rs= –0,48, p<0,01), альбуминурией (Rs=0,57, p<0,01).
Выводы.
Полученные нами данные могут свидетельствовать о том, что лица с ХОБЛ и повышенными значениями АР являются уязвимой группой в отношении развития реальной дисфункции, что определяет важность своевременной комплексной оценки функционального состояния почек у этой категории пациентов.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ РЕНИНА КРОВИ

Павлова А.А., Павлова В.А., Жмайлова С.В., Вебер В.Р.
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия
ФГБОУ ВО «ПсковГУ», г. Псков, Россия

Актуальность. Ремоделирование сосудов является важным фактором формирования и прогрессирования артериальной гипертензии (АГ), развития основных ее осложнений. Одним из ведущих патогенетических факторов ремоделирования сосудов выступает ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС).
Цель исследования. Изучение влияния возраста пациентов с АГ на частоту развития ремоделирования сосудов и его связь с уровнем ренина в крови.
Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов с АГ 2 ст. не получавших регулярной антигипертензивной терапии. Пациенты были распределены на 3 возрастные группы: 40 человек молодого возраста (20 мужчин и 20 женщин 25-44 лет), 40 человек среднего возраста (20 мужчин и 20 женщин 45-59 лет), 40 человек пожилого возраста (20 мужчин и 20 женщин старше 60 лет). Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий (БЦА) проводилось на ультразвуковом сканере MINDRAY DC-70.
Результаты. Установлено, что норморенииновая АГ достоверно преобладала в молодой возрастной группе (25-44 лет) — в 92% случаев, и ее частота заметно уменьшалась в средней возрастной группе (45-59 лет) — до 52% и старшей возрастной группе (60 лет и старше) — у 45%. Частота высокоренииновой формы АГ составила, соответственно по возрастным группам, 8, 48 и 55%. У 82 пациентов (68%) не выявлено признаков ремоделирования общих сонных артерий (ОСА), из них у большинства (87%) наблюдался норморенииновый тип АГ, а у 13% — гиперренииновый тип ($p<0,05$). Из 40 обследованных пациентов молодого возраста только у 3-х были выявлены начальные признаки ремоделирования сосудов, и во всех случаях отмечалось повышение уровня ренина плазмы крови. Из 40 пациентов средней возрастной группы ремоделирование сосудов выявлено у 15 человек, 12 (80%) из которых имели гиперренииновую АГ. Из 40 пациентов пожилого возраста у 20 (50%) выявлены признаки ремоделирования сосудов, и у 16 (80%) из них диагностирован гиперренииновый тип АГ. Утолщение КИМ ОСА — начальные признаки атеросклероза — были выявлены у 20 пациентов (17% обследуемых), из которых у 75% диагностирована гиперренииновая АГ. Атеросклеротические бляшки были выявлены у 18 человек: у 16 (88,9%) был гиперренииновый тип АГ, у 2 (11,1%) — норморенииновый.
Выводы.
Полученные результаты показывают, что с возрастом происходит значительное увеличение частоты гиперренииновой формы АГ. При гиперренииновой форме АГ достоверно чаще, чем при норморенииновой АГ, развивается ремоделирование сосудов, особенно у пациентов средней и старшей возрастных групп.

ТРОМБОЗ: ОТ СИМПТОМА К ДИАГНОЗУ

Павлова В.Ю.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. В течение многих столетний одним из самых грозных симптомов было наличие кровотечений. Первые методы диагностики выявления патологии системы гемостаза были направлены именно на выявление причин повышенной кровоточивости. Общепринятый метод диагностики патологии системы гемостаза, стандартная коагулограмма, направлена исключительно на выявление причины повышенной кровоточивости и не отражает возможности риска развития тромбозов. В течение последних десятилетий, особенно в период пандемии новой короновирусной инфекции, большое значение имеет развитие тромбозов различной локализации, как венозных, так и артериальных. В общерутинной практике, пока, не так много доступных методов для выявления наличие гиперкоагуляции. В настоящее время достаточно часто имеет место наличие неспровоцированных тромбозов, часто у молодой категории пациентов. В данной клинической ситуации часто имеет место неправильный подход к ведению данных пациентов, а именно назначение консультации гематолога. В случае выявления неспровоцированного тромбоза, первым этапом проводится, на уровне первичного звена здравоохранения, максимальный объем диагностического поиска для выявления и/или исключения онкопатологии (синдром Труссо).

Описание случая. Пациентка М., 38 лет. На фоне полного благополучия, без какого-либо провоцирующего фактора (беременность, прием лекарственных препаратов, включая оральные контрацептивы, длительного перелета, длительной поездки, какого-либо оперативного лечения, наличие каких-либо сопутствующих заболеваний, наследственного анамнеза) вечером стала отмечать сильные головные боли, затем присоединилось значительное снижение силы в верхней и нижней конечности слева. В связи с данной клинической ситуацией пациента была госпитазилизирована. По данным проведенного исследования было выявлено ОНМК по ишемическому типу в бассейне средней мозговой артерии. По данным проведенных исследований (клинический анализ крови, клинический анализ мочи, коагулограмма) — патологии не было выявлено. По ряду исследований, дважды, с интервалом в 20 дней было выявлено ряд патологических отклонений: повышение фибриногена до 12 г/л, СРБ до 36 мкг/л, ЛДГ до 472 ЕД/л, ферритина до 672 нг/мл. Пациентка была направлена на консультацию к гематологу для исключения вариантов тромбофилии. Но перед тем, как провести более углубленное исследованияе первичной патологии системы гемостаза, пациентке было рекомендовано провести комплекс обследований для исключения онкопатологии, так как на момент осмотра у пациентки не было каких-либо состояний, которые могли бы быть причиной повышения вышеперечисленных показателей. По данным проведенного исследования выявлено наличие светлоклеточного почечноклеточного рака, слева, cT1a, cN0, M0. У пациента было выявлено наличие злокачественной опухоли менее 4 см в диаметре, без поражения региональных лимфатических узлов и отдаленных метастазов, т.е на очень ранних стадиях.

Заключение.

Таким образом, в данном случае первое клиническое проявление злокачественного новообразования почек на ранних этапах стало тромботическое событие (ОНМК по ишемическому типу). В случае выявления неспровоцированного тромбоза наиболее оправдано в максимально короткий срок проведения обследования на уровне первичного звена в плане онкопатологии. В данном случае, у пациентки было упущено достаточно большое количество времени: осмотр терапевта по месту жительства, затем ожидание консультации гематолога и затем вновь возвращение на терапевтический участок для проведения диагностического поиска в плане онкопатологии.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА UGT1A1 СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ — ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Павлова С.И., Абржин Д.С., Догов Д.О., Емеева Н.Г., Жучкова С.М.
БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Распространенность синдрома Жильбера (СЖ) варьирует по регионам и этническим группам, составляя в среднем 3-10%. СЖ ассоциирован с полиморфизмом UGT1A1, кодирующего уридиндифосфат-глюкуронилтрансферазу, которая принимает участие в биотрансформации большого числа лекарственных препаратов. Так, выявлена связь носительства полиморфизмов UGT1A1 и повышенным риском нежелательных реакций (нейтропении и диареи) на иринотекан.
Цель исследования. Изучить частоту носительства аллелей UGT1A1, ассоциированных с синдромом Жильбера, у жителей Чувашской Республики по данным генетического анализа.
Материалы и методы. В исследование было включено 195 лиц, проживающих на территории Чувашской Республики (86 мужчин и 109 женщин), которым проведено молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР в режиме реального времени с анализом числа ТА-повторов в промоторной области гена UGT1A1. Использованы лабораторные наборы компании «Вектор-Бест-Волга». Все обследуемые оформили информированное добровольное согласие.
Результаты. По результатам анализа среди обследованных преобладали лица с генотипом *1/*1 (46%). Гетерозиготное носительство аллеля *28 выявлено у 43% обследованных. Гомозиготное носительство (*28/*28), достоверно ассоциированное с клинической манифестацией СЖ, зафиксировано у 9,2% участников. Выявлены редкие генотипы UGT1A1 в гетерозиготном варианте *28/*37* и 1*/36* с частотой носительства 1% и 0,8% соответственно. Предварительные данные свидетельствуют о том, что распространенность СЖ в Чувашской Республике соответствует среднеевропейскому уровню, но с тенденцией к более высокой частоте носительства аллеля *28 по сравнению с рядом других регионов России. Полученные результаты имеют прикладное значение и подтверждают необходимость учета СЖ при интерпретации лабораторных анализов и диагностике гипербилирубинемий у населения Чувашской Республики. При назначении лекарственных препаратов, метаболизм которых зависит от уридиндифосфат-глюкуронилтрансферазы, целесообразно проводить фармакогенетическое тестирование для прогнозирования риска токсичности и оптимизации дозирования. Это особенно актуально для онкологических больных, получающих терапию иринотеканом при лечении колоректального рака, а также для пациентов с ВИЧ-инфекцией, находящихся на терапии атазанавиром.
Выводы.
Частота СЖ на основе генетического анализа UGT1A1 носительства аллеля *28 составила 52,2%. Эти данные подчеркивают важность внедрения фармакогенетического тестирования в рутинную клиническую практику региона для повышения безопасности и эффективности терапии ряда заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА БУДЕН-МОРТЬЕ: АКЦЕНТ НА ДИЛАТАЦИЮ АОРТЫ И СТРАТЕГИЮ СТАБИЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Павлунина Т.О., Румянцева В.А., Жулаушинова А.М.
ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Синдром Буден-Мортье — наследственное заболевание, вызванное мутацией гена NPR3 и характеризующееся марфаноидным фенотипом. Нарушение сигнального пути C-type натрийуретического пептида и рецептора NPR-C снижает выработку цГМФ, что приводит к уменьшению эластичности и прочности сосудистой стенки.
Это подчеркивает важность раннего выявления синдрома и разработки целенаправленных стратегий для предотвращения тяжелых сердечно-сосудистых осложнений и улучшения прогноза жизни пациентов.
Описание случая. Пациент 46 лет обратился в клинику с неконтролируемой артериальной гипертензией и болевым синдромом в груди при физической нагрузке. Ввиду выраженного «марфаноидного фенотипа» — высокого роста, долихостеномелии, длинных тонких пальцев, положительных симптомов большого пальца и запястья, гипермобильности суставов, а также факта кровнородственного брака — пациент был направлен на генетическую консультацию и ДНК-диагностику. При аускультации: акцент II тона над аортой, ритм правильный, АД 120/60 мм.рт.ст., ЧСС 63 уд/мин. В анализах крови: нарушение гликемии натощак, гиперлипидемия. По данным ХМЭКГ нарушения ритма сердца не выявлено. По результатам СМАД — артериальная гипертензия в дневные часы. Пациенту была назначена антигипертензивная терапия с умеренным эффектом. По данным ЭХОКГ выявлено расширение проксимального отдела восходящей аорты, пролапс митрального клапана. Выполнена КТ ОГК: подтверждено расширение аорты до 44 мм. Пациент консультирован сердечно-сосудистым хирургом, выбрана тактика динамического наблюдения. Выполнена КАГ — гемодинамически значимых стенозов не выявлено. По результатам рентгенографии кистей и стоп: остеоартроз II степени пястно-запястных и плюсневых суставов, hallux valgus II степени, поперечное плоскостопие, аномалии таранной и ладьевидной костей.
При проведении ДНК-диагностики выявлено: вариант в гомозиготном состоянии в экзоне 5 из 8 гена NPR3. Данная мутация описана в литературе как синдром Буден-Мортье, который ассоциирован с высоким ростом, арахнодактилией, расширением аорты. Частые некодирующие варианты в локусе NPR3, снижающие экспрессию NPR3 в сосудистых гладкомышечных клетках, ассоциированы с повышением систолического АД, что согласуется с ролью NPR-C в опосредованной вазорегуляции.
Заключение.
Ведение пациентов с синдромом Буден-Мортье требует междисциплинарного наблюдения кардиолога и врача-генетика с систематической оценкой динамики диаметра аорты и своевременным определением показаний к хирургическому вмешательству.

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Панкова Е.Д., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Повышенная сосудистая жесткость является маркером ранних атеросклеротических изменений и сердечно-сосудистых заболеваний. Ряд исследований установил потенциальную ассоциацию между неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и увеличением жесткости артерий.
Цель исследования. Оценка кардиометаболического профиля и сосудистой жесткости у лиц молодого возраста с НАЖБП и без нее.
Материалы и методы. В исследование «случай-контроль» были включены 100 пациентов в возрасте 18-44 лет с НАЖБП и без нее. Проводились сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр, оценка композиционного состава тела (Inbody 370), лабораторные исследования, ультразвуковая эластография сдвиговой волной (Aixplorer, Франция). Сосудистая жесткость оценивалась по данным объемной сфигмометрии по индексу CAVI (Vasera-1500, Япония). Применялся пакет статистических программ MedCalc с использованием критерия Краскела-Уоллиса и попарным сравнением с помощью критерия Манна-Уитни, непараметрический критерий Спирмена. Данные в тексте представлены в виде Me [25-75%]. При сравнении четырех групп с шестью парами сравнений уровень значимости принимался $p<0,008$.
Результаты. В зависимости от квартильного значения CAVI молодые пациенты были распределены на 4 группы: группа 1 (n=26) — 5,1 (4,65- 5,40); группа 2 (n=25) — 5,90 (5,73-6,07); группа 3 (n=24) — 6,60 (6,46-6,73); группа 4 (n=25) — 7,20 (7,08-7,44). Средний возраст в группе 1 составил 32 (29-38) лет, группа 2 — 34 (30-39) лет, в группе 3 — 38 (32,5-41,5) лет, в группе 4 — 38 (30,75-41,5) лет ($p_{1,2-3,4}<0,001$). Окружность талии (см) отличался в группах — в группе 1 — 78,5 (95-109), в группе 2 — 90 (98-105), в группе 3 — 75,5 (90-118), в группе 4 — 84 (100,5-124) ($p_{2-3}=0,007$). Коэффициента затухания звуковой волны (CAP) (дБ/м) оказался выше среди пациентов группы 2 — 240,0 (235,5-251,0) и группы 4 — 250,0 (237,75-263,0) в сравнении с группой 1 — 234,5 (232,0-242,0) и группой 3 — 237,5 (232,5-243,0), $p_{1-4}=0,007$. Положительные линейные корреляционные связи обнаружены между индексом массы тела (ИМТ) и величиной CAP ($rs=0,756$, $p<0,001$), ИМТ и уровнем триглицеридов ($rs=0,601$, $p=0,001$), значениями висцерального жира и соотношением окружности талия/бедра ($rs=0,870$, $p<0,001$).
Выводы.
1. При увеличении квартильного значения индекса CAVI возраст пациентов постепенно повышался. 2. При межгрупповом сравнении антропометрических показателей наиболее значимые различия получены по величине окружности талии, причем самая значительная разница была между группами 2 и 3 ($p=0,007$). 3. Величина коэффициента затухания ультразвуковой волны (CAP) оказалась наивысшей в группах 2 и 4, и эти группы статистически отличались от групп 1 и 3 ($p=0,007$). 4. Обнаружены положительные линейные корреляции между ИМТ, показателем CAP ($rs=0,756$, $p<0,001$) и уровнем триглицеридов ($rs=0,601$, $p=0,001$).

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Парцерняк А.С., Бакирова А.Э.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) является наиболее распространенным видом анемий, особенно среди женщин репродуктивного возраста. Помимо дефицита железа, в патогенезе ЖДА важную роль играют цитокины, регулирующие воспалительные и метаболические процессы. Иммунные клетки, такие как Т-лимфоциты и макрофаги, активно участвуют в регуляции обмена железа, выделяя цитокины, которые влияют на белки транспорта, хранения и мобилизации железа.
Цель исследования. Оценить изменения уровней цитокинов и лабораторных маркеров обмена железа у женщин репродуктивного возраста с легкой степенью железодефицитной анемии до и после лечения.
Материалы и методы. В исследование включено 120 женщин репродуктивного возраста с легкой степенью ЖДА. Пациентки получали терапию сульфатом железа в дозе 200 мг в сутки в течении 60 дней. На визитах в 1, 15, 30, 60 и 90 дни проводились клинические и биохимические исследования. Оценка уровней цитокинов проведена до начала и после завершения терапии в день 1 и 90. Оценены изменения UIBC, трансферрина, ферритина, гепсидина, sTfR, IL-8, IL-6, IL-10, меди, цинка, эритропоэтина.
Результаты. Средний возраст участников исследования составил 34 года, индекс массы тела 23,11 кг. У 58 (48,3%) пациентов в анамнезе роды. Более половины всех участников (54,17%) ранее принимали препараты железа. Расчет стандартизированного размера эффекта (Cohen’s d) показал, что наибольшие отрицательные значения зафиксированы для НЖСС ($p<0,001$), трансферрина ($p<0,001$), растворимого рецептора трансферрина (sTfR) ($p=0,016$) и эритропоэтина — ($p<0,001$). Эти изменения отражают улучшение обеспечения организма железом и снижение гипоксической стимуляции эритропоэза. Положительная динамика отмечена по гепсидину ($p=0,005$). Выявлено значительное увеличение концентрации IL-8 ($p<0,001$), что может указывать на активацию воспалительного ответа, требующую клинического внимания. Умеренное снижение содержания цинка ($p=0,007$) и меди ($p<0,001$) может быть связано с перераспределением микроэлементов в ходе восстановления эритропоэза. Остальные показатели — ферритин ($p=0,454$), IL-6 ($p=0,185$), IL-10 ($p=0,096$).
Выводы.
Суммарно полученные результаты подтверждают эффективность проводимой терапии в коррекции дефицита железа, однако указывают на необходимость мониторинга воспалительных маркеров и микроэлементного статуса.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОК С МАММОГРАФИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННЫМИ СОСУДИСТЫМИ КАЛЬЦИНАТАМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Пасынкова О.О., Ацель Е.А., Красильников А.В.
ФГБОУ ВО ФГБОУ ВО, г. Йошкар-Ола, Россия

Актуальность. Наличие сосудистых кальцинатов молочных желез по данным маммографии может являться независимым предиктором ишемической болезни сердца и повышения риска инфаркта миокарда.
Цель исследования. Оценить ассоциации между сосудистыми кальцинатами молочных желез и значениями параметров липидного профиля у женщин в возрасте старше 40 лет.
Материалы и методы. В настоящее исследование было включено 802 случая наблюдения женщин в возрасте 41-70 лет. Пациентки отдельно анализировались по трем возрастным подгруппам: младшая возрастная группа 1 (41-50 лет); средняя возрастная группа 2 (51-60 лет); старшая возрастная группа 3 (61-70 лет). В качестве параметров липидного профиля оценивали концентрации общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), холестерина липопротеинов невысокой плотности (не-ЛПВП).
Результаты. В средней возрастной группе медиана средней концентрации ОХ в группе без кальцинатов была выше на 12,67% (p=0,001) по сравнению с пациентками, имеющими кальцинаты 1-2 степени. У пациенток с кальцинатами 1-2 степени медиана средней концентрации ЛПНП была на 4,54% ниже (p=0,034), медиана средней концентрации ЛПВП — на 15,84% ниже (p=0,010), медиана концентрации не-ЛПВП — ниже на 10,3% (p=0,001), чем у пациенток без кальцинатов. В младшей возрастной группе медиана средней концентрации триглицеридов была снижена в группе с выявленными кальцинатами 1-2 степени на 6,43% (p=0,043), медиана средних значений концентрации ЛПВП была на 19,52% ниже (p=0,004), а медиана средней концентрации ЛПНП в младшей возрастной группе была на 24,46% ниже (p=0,047) среди пациенток с выявленными кальцинатами 1-2 степени по сравнению с группой без кальцинатов. В старшей возрастной группе уровень ТГ был ниже на 3,62% (p=0,033) в группе без кальцинатов, по сравнению с группой, в которой были выявлены кальцинаты 3-4 степени.
Выводы.
Можно говорить о менее атерогенном потенциале липидного профиля у пациенток с выявленными кальцинатами 1-2 степени по сравнению с пациентками без кальцинатов в младшей и средней возрастных группах, и тенденции к большему атерогенному потенциалу у пациенток с кальцинатами 3-4 степени в старшей возрастной группе. Выявленное квадроснижение концентраций ОХ, ЛПВП, ЛПНП и липопротеинов не-ЛПВП у пациенток с кальцинатами 1-2 степени в средней и старшей возрастных группах требует дополнительного изучения.

КОМОРБИДНОСТЬ АНЕМИИ И ИНФАРКТА МИОКАРДА

Пашкова А.А., Великая О.В., Великий А.В., Недомолкина С.А.
ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Актуальность. В ежедневной практике врача современный пациент имеет не одно заболевание, а чаще коморбидную патологию. Для терапевтов, кардиологов, эндокринологов сердечно-сосудистая патология является актуальной проблемой, так как занимает лидирующие позиции в структуре смертности пациентов. Чем старше пациент, тем чаще отмечается сочетание сердечно-сосудистых заболеваний с анемиями различной этиологии, что существенно снижает уровень жизни самих пациентов.
Цель исследования. Изучение структуры коморбидности анемии и инфаркта миокарда, особенностей клинико-лабораторной картины.
Материалы и методы. Исследование проводилось путем ретроспективного анализа историй болезни 224 больных, проходивших лечение в кардиологическом стационаре ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Воронежа в период с 2018 по 2023 гг. Средний возраст пациентов составил 64,5 ± 11,9 лет. В исследование вошли 154 мужчин и 70 женщины. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование.
Результаты. Частота встречаемости анемии при инфаркте миокарда составила 27%, при этом у женщин в 1,3 раза чаще. Наиболее часто анемия встречалась в пожилом и старческом возрасте. Пациенты были разделены на две группы: 1 группу больных составили 60 человек с ИМ и анемией (27%), 2 группу − пациенты с ИМ без анемии (n=164, 73%). Медиана распределения уровня гемоглобина в первой группе больных составила 102,4 (65,0-122,0) г/л, минимальный уровень гемоглобина — 45 г/л. Количество больных с ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ статистически не различались в обоих группах. Тогда как в первой группе достоверно чаще ИМ встречался у женщин (n=34, 57%), а во второй- у мужчин (n=128, 78%), $p<0,0001$. При оценке наличия факторов риска, достоверно чаще у пациентов с ИМ и анемией встречался сахарный диабет (n=25, 45%), $p < 0,0001$. Пациенты с сопутствующей анемией достоверно чаще уже имели предшествующие случаи инфаркта миокарда (n=23, 38%), $p<0,0001$.
Выводы.
Частота встречаемости анемии при инфаркте миокарда составила 27%, при этом у женщин в 1,3 раза чаще. Пациенты с анемией подвержены рискам повторных инфарктов, чем пациенты без анемии. Поэтому необходимо рассматривать анемию, как экстракардиальный фактор риска инфаркта миокарда.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУЛОДЕКСИДОМ НА ЧИСЛО ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Петриков А.С., Белых В.И.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Использование гепарина и низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в 1-3% случаев приводят к развитию гепарин-индуцированной тромбоцитопении (ГИТ). Поэтому контроль числа тромбоцитов в процессе лечения больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) является необходимым требованием ведения этих больных.
Цель исследования. Определить влияние сулодексида на число тромбоцитов при длительном его использовании у больных с ВТЭО.
Материалы и методы. У 28 больных с ВТЭО было проведено лечение сулодексидом в течение одного года. Лечение было начато с внутримышечного введения сулодексида в суточной дозе 600 ЛЕ в течении 10 дней, а затем — по 250 ЛЕ (1 капсула) два раза в день. Исследовалось число тромбоцитов у этих больных до лечения, через два, 6 и 12 месяцев после начала лечения.
Результаты. У 28 больных с ВТЭО число тромбоцитов до лечения составило 225,3±14,8×109/л, в контрольной группе (n=125) — 232,2±3,7×109/л ($p>0,05$).
В течение последующего года лечение сулодексидом число тромбоцитов у этих больных не изменилось. Через два месяца после начала лечения число тромбоцитов составило 219,1±20,7×109/л ($p>0,05$), через 6 месяцев — 223,3±17,5×109/л ($p>0,05$), через один год — 226,0±16,7×109/л ($p>0,05$).
Выводы.
Лечение сулодексидом больных с ВТЭО в течение одного года не приводило к снижению числа тромбоцитов.

ВЛИЯНИЕ СУЛОДЕКСИДА НА КОЛЛАГЕН-АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ГИПЕРАГРЕГАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Петриков А.С., Котовщикова Е.Ф., Белых В.И.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Повышенная агрегационная активность тромбоцитов выявляется практически при всех видах тромбофилий (Э.С.Баркаган, 2000). Влияние сулодексида на гиперагрегационную функцию тромбоцитов у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) при длительном его применении изучена недостаточно.
Цель исследования. Определить влияние сулодексида на коллаген индуцированную агрегацию тромбоцитов при длительном его применении у больных с ВТЭО и гиперагрегационном синдромом.
Материалы и методы. У 28 больных с ВТЭО на фоне приема антиагрегантов сохранялся гиперагрегационный синдром. Этим больным было приведено лечение сулодексидом в течение 8 месяцев. Лечение было начато с внутримышечного введения сулодексида в суточной дозе 600 ЛЕ в течении 10 дней, а затем — по 250 ЛЕ (1 капсула) два раза в день в течение 8 месяцев. При этом аспиринсодержащие препараты не применялись. Была изучена коллаген-агрегация тромбоцитов у этих больных до лечения, через два, 4, 6 и 8 месяцев после начала лечения сулодексидом.
Результаты. У 28 больных с ВТЭО число тромбоцитов до лечения составило 225,3±14,8×109/л, в контрольной группе (n=125) — 232,2±3,7×109/л ($p>0,05$).
В течение последующего года лечение сулодексидом число тромбоцитов у этих больных не изменилось. Через два месяца после начала лечения число тромбоцитов составило 219,1±20,7×109/л ($p>0,05$), через 6 месяцев — 223,3±17,5×109/л ($p>0,05$), через один год — 226,0±16,7×109/л ($p>0,05$).
Выводы.
Лечение сулодексидом больных с ВТЭО и гиперагрегационным синдромом способствовало снижению коллаген-агрегации тромбоцитов уже через два месяца и и в дальнейшем на протяжении всего времени лечения.

ТОКСИЧЕСКАЯ ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Петров К.И., Галенко А.С.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава Росси, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Обратной стороной высокой эффективности современных антибактериальных и противовирусных препаратов являются их побочные эффекты, зачастую ограничивающие возможности их применения. Изучение подобных клинических случаев будет способствовать поиску минимизации негативных эффектов терапии.
Описание случая. Пациентка О., 39 лет, поступила в кардиологическое отделение ГОБУЗ ЦГКБ Клиника №1 (г. Великий Новгород) в ноябре 2024 г. с жалобами на одышку в покое, приступы удушья по ночам, эпизодический кашель в положении лежа, «замирания», перебои в сердце, резкое снижение толерантности к физической нагрузке — с трудом поднималась на один лестничный пролет, отеки на ногах. Ухудшение самочувствия в виде появления одышки при умеренной физической нагрузке, отеков стоп отмечает с августа 2024 г., в течение 3 месяцев состояние прогрессивно ухудшалось, симптоматика нарастала, амбулаторное лечение не приносило эффекта, в связи с чем пациентка была госпитализирована. До описываемых событий пациентка жалоб на патологию сердечно-сосудистой системы не предъявляла, семейный анамнез без особенностей. В 2020 г. при скрининговом обследовании выявлена ВИЧ-инфекция, но на учет пациентка не встала, специфической терапии не получала. В апреле 2024г при обращении в Центр «Хелпер» подтверждено носительство вируса и резко сниженный уровень CD4, назначена подготовительная терапия: флуконазол и этионамид+изониазид. С мая 2024 г. терапия антиретровирусная терапия (АРВТ): ралтегравир, ламивудин, эфавиренз. Объективно на момент поступления: акроцианоз, одышка до 24 в мин., АД 90/78 мм рт.ст., отеки до нижней трети бедер, гепатомегалия (+5 см). Лабораторно NT-proBNP 1103.46 пг/мл. При эхокардиографии (ЭхоКГ) ФВ 49%, тотальная гипокинезия миокарда ЛЖ, дилатация левых камер сердца, МР-1, ТР-2. Был установлен диагноз метаболическая кардиомиопатия, назначена терапия сердечной недостаточности (метопролол, спиронолактон, торсемид, дапаглифлозин). Противотуберкулезная и АВРТ — без изменений. На фоне терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности симптоматики, повышения толерантности к нагрузке. По данным Центра СПИД от декабря 2024 г. на фоне терапии ВИЧ-инфекция не проявляется клинически, но выявлено снижение CD4 , что требовало продолжения АРВТ по жизненным показаниям. Амбулаторно рекомендованную терапию принимала нерегулярно, что привело к повторной госпитализации в марте 2025 г. Объективно признаки тяжелой застойной сердечной недостаточности (кардиомегалия, массивные отеки, асцит). NT-proBNP: 1200 пг/мл. При ЭхоКГ ФВ 21%, увеличение размеров левых камер в сравнении с ноябрем 2024 г., МР 2 ст., ТР 3 ст. Учитывая отчетливую причинно-следственную связь развития симптоматики с началом специфической терапии установлен диагноз: Вторичная дилатационная кардиомиопатия токсического генеза (лекарственно-индуцированная на фоне противогрибковых, противотуберкулезных препаратов и АРВТ). ХСН с низкой фракций выброса, II стадии. На фоне терапии (метопролол, дапаглифлозин, эплеренон, торсемид, ривароксабан) отмечается положительная динамика, в дальнейшем пациентка тщательно соблюдает все рекомендации.
Заключение.
Данный случай иллюстрирует кумулятивную кардиотоксичность комплексной терапии у ВИЧ-инфицированной пациентки с иммунодефицитом, приведшую к тяжелой вторичной дилатационной кардиомиопатии. Необходимо тщательное обследование сердечно-сосудистой системы терапевтом и кардиологом перед проведением плановой терапии противогрибковыми и противотуберкулезными препаратами в связи с их потенциальной кардиотоксичностью.

СООТНОШЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Пилипенко В.Е.
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава РФ, г. Тверь, Россия

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) остается одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний в России. При этом недостаточно изучено влияние физической активность (ФА) на течение заболевания и изменения в сосудистой стенке.
Цель исследования. Изучить соотношение уровня ФА с факторами риска и эластичностью сосудистой стенки у пациентов АГ.
Материалы и методы. Опросники IPAQ; расчет индекса массы тела (ИМТ, кг/м²); определение уровня глюкозы плазмы крови (ммоль/л), общего холестерина (ОХ, ммоль/л), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП, ммоль/л), контурный анализ пульсовой волны аппаратом Ангиоскан-1 с оценкой ЧП — частоты пульса (уд/мин), VA — возраста сосудистой системы, индекса стресса, aSI — альтернативного индекса жесткости (м/сек), PWA — амплитуда пульсовой волны.
Результаты. Обследовано 142 больных АГ II стадии. В зависимости от ФА, обследованные были разделены: 1-я группа с нормальной физической активностью (n=72), 2-я — с гиподинамией (n=70). В 1-й группе паспортный возраст составил 59,85±13,15 лет; уровень ФА — 23,81±6,33 баллов; ИМТ — 30,32±5.32 кг/м2; систолическое артериальное давление (САД) — 139,59±17,25 мм рт.ст.; диастолическое артериальное давление (ДАД) — 83,77±12,63 мм рт. ст.; уровень глюкозы плазмы крови — 5,87±2,07 ммоль/л; ОХ — 5,34±1,20 ммоль/л; ЛПНП — 2,92±1,02 ммоль/л. По данным контурного анализа пульсовой волны: ЧП — 79,61±15,53; VA — 49,69±14,09 лет; индекс стресса — 474,91±370,73; aSI — 9,08±3,46 м/сек; PWA — 2,82±0,48. Во 2-й группе паспортный возраст составил 54,47±15,21, p=0,02; уровень ФА — 8,10±3,16, p<0,001; ИМТ — 31,99±6,53 кг/м^2, p=0,11; САД — 139,61±19,57 мм рт.ст., p=0,99; ДАД — 88,07±11,27 мм рт.ст., p=0,03; глюкозы плазмы крови — 5,70±1,3 ммоль/л, p=0,57; ОХ — 5,69±1,26 ммоль/л, p=0,12; ЛПНП — 3,27±1,19 ммол.
Выводы.
У больных артериальной гипертонией с гиподинамией, в отличие от лиц с нормальной ФА, регистрировался повышенный уровень диастолического артериального давления, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, нарушение жирового обмена, а по данным контурного анализа пульсовой волны — снижена эластичность сосудистой стенки, что необходимо учитывать при организации диспансерного наблюдения и реабилитации на уровне амбулаторного звена.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С ГЭРБ

Победенная Г.П., Бисов А.С.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки МЗ РФ, г. Луганск, Россия

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) продолжает быть предметом клинических исследований из-за осложнений и не имеющего тенденции к снижению уровня смертности. Негативные исходы ВП усугубляют коморбидные заболевания, среди которых значительную частоту имеет ГЭРБ. Основу патогенеза ВП составляет системная воспалительная реакция, однако, особенности ее формирования при ГЭРБ нуждаются в изучении для эффективного лечения.

Цель исследования. Изучить показатели системного воспаления у пациентов с ВП, коморбидной с ГЭРБ.

Материалы и методы. Наблюдали 136 пациентов, в среднем возрасте (42,3±2,9) лет в т.ч. 100 больных — с внебольничной пневмонией (ВП), из них 34 больных ВП, сочетанной с ГЭРБ (I группа), 66 больных с ВП без признаков ГЭРБ (II группа), 36 больных с ГЭРБ, наблюдаемых амбулаторно, — III группа. Контрольную группу составили 34 практически здоровых донора. Диагностика и лечение ВП и ГЭРБ осуществлялась в соответствии с существующими рекомендациями. У обследованных определяли СРБ и показатели циркулирующих иммунных комплексов на фоне лечения.

Результаты. Выявлено, что у больных с ВП, сочетанной с ГЭРБ, отмечается более высокий уровень системного воспаления, чем у пациентов с ВП без ГЭРБ: показатель СРБ у больных I группы выявился выше, чем у здоровых лиц, в 13,3 раза и выше, чем во II группе, в 1,2 раза. В III группе концентрация СРБ была на 14,2% выше, чем в контрольной группе, что характеризует системное воспаление низкой интенсивности. При выписке концентрация СРБ снизилась от исходной в 7,2 раза, но осталась выше, чем в норме, в 1,8 раза и выше, чем во II группе, в 1,4 раза. Исходный показатель общего количества ЦИК у пациентов I группы был выше, чем в контроле, в 1,4 раза ($p<0,05$) и выше, чем во II группе, в 1,2 раза ($p<0,05$) в абсолютных числах, за счет средне- и мелкомолекулярных фракций в абсолютных числах соответственно в 2,1 и 2,2 раза, а в относительных — в 1,3 и 1,2 раза.
При клиническом выздоровлении и выписке в I группе уровень общих ЦИК снизился, но остался выше, чем контрольный, в 1,2 раза ($p<0,05$).

Выводы.
У пациентов с ВП, коморбидной с ГЭРБ, отмечается высокий уровень системного воспаления, который при ВП потенцируется низкоинтенсивным за счет ГЭРБ и усугубляется иммунокомплексным компонентом, который имеет потенциально деструктивный характер и может способствовать формированию осложнений обоих заболеваний как в ближайшем, так и отдаленном периоде реконвалесценции от ВП и предполагает индивидуализированный поход к диспансерному наблюдению таких больных.

ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Поважная Е.С., Томачинская Л.П.
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, Россия

Актуальность. В структуре гастроэнтерологических заболеваний данная патология занимает 2-е место после хронических гастритов. В комплексном лечении болезни широко используются физиотерапевтические методы, при назначении которых необходимо руководствоваться исходным состоянием больного, определить ведущий синдром и его форму.
Цель исследования. Разработать оптимальную тактику назначения физиотерапии при различных вариантах данной патологии.
Материалы и методы. Проведен анализ назначений физиотерапии 86 больным язвенной болезнью в возрасте от 19 до 72 лет на различных стадиях заболевания в условиях стационарного и поликлинического лечения.
Результаты. При составлении комплекса физиопроцедур прежде всего следует разобраться в патогенезе заболевания конкретного больного: это вариант кортико-висцерального дисбаланса, где доминирует астеноневротический синдром, или инфекционный — с развитием воспалительных явлений. Наличие у больного повышенной возбудимости, служит предпосылкой к назначению седативной терапии: электросон, центральная электроаналгезия, общие методики гальванизации или электрофореза седативных препаратов, магнитотерапия, седативная гидротерапия. При депрессивном состоянии целесообразно использование адаптационной терапии: общая аэроионизация или франклинизация, дарсонвализация шейно-воротниковой зоны, хлоридно-натриевые ванны, души, светолечение, крайневысокочастотная терапия (КВЧ). Если доминирует воспалительный синдром, подбор методов физиотерапевтического воздействия зависит от его характера. При гиперэргическом воспалении приоритет отдается методам с первичным противовоспалительным эффектом: ультравысокочастотной и микроволновой терапии, магнитотерапии, гальванизации. При гипоэргическом воспалении рекомендуются физические факторы с первичным провоспалительным влиянием: КВЧ, лазер, импульсные токи низкой и звуковой частоты Важен также выбор оптимальных методик. В период обострения целесообразно применение общих и сегментарно-рефлекторных методик, с последующим переходом на локальное воздействие. При составлении комплекса физиопроцедур следует учитывать, что оптимальной является комбинация общих и местных процедур в один день в дозировке малой и средней интенсивности. Зонами воздействия при язвенной болезни являются: ЦНС, эпигастральная область, нижнегрудной отдел позвоночника, рефлексогенные зоны центральной и периферической нервной системы. При выборе зон руководствуются ведущим синдромом. При астеноневротическом синдроме используют методики: трансцеребральные, паравертебральные, на шейные симпатические нервные узлы, заднюю область шеи и наружную поверхность плеча. При болевом синдроме воздействуют на ЦНС и локально (на эпигастральную область), а также паравертебрально на уровне У1-1Х грудных позвонков. При воспалительном синдроме — на проекцию щитовидной железы, шейные симпатические ганглии; эпигастральную зону и нижнегрудной отдел позвоночника; поверхностно расположенные вены в области локтевого сгиба, подколенной ямки, сонного и пахового треугольников.
Выводы.
Использование данной тактики при назначении физиотерапевтического лечения больным язвенной болезнью позволит в значительной степени повысить его эффективность.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

Повзун А.С.
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Заболевания мочевыделительной системы (МВЗ) являются частым вариантом коморбидной патологии при ревматологических заболеваниях, и, в частности, при остром суставном синдроме (ОСС).
Цель исследования. Оценить частоту МВЗ в группе пациентов с ОСС при различных ревматологических заболеваниях.
Материалы и методы. Проведена оценка случаев лечения больных с ОСС в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. Определены наиболее частые причины возникновения ОСС: остеоартрит (ОА), ревматоидный артрит (РА) и подагрический артрит (ПА). Выявлены наиболее часто встречающиеся МВЗ при ОСС. Определена частота их встречаемости для каждого из рассматриваемых заболеваний. Определена роль эффективного применения препаратов этиопатогенетической терапии с целью контроля воспалительной активности и недопущения прогрессирования МВЗ.
Результаты. Наличие коморбидных МВЗ было выявлено у 128 из 175 обследованных больных с ОСС при ОА (73,14%), у 129 из 282 пациентов при РА (45,74%) и у 76 из 158 больных при ПА (48,1%). Рассмотрена нозологическая структура ЗДС при ОСС при наиболее частых ревматологических заболеваниях. Определены особенности курации пациентов с ЗДС при ОСС, необходимость коррекции базисной терапии на этапе стационарного лечения. Высокая частота коморбидных МВЗ при ОА обусловлена особенностями выборки пациентов, поскольку заболеваемость ОА характерна именно для старшей возрастной группы и пожилых пациентов. Они, в свою очередь, наиболее часто подвержены МВЗ.
Выводы.
Наиболее высокая встречаемость ЗДС при ОСС выявлена при ОА. Вид и степень клинической выраженности симптомов МВЗ обуславливает необходимость учета данной коморбидной патологии при планировании комплексной терапии у пациентов с ОСС.

СКРИНИНГОВАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Подсадникова А.С., Антропова О.Н.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Пациенты с сахарным диабетом (СД) имеют высокий риск развития ремоделирования сердца и в последующем хронической сердечной недостаточности (ХСН) и определение рисков развития ХСН необходимы для улучшения прогноза пациентов с подтвержденным диагнозом СД.
Цель исследования. Определить 5-летний риск развития ХСН по шкале The WATCH-DM Risk Score у пациентов с СД 2 типа и оценить структурно-функциональные показатели сердца в зависимости от риска развития ХСН.
Материалы и методы. В одномоментное исследование включены 82 пациента с анамнезом СД 2 типа, не имеющими диагноза ХСН. Все пациентам проводилось общеклиническое исследование, трансторакальная эхокардиография. 5-летний риск развития ХСН рассчитывался по шкале The WATCH-DM Risk Score, в которой за очень низкий риск принималась сумма баллов меньше либо равно 7, за низкий риск 8-9 баллов, за средний 10 баллов, за высокий 11-13 баллов и за очень высокий больше либо равно 14 баллов.
Результаты. Среди пациентов, включенных в исследование, оказалось 49 (60%) женщин и 33 (40%) мужчины от 41 до 84 лет, средний возраст которых 64,1±3,9 года. При оценке риска развития ХСН очень низкий риск был выявлен у 23 больных (28%), низкий риск у 13 больных (16%), средний риск у 12 больных (15%), высокий риск у 26 больных (32%) и очень высокий риск у 8 больных (9%). Далее пациенты были объединены в две группы, первая включала 48 пациентов с очень низким, низким и средним риском, вторую группу составляли лица с высоким и очень высоким риском — 34 (41,5%). Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 18 (37,5%) больных первой и 26 (76,4%) больных второй группы, (χ^2=4.623, p=0.032). Эксцентрическая ГЛЖ встречалась с одинаковой частотой. Сохраненная фракция выброса имелась у 100% больных. Диастолическая дисфункция выявлена у 23 (47,9%) первой группы и в 1,6 раз чаще во второй группе (78%, p<0,05).
Выводы.
Среди пациентов с СД 41 % имеет высокий или очень высокий риск ХСН по шкале The WATCH-DM Risk Score. Среди лиц высокого и очень высокого риска было в 2 раза больше пациентов с ГЛЖ и в 1,6 раз с диастолической дисфункцией. По нашему мнению, данная шкала может использоваться для скрининга ХСН у пациентов с СД 2 типа.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПРИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МИОКАРДА

Позднякова Н.В., Денисова А.Г.
Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза, Россия

Актуальность. Электрическая нестабильность миокарда клинически сопряжена с различной степенью риска нарушений ритма, в том числе фатальных.
Цель исследования. Изучить клинико-функциональные показатели электрической нестабильности при некоронарогенном заболевании миокарда — дилатационной кардиомиопатии.
Материалы и методы. Наблюдали 52 пациента (14 женщин и 38 мужчин), средний возраст 44,5±6,3 лет. Комплекс обследования: ХМ ЭКГ, эхокардиография, сигнал-усредненная ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) и турбулентности ритма (начало турбулентности TO>0% и наклон TS <2,5 мс/RR), дисперсия интервала Q-T (QTd), корригированный интервал Q-T (QTc). Выделены группы: ППЖ+ (n=19) — с наличием ППЖ; ППЖ- (n=33) — без ППЖ.
Результаты. Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) выявлены в 100% наблюдений. У 15 (83,3%) пациентов с ППЖ+ выделена желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) высоких градаций — III, IV, V классов по Lown B, у 9 из них пробежки ЖТ; выявленная ЖЭ у 3 пациентов с ППЖ+ отнесена ко II градации, еще у 1 пациента с ППЖ+ к I градации. У больных группы ППЖ- отмечена ЖЭ III-V классов в 8 (24%) случаях, у 19 (57,6%) больных ЖЭ I градации, у 6 (18%) — ЖЭ II градации. Показатели ВРС (SDNN, BB50, rMSSD, LH/HF) с указанием на резкое снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы при повышенной симпатической активности: SDNN- 36,3±2,3мс, LF/HF — 4,71±0,48 усл.ед., BB50- 8,8±2,6%; признаки вегетативного дисбаланса отмечены в 50 (96%) случаях. При анализе турбулентности сердечного ритма (ТРС) патологические значения TS (TS <2,5 мс/RR) и TO>0% достоверно чаще регистрировались в группе ППЖ+ (37% и 47,4%) в сравнении с группой ППЖ — (15% и 18%), p<0,05.
Выводы.
Для определения неблагоприятного стратификационного риска с целью профилактики аритмических осложнений у больных с кардиомиопатиями необходимо учитывать различные составляющие электрической нестабильности миокарда: анализ вариабельности и турбулентности ритма сердца, замедленной фрагментированной активности сердца (поздние потенциалы желудочков) и дисперсии QT-интервала.

ИНДЕКС ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ОДНО- И МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ

Полунина О.С., Севостьянова И.В., Полунина Е.А., Прокофьева Т.В.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) относится к жизнеугрожающим заболеваниям с высокой распространенностью во всем мире. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) также входит в пятерку наиболее распространенных заболеваний с высокой частотой инвалидизации. Эти заболевания имеют ряд общих этиопатогенетических паттернов, что обусловливает их частое сосуществование и взаимное утяжеление.
В развитии обоих заболеваний имеет значение фактор табакокурения, приводящий развитию оксидативного стресса, персистенции воспаления, нарушению процессов апоптоза, к накоплению эндотоксинов с развитием синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ). Эталонными индикаторами СЭИ являются молекулы средней массы (МСМ), объединяющие небелковые соединения с умеренной и низкой молекулярной массой (ВСиНММ) и олигопептиды (ОП). Индекс эндогенной интоксикации (ИЭИ) является одним из интегральных расчетных показателей, поэтому его можно использовать как характеристику наличия и степени выраженности СЭИ у пациентов с ИМ на фоне ХОБЛ.
Цель исследования. Проанализировать значение ИЭИ у больных ИМ на фоне ХОБЛ при одно- и многососудистом поражении коронарных артерий (КА).
Материалы и методы. Обследовано 195 пациентов с ИМ на фоне ХОБЛ (ИМ+ХОБЛ), 130 пациентов с ИМ без ХОБЛ и 110 здоровых лиц. Многососудистое поражение КА превалировало среди пациентов с ИМ+ХОБЛ. Так, поражение 2-х и более КА в данной группе наблюдалось в 74,4% (145 человек), а среди пациентов с ИМ без ХОБЛ — в 45,4% (59 человек).
Результаты. Среди больных ИМ у лиц с поражением 1 КА ИЭИ составил 19,62 [15,10; 30,6] усл. ед., что статистически значимо превышало значения в группе контроля ($p<0,001$), а у лиц с поражением 2 и более КА — 28,71 [15,79; 35,99] усл. ед., что было статистически значимо выше как по сравнению с контролем ($p<0,001$), так и по сравнению с больными ИМ с одососудистым поражением ($p<0,001$). ИЭИ в подгруппах больных ИМ на фоне ХОБЛ был сопоставим ($p=0,69$) и составил 55,13 [35,35; 82,86] усл. ед. у больных ИМ на фоне ХОБЛ с поражением 1 КА и 55,6 [44,39; 95,69] усл. ед. — у больных ИМ на фоне ХОБЛ с поражением 2 и более КА.
Выводы.
Количество пораженных сосудов, а, следовательно, и объем ишемизированного миокарда, влияет на выраженность СЭИ. Можно предположить, что это обусловлено продукцией токсинов в условиях ишемии и некроза миокарда. У больных ИМ на фоне ХОБЛ ИЭИ был существенно выше не только по сравнению с контролем, но и по сравнению с больными ИМ в качестве мононозологии. Однако значения в подгруппах с одно- и многососудистым поражением не продемонстрировали статистической достоверности. Вероятно, это связано с тем, что в условиях кардиореспираторной коморбидности ХОБЛ вносит существенный вклад в развитие СЭИ, усугубляя его и нивелируя различия, имеющие место при мононозологии.

КОЭФФИЦИЕНТ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Полунина О.С., Севостьянова И.В., Полунина Е.А., Остроухова Э.В.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) является опасным для жизни заболеванием с высокой распространенностью по всему миру. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) также входит в число наиболее распространенных заболеваний с высокой инвалидизацией и смертностью. Эти болезни имеют ряд общих патогенетических механизмов, что объясняет их частое сочетание и взаимное усугубление, включая оксидативный стресс, воспаление, усиление процессов апоптоза и развитие синдрома внутренней интоксикации (СЭИ). Основными показателями синдрома внутренней интоксикации (СЭИ) являются молекулы средней массы (МСМ), включающие небелковые соединения с умеренной и низкой молекулярной массой (ВСиНММ) и олигопептиды (ОП). Помимо прямого измерения уровней этих веществ, широко используют расчетные показатели. Особенно убедительным в этом контексте является анализ коэффициента интоксикации (КИ), который можно применять в качестве характеристики наличия и степени выраженности СЭИ у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Цель исследования. Определить и сопоставить КИ у больных ИМ, ХОБЛ и ИМ на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 195 пациентов с ИМ на фоне ХОБЛ (ИМ+ХОБЛ), 130 пациентов с ИМ без ХОБЛ, 104 пациента с ХОБЛ и 110 здоровых лиц. Молекулы средней массы (МСМ) определяли по методу Малаховой М.Я. (1995 г.) в плазме, эритроцитах и моче. КИ рассчитывался как соотношение суммы и произведения индекса интоксикации плазмы и эритроцитов. Индекс интоксикации, в свою очередь, рассчитывается как произведение ВСиНММ и ОП в данной среде. Очевидно, что величина КИ обратно пропорциональна степени эндогенной интоксикации.

Результаты. В группе контроля КИ составил 0,33 [0,25; 0,49]. У больных ХОБЛ КИ был статистически значимо ($p<0,001$) ниже и составил 0,15 [0,04; 0,22]. У больных ИМ КИ составил 0,27 [0,13; 0,46], что было достоверно ниже, чем в группе контроля ($p<0,001$), но выше, чем у больных ХОБЛ ($p<0,001$). Минимальные значения КИ регистрировались у больных ИМ на фоне ХОБЛ — 0,08 [0,04; 0,09], это было достоверно ниже значений в группе контроля ($p<0,001$), у больных ХОБЛ ($p<0,001$) и больных ИМ ($p<0,001$).

Выводы.

Наиболее низкие значения КИ регистрировались в группе коморбидных больных ИМ на фоне ХОБЛ. КИ в этой группе обследованных был статистически значимо ниже значения соответствующего показателя в группе контроля. У больных с мононозологиями КИ также был существенно ниже, чем у обследованных контрольной группы. Минимальный показатель КИ у коморбидных пациентов свидетельствует о негативном влиянии хронической эндотоксинемии на течение острой коронарной патологии и предрасполагает к углубленному изучению данных характеристик у коморбидных больных.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Полунина О.С., Севостьянова И.В., Полунина Е.А., Перова Н.Ю., Остроухова Э.В.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность. Среди всех клапанных пороков сердца, поражение митрального клапана (МК) — одна из наиболее часто встречаемых патологий. Одним из факторов риска развития тромбоэмболий и кровотечений у пациентов после протезирования МК механическими протезами является несоблюдение врачебных рекомендаций. Доказано, что следование медицинским рекомендациям значительно улучшает прогноз и снижает риск осложнений в послеоперационном периоде.
Цель исследования. Оценить комплаентность пациентов, перенесших операцию протезирования митрального клапана.
Материалы и методы. Обследовано 260 пациентов, подвергшихся изолированному протезированию МК механическими двустворчатыми протезами в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (г. Астрахань). Критериями включения в исследование было изолированное органическое поражение МК, критериями исключения — ишемическая митральная недостаточность, имплантация биопротезов. Продолжительность наблюдения за пациентами составила 6 месяцев. Для оценки комплаентности использовался тест Мориски-Грина. В нашем исследовании пациенты, набравшие 3 и более баллов, считались комплаентными к терапии, набравшие менее 3 баллов — некомплаентными. Оценка комплаентности проводилась во взаимосвязи с такими факторами как пол, возраст, семейный статус, уровень образования.
Результаты. При анализе комплаентности через 6 месяцев после операции в зависимости от пола было установлено, что женщины более привержены (p=0,043) к следованию врачебным назначениям, чем мужчины. Шансы быть комплаентными при наличии женского пола увеличивались в 1,28 раза (95% ДИ 0,69-2,38). При анализе комплаентности в зависимости от возраста также были получены статистически значимые различия (p=0,007): среди пациентов среднего возраста комплаентными были 112 человек (78,3%), что статистически значимо больше по сравнению с молодыми лицами — n=38 или 61,3% (p=0,019) и пожилыми лицами — n=5 (50%) (p=0,019). Более высокая (p=0,01) приверженность назначенному лечению наблюдалась в подгруппе лиц, состоящих в браке. Шанс быть комплаентным у лиц, состоящих в браке, был в 2,12 раза выше, чем у пациентов вне брака (95% ДИ 1,17-3,84). Среди лиц с высшим образованием комплаентными были 41 человек (80,4%), что статистически значимо выше по сравнению с лицами, имеющими среднее образование (p=0,03).
Выводы.
Через 6 месяцев после операции комплаентными были 158 пациентов. Наиболее приверженными к лечению после протезирования МК были лица женского пола, среднего возраста, имеющие средне-специальное и высшее образование, состоящие в браке. Полученные результаты обязывают проводить более активную работу по формированию комплаентности с «уязвимыми» категориями пациентов: с мужчинами, пожилыми людьми и пациентами молодого возраста, лицами, имеющими невысокий уровень образования, не состоящими в браке.

ПЕРОРАЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЦИАНОКОБАЛАМИНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПЕРНИЦИОЗНОЙ АНЕМИЕЙ

Полякова О.А., Царева М.В.
НИУ Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия

Актуальность.У пациентов пожилого возраста возникновение пернициозной анемии часто обусловлено двумя ключевыми факторами: несбалансированным рационом питания и сопутствующими патологиями. Наиболее значимым заболеванием в данном контексте является атрофический гастрит, при котором деградация слизистой оболочки желудка приводит к нарушению абсорбции витамина B12 (цианокобаламина). Традиционным методом лечения данного заболевания служат внутримышечные инъекции витамина B12. Однако, существует возможность перорального приема этого витамина путем пассивного энтерального всасывания, его обычно не назначают при пернициозной анемии из-за ограниченного количества исследований, оценивающих его эффективность.
Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения низкодозированных пероральных препаратов цианокобаламина у пожилых пациентов с субнормальным или пограничным содержанием витамина B12 в сыворотке крови при отсутствии других признаков пернициозной анемии.
Материалы и методы. Тридцать один пациент с уровнем витамина B12 в сыворотке крови от 100 до 150 пмоль/л, без других нарушений всасывания или прогрессирующих неврологических или терминальных заболеваний. Средний возраст составил 81,4 года. После получения информированного согласия был собран анамнез, в том числе информация о принимаемых лекарствах, и проведено обследование психического состояния (MMSE). Был взят анализ крови на содержание витамина B12 в сыворотке, анализ на содержание фолиевой кислоты в сыворотке, общий анализ крови, анализ на содержание гастрина в сыворотке натощак, уровень гомоцистеина в сыворотке натощак и креатинина. Затем пациенты были случайным образом распределены в группы, получавшие 10 мкг перорального цианокобаламина, 50 мкг перорального цианокобаламина или плацебо в течение 1 месяца, после чего исследования и клинические осмотры были повторены.
Результаты. Рассчитаны и проведены сравнения процентного изменения уровня витамина B12, гомоцистеина, фолиевой кислоты и параметров эритроцитов, а также абсолютные изменения MMSE между группами. Группы сравнивались по количеству респондентов, у которых уровень витамина B12 повысился на 20%. Также были выполнены расчеты изменений концентрации витамина B12 в сыворотке крови. Среднее значение уровня витамина B12 в сыворотке крови +/- стандартное отклонение улучшилось на 51,7 +/- 47,1% в группе, принимавшей 50 мкг, на 40,2 +/- 34,4% в группе, принимавшей 10 мкг, и на 11,7 +/- 24,5% в группе, принимавшей плацебо. Изменение в группе, принимавшей 50 мкг цианокобаламина, было значительно больше, чем в группе, принимавшей плацебо (P = 0,044). Изменение в группе, получавшей 10 мкг цианокобаламина, достоверно не отличалось от такового в группе плацебо (P=0,186). Восемь из 10 испытуемых в каждой группе лечения были классифицированы как отвечающие на лечение, по сравнению с двумя из 11 в группе плацебо (P = 0,004). Уровень гомоцистеина снизился у пациентов, получавших цианокобаламин, но это снижение не достигло статистической значимости. В других измеренных параметрах существенных изменений не было.
Выводы.
Курсовой прием цианокобаламина в дозе 50 мкг привел к существенному росту сывороточного уровня B12, что, в свою очередь, способствовало улучшению состояния больных с пернициозной анемией. Значимость этих результатов распространяется на область лечения недостаточности кобаламина и на разработку мер по нутритивной поддержке населения через обогащение продуктов

ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Пономарев М.Л., Горбунов А.Ю.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) остается актуальным предметом современной медицины, вызывая системную реакцию организма на воспалительный процесс в легочной ткани.
Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности внебольничной пневмонии с тяжелым течением и новые возможности медикаментозной терапии.
Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов, находившихся на стационарном лечении в БУЗ «ГКБ № 8 им. Однопозова И.Б. МЗ УР» г. Ижевска с диагнозом: ВП тяжелой степени, которая устанавливалась согласно современным клиническим рекомендациям. Средний возраст составил 56,5 ± 2,6 лет. Женщин было 5 (25,0 %), мужчин — 15 (75,0 %). Учитывались данные анамнеза, объективного статуса, показатели сатурации кислорода (SpO2), показатели полного анализа крови и рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Подсчет объема выборки проведен с использованием статистических пакетов Statistica 10.0. Межгрупповые различия считали статистически значимыми при вероятности справедливости нулевой гипотезы об отсутствии различия между группами ($p = 0,005$).
Результаты. При клиническом обследовании пациентов выявлено, что показаниями для госпитализации в стационар являлись нарастание одышки, пиретическая или гиперпиретическая лихорадка, неэффективность амбулаторного лечения. Средний период времени от начала заболевания до госпитализации составил 4,3 ± 1,2 дня. Лихорадочный синдром у пациентов ВП с тяжелым течением обнаруживался в 100% случаев, одышка отмечалась у 43,5%, кашель — у 67,2%, общая слабость, повышенная утомляемость и потливость — у 82,7% пациентов. При аускультации дыхательной системы у всех пациентов на стороне поражения выявлялось ослабление везикулярного дыхания, а у части — выслушивались влажные хрипы или крепитация. Особо стоит отметить, что у пациентов с тяжелым течением ВП наблюдались проявления гипоксической энцефалопатии в виде спутанности сознания и/или заторможенности различной степени выраженности, которая оценивалась по шкале оценки спутанности сознания CAM (Confusion assessment method). В полном анализе крови отмечался лейкоцитоз и ускорение СОЭ, а средний уровень SpO2 у пациентов при поступлении составил 90,4 ± 0,5%. При анализе рентгеновской картины заболевания при ВП в 100 % случаев выявлялось полисегментарное поражение легких. Препарат «Цитофлавин» активно применяется при различных критических состояниях, связанных с гипоксией тех или иных органов и тканей. По нашему мнению, использование «Цитофлавина» у пациентов с тяжелым течением ВП позволит стабилизировать процессы пероксидации на фоне повышения активности компонентов антиоксидантной системы респираторного тракта, что приведет к прерыванию патогенетического механизма развития ВП. Нами у 10 пациентов с ВП тяжелой степени в состав терапии (после обязательной консультации невролога) был включен препарат «Цитофлавин» (первая группа). Препарат назначался в дозе 200 мл один раз в сутки внутривенно капельно в течение 7 дней. Данные сравнивались со второй группой (10 пациентов), которая получала стандартную терапию ВП. Группы пациентов были репрезентативны по полу и возрасту. В процессе лечения ВП у пациентов первой группы улучшение клинической картины заболевания происходило на 3-5 день заболевания (в среднем 4,0 ± 1,2 дня) в виде нормализации температурной реакции, уменьшения симптомов одышки и кашля, а также улучшения сферы сознания в виде уменьшения заторможенности и спутанности сознания. Продолжительность среднего койко-дня в группе составила 18,0 ± 1,4 дней. Во второй группе снижение температуры, уменьшение одышки,

кашля и улучшение сферы сознания происходило на 5-7 день заболевания (в среднем 6,1 ± 1,3 дня). Средний койко-день при этом составил 21,0 ± 2,2 день. Показатели SpO2 у пациентов с ВП первой группы в процессе терапии имели тенденцию к увеличению с 90,4 ± 0,5% до 94,6 ± 0,8%, а во второй группе с 90,4 ± 0,5% до 92,3 ± 0,7%. В процессе лечения у пациентов первой группы количество лейкоцитов и СОЭ достоверно уменьшилось с 16,6 х 109 /л (8,3;22,7) до 8,2 х 109 /л (6,1;9,5) и с 54 мм/час (48;63) до 22 (12;41) мм/час, p=0,005 соответственно. Во второй группе достоверного снижения лабораторных показателей крови не отмечено. Рентгенологическая картина заболевания имела тенденцию к улучшению, однако, не достигая окончательного разрешения в обеих группах пациентов.

Выводы.

При включении в комплексную терапию ВП с тяжелым течением препарата «Цитофлавин» отмечена положительная динамика клинико-функциональной и лабораторной картины заболевания.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОРЕНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Пономарева О.В.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Широкая распространенность кардиоренометаболического синдрома в популяции вызывает необходимость выявления факторов, неблагоприятно влияющих на прогноз больного, что является актуальной задачей.
Цель исследования. Определить клинические, лабораторные, инструментальные предикторы неблагоприятного исхода в течение 1 года наблюдения у больных кардиоренометаболического фенотипа ХСНсФВ.
Материалы и методы. Изучены 110 пациентов кардиометаболического фенотипа ХСНсФВ, которым проведено общеклиническое исследование, определены уровни маркеров фиброза миокарда в сыворотке крови методом ИФА, выполнена эхокардиография. Группа сравнения сопоставима по полу, возрасту и представлена 31 пациентом, не имеющими ХСН, ИБС, СД, ХБП. Методом ROC-анализа выявлены факторы повторной госпитализации по сердечно-сосудистой причине и смерти от всех причин при годовом наблюдении.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 70[65;74] лет, преобладали женщины — 74,5%. По шкале H2FPEF в среднем исследуемые набрали 5[4;8] баллов vs 2[2;3], HFA-PEFF — 4[3;5] vs 3[2;4], $p<0,05$. Основными сопутствующими состояниями являлись: ГБ — 99,1%, ожирение — 93,6%, ХБП 3А-5 — 83,6%, СД 2 типа — 68,2%, дислипидемия — 63,8%. Уровни биомаркеров определялись на фоне компенсации ХСН в основной группе. Средние значения: NT-proBNP — 445,7±60,6 vs 257,4±16 пг/мл ($p<0,05$), sST2 (растворимая форма супрессора туморогенности 2) — 1,73[0,5;4,6] vs 1,46[0,4;4,8] нг/мл, HIF-1α (фактор, индуцируемый гипоксией 1α)- 0,11[0,06;0,15] vs 0,17[0,11;0,24] нг/мл ($p<0,05$), галектин-3 — 1,27[0,8;1,5] vs 1,03[0,6;1,3] нг/мл ($p<0,05$), CML (карбоксиметиллизин) — 322,9[92,1;368,4] vs 60[55,9;75,9] пг/мл ($p<0,05$), α-галактозидаза — 6,2[4,3;23,1] vs 52,5[45,3;69,6] мкмоль/л/ч ($p<0,05$). Средняя ФВЛЖ — 60,5%[55;65], в контрольной группе — 63%[60;65], $p<0,05$.
Выводы.
Повторную сердечно-сосудистую госпитализацию и смерть от всех причин у пациентов кардиоренометаболического фенотипа ХСНсФВ в течение 1 года определяют следующие предикторы: количество баллов по ШОКС >7,5 и более 6,5 баллов по H2FPEF, увеличение NT-proBNP, снижение уровня α-галактозидазы и индекса глобальной функции ЛЖ.

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Потапова А.С.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания — наиболее частая и клинически значимая коморбидная патология при ревматоидном артрите (РА). Хроническое системное воспаление и провоспалительные цитокины играют ключевую роль в ускоренном развитии мультифокального атеросклероза, что значительно повышает риск сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.
Цель исследования. Изучить взаимосвязь провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α и ИЛ-1 RA) и атеросклероза периферических артерий (сонных и бедренных артерий) (ПФА) у больных РА.
Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент с достоверным диагнозом РА, соответствующим классификационным критериям ACR/EULAR 2010 г. В основном это были женщины (81,4%), средний возраст составил 47,0 ± 10,9 года, медиана длительности болезни — 120 [60,0; 204,0] месяцев, с развернутой стадией заболевания было 54 пациента (76,1%), умеренной и высокой степенью активности заболевания по критериям индексов DAS28, SDAI и CDAI до назначения ГИБП. Всем пациентам определяли уровень ИЛ-6, ФНО-α и ИЛ-1 RA в сыворотке крови методом ИФА, проводили УЗДГ СА и БА с оценкой толщины КИМ и наличия АСБ. Группу контроля составили 30 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу.
Результаты. Среди обследованных больных РА атеросклеротическое поражение СА было обнаружено — у 22 (31%), БА — у 20 (28,2%). Сочетанное поражение СА и БА выявлено у 13 (59,1%). У больных РА атеросклероз СА и БА встречался значимо чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$). В группе больных РА уровни цитокинов ИЛ-6 и ФНО-α были достоверно выше, чем в контроле. Уровень ИЛ-1 RA достоверно не различался. Толщина КИМ БА была выше при повышенном ФНО-α (0,65 vs 0,56 мм, $p<0,05$), а КИМ СА — при повышенном ИЛ-1 RA (0,60 vs 0,56 мм, $p<0,05$). Для ИЛ-6 различий не выявлено. Уровни цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α, ИЛ-1 RA) у больных РА с поражением ПФА и без него не различались ($p>0,05$). Пациенты с РА были проанализированы в зависимости от сочетания повышенных значений цитокинов. Были выделены 3 группы: 1 — с повышением всех трех уровней ЦТ (n=14), 2 — с повышением 2 ЦТ (n=36), 3 — с повышением 1 ЦТ (n=19). Было выявлено, что КИМ БА был достоверно толще ($p<0,05$) в группе с повышенным уровнем 3 цитокинов.
Выводы.
У пациентов с РА с высокой частотой выявляется атеросклероз ПФА, в том числе МФА. Больные РА с повышенным уровнем ИЛ-1 RA и ИЛ-6 чаще имеют АС ПФА. Одновременное повышение уровня ИЛ-6, ИЛ-1 RA и ФНО-α приводит к выраженному утолщению КИМ артерий нижних конечностей. У больных РА необходимо проведение УЗДГ ПФА для выявления МФА и стратификации риска ССО.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Привалова Н.И., Смирнова И.Н.
Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФФГБУ ФНКЦ МРиК ФМБА России, г. Томск, Россия

Актуальность. Синдром раздраженного кишечника (СРК) — распространенное функциональное заболевание желудочно-кишечного тракта среди молодых людей, с отсутствием эффективных комплексов лечения на санаторном этапе восстановления.
Цель исследования. Разработка и обоснование эффективности комплексной технологии лечения с применением электромагнитных волн миллиметрового диапазона для пациентов с СРК.
Материалы и методы. В исследование было включено 135 пациентов с различными клиническими вариантами СРК (запор и диарея). Методом простой рандомизации пациенты были разделены на 3 группы. В каждой из групп применялась базовая терапия, включающая: диету, ЛФК, массаж, прием минеральной воды и пробиотика. В дополнении к базовому комплексу во 2й группе использовалась СМТ-терапия на проекции толстого кишечника с учетом клинического варианта, а в 3й группе — кроме СМТ-терапии, дополнительно КВЧ-терапия. До, после и через 6 месяцев после СКЛ оценивалась динамика симптомов в баллах, вегетативные показатели (индекс Кердо, ортоклиностатическая проба, кардиоинтервалография), общеклинические показатели крови, с последующим определением неспецифической адаптационной реакции организма, показатели бактериологического исследования кала, УЗИ кишечника, качество жизни по шкалам «SF-36», уровня личностной и ситуативной тревоги по опроснику Спилберга-Ханина. Эффективность лечения оценивалась непосредственно после курса восстановительного лечения и в отдаленный период (через 6 месяцев), по динамике основных вышеперечисленных параметров.
Результаты. Изучение основных показателей проводилось у 135 пациентов сразу после завершения лечения (100,0%), а оценка отдаленных результатов у 111 пациентов (82,2%). По окончании лечебного курса отмечалась положительная динамика всех клинических показателей во всех группах. Снижение интенсивности болевого синдрома, нормализация консистенции и частоты стула (по Бристольской шкале), восстановление вегетативного равновесия (эйтония), уменьшение уровня тревоги, улучшение адаптационной реакции организма и качества жизни наиболее значимо произошло у пациентов 3а и 3б гр. ($p<0,05$). Непосредственная эффективность в 3а и 3б группах составила 94,4 и 93,3% (соответственно), по сравнению с результатами 1а, 1б, 2а и 2б группами (70,6 и 73,4%; 73,6 и 76,5%, соответственно). Достаточно высокая эффективность лечения сохраняется в группах 3а и 3б через 6 месяцев лечения: 86,7 и 84,6% (соответственно), по сравнению с 1а,1б,2а и 2б группами (53,8, 50, 60, 64,3%, соответственно).
Выводы.
Включение в лечебный комплекс пациентов при СРК воздействия КВЧ-терапии способствует улучшению клинико-лабораторного и психоэмоционального статуса пациентов, нормализации показателей микробиоценоза кишечника ($p=0,001$), формированию у 72,2% пациентов адаптационных реакций активации и повышению уровня качества жизни.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Приходько О.Б., Абулдинова О.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Постковидный синдром представляет собой совокупность симптомов, сохраняющихся после перенесенной коронавирусной инфекции (КВИ), включая слабость, усталость, когнитивные нарушения и другие проявления. Даже пациенты с нетяжелой формой КВИ часто сталкиваются с длительными последствиями, что существенно снижает качество их жизни.
Цель исследования. Оценить распространенность и клинические проявления постковидного синдрома у пациентов, перенесших нетяжелую форму коронавирусной инфекции.
Материалы и методы. В исследование включены 114 пациентов, перенесших нетяжелую КВИ. Оценка осуществлялась анкетированием, клиническим осмотром и анализом биохимических показателей крови. Использовались шкалы для выявления астении, когнитивных и психоэмоциональных нарушений.
Результаты. Постковидный синдром выявлен у 63% пациентов через 3 месяца после перенесенной КВИ. Наиболее частыми симптомами были слабость (58%), нарушения сна (42%), ухудшение памяти и концентрации (33%). У 14% отмечена депрессия средней степени. В биохимических анализах сохранялась умеренная гипергликемия у 19% и повышение маркеров воспаления у 11% пациентов.
Выводы.
Постковидный синдром часто встречается даже у пациентов с нетяжелым течением КВИ и существенно влияет на различные сферы здоровья. Требуется проведение комплексных реабилитационных мероприятий для улучшения состояния пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Приходько К.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Проблема взаимного отягощения бронхиальной астмы (БА) и беременности продолжает оставаться в фокусе внимания пульмонологии. Ее анализ и поиск решений требуют комплексного междисциплинарного подхода.
Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы, дебютировавшей во время беременности, в том числе, на фоне внелегочных проявлений аллергии.
Материалы и методы. Изучены клинико-анамнестические данные течения беременности у 65 пациенток с БА, манифестировавшей в различные сроки гестационного периода.
Результаты. У 45 (69,2%) пациенток до наступления беременности отмечались внелегочные проявления аллергии различной степени выраженности. У 18 (27,7%) из них — крапивница, у 11 (16,9%) — атопический дерматит, у 15 (23,1%) — аллергический ринит, у 3 (4,6%) — анафилактический шок. Отягощенная наследственность по аллергии была у 21 (32,3%) беременных. У 44 (67,7%) больных была выявлена аллергическая форма БА, у 8 (12,3%) — неаллергическая, у 13 (20,0%) — смешанная. В I триместре беременности приступы удушья появились у 33 (50,8%) больных, во II — у 28 (44,6%), в III триместре — у 4 (6,2%). У 34 больных с легкой БА симптомы впервые появились после контакта с аллергеном и ОРВИ. При этом дебют у 22 больных был в I триместре беременности, чаще при сроке 5-6 недель, у 12 — во II триместре, при сроке беременности 16-20 недель. У 28 больных БА среднетяжелого течения диагностирована при сроках гестации 6-12, 20-29 недель, в основном, после ОРВИ. У 3 пациенток приступы тяжелой БА появились при сроке 10-14 и 21 недели на фоне ОРВИ. При этом легкая БА наблюдалась у 34 (52,3%), среднетяжелая — у 28 (43,1%), тяжелая — у 3 (4,6%). Из неспецифических триггеров преобладали: ОРВИ — у 44 (69,2%), психоэмоциональное напряжение — у 38 (58,5%), влияние метеоусловий — у 39 (60,0%), физическая нагрузка — у 25 (38,5%).
Выводы.
Таким образом, у преобладающего числа пациенток внелегочные проявления аллергии были еще до наступления беременности. Впервые во время беременности чаще отмечался дебют аллергической БА (легкого и среднетяжелого течения), в первом и втором триместрах. Для обеспечения эффективного наблюдения за беременными с бронхиальной астмой требуется мультидисциплинарный подход. Первоочередными задачами являются достижение стабильного контроля над болезнью, а также снижение потенциальных рисков для здоровья матери и новорожденного.

АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной пульмонологии. Непрерывный рост заболеваемости обусловливает необходимость междисциплинарного подхода к этой проблеме с участием терапевтов, пульмонологов, акушеров-гинекологов, перинатологов и педиатров.
Цель исследования. Изучить параметры адаптационного потенциала новорожденных от матерей с бронхиальной астмой
Материалы и методы. Проанализированы клинико-функциональные особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных у 327 больных БА. Группа сравнения — 70 беременных без бронхолегочных заболеваний. Адаптивные возможности изучены по адаптационным реакциям лейкоцитарной формулы (компьютерная программа «Антистресс»). Состояние адаптивной возможности организма детей определяли по гемограмме, используя лейкоцитограмму как индекс адаптации.
Результаты. У 92 новорожденных (28,1%) состояние было удовлетворительным, у 174 (53,2%) — средней тяжести, 61 (18,6%) — тяжелое. В группе сравнения эти показатели были: 53 (75,7%) и 17 (24,3%), тяжелого состояния не отмечалось.
У 101 (30,9%) новорожденного выявили снижение содержания гемоглобина, у 65 (19,9%) — моноцитопению, у 82 (25,1%) — лимфопению, у 52 (15,9%) — лимфоцитоз, у 27 (8,3%) — эозинофилию, то есть, у большинства имелись отклонения в гематологических показателях. Наибольшая выраженность их была у детей от матерей с неконтролируемой БА.
Выводы.
Однотипность стрессовых реакций матери и ребенка (при сопоставлении частоты реакций активации беременной с показателями новорожденных) отмечалась в 31,5% случаев, тогда как антистрессовых реакций — всего в 7,3%. Наряду с сохраняющейся частотой стресса это указывает на снижение адаптационно-компенсаторных возможностей в саморегулирующейся системе «мать-плацента-плод», способствуя повышенной заболеваемости детей.

СПЕЦИФИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Приходько К.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Актуальность данного исследования обусловлена вниманием медицинского сообщества к вопросам диагностики, терапии и профилактики бронхиальной астмы (БА) у беременных и в послеродовом периоде, что представляет собой одну из значимых проблем в сфере здравоохранения.
Цель исследования. Анализ клинико-функциональных особенностей течения БА в гестационном и послеродовом периодах.
Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение за 148 пациентками с БА на протяжении беременности и послеродового периода. Длительность мониторинга состояния женщин составляла от трех месяцев до пяти лет. Группу сравнения составили 70 здоровых беременных. Использованы клинико-анамнестические данные, тест по контролю над астмой (АСТ), исследование функции внешнего дыхания (спирометрия, пикфлоуметрия).
Результаты. В течение беременности ухудшение течения БА с нарастанием симптоматики и учащением обострений было отмечено у 69 (46,7%) женщин. Стабильное течение заболевания без существенной динамики зафиксировано у 64 (43,2%) пациенток, в то время как улучшение состояния наблюдалось лишь у 15 (10,1%) обследованных. Исследованы клинико-функциональные показатели течения БА при повторных беременностях и родах у 36 пациенток. У 21 (58,3%) была легкая БА, среднетяжелая — у 13 (36,1%), тяжелая — у 2 (5,6%). Обострение БА в первые трое суток после родов отмечено у 11 (7,4%), в течение последующих 2-4-х недель — у 48 (31,8%), через 2-4 месяца — у 35 (23,6%), через 6 месяцев — у 24 (16,2%). У 18 (12,2%) пациенток симптомы БА возобновились через год после родов. При оценке динамики течения БА в послеродовом периоде улучшение состояния после родов отмечено у 53 (36%) больных, без изменений — у 62 (41,9%), ухудшение — у 33 (22,2%). Улучшение самочувствия после родов в основном отмечалось у пациенток с контролируемой БА в период беременности. В то же время, только 12 (8,1%) женщин, отметивших утяжеление симптомов астмы во время гестации, сообщили о положительной динамике в послеродовом периоде. В послеродовом периоде пациентки получали ту же терапию, на которой ранее, до беременности, был достигнут контроль заболевания, с увеличением объема контролирующей терапии во время обострений.
Выводы.
У большинства больных с бронхиальной астмой течение заболевания в послеродовом периоде было без существенных изменений. Наибольшее количество обострений БА было зафиксировано в интервале от двух до четырех недель после родоразрешения.

НЕОБХОДИМОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ГРУППЫ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Приходько К.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Вопросы медико-социальной помощи подросткам являются чрезвычайно важными, требующими межведомственного подхода и взаимодействия. Специалисты медико-социальных отделений (МСО) формируют у родителей ответственное отношение к здоровью детей, используя индивидуальный подход.
Цель исследования. Обосновать необходимость углубленного психологического обследования подростков из семей группы социального риска для индивидуальной межведомственной программы медико-психологической и социальной реабилитации.
Материалы и методы. Отчеты детской поликлиники за 2022-2024 гг., психологический тест САН (социально-психологическая адаптированность (К. Роджерс, Р. Даймонд в адаптации Н.В. Снегиревой), подростки 14-17 лет, разделенные на 2 группы: I — из семей социального риска (53), II — группа сравнения из благополучных семей (30), статистические методы (Statistica).
Результаты. Проведен анализ отчетов 2022-2024 гг. МСО детской поликлиники №3 г. Благовещенска. Количество наблюдаемых семей на протяжении 3 лет практически не менялось (от 840 до 946), как и количество проживающих в них детей (1700-1840). В 3 раза увеличилось количество многодетных семей и в 3,5 раза — число детей в многодетных семьях. Возросло количество совместных посещений семей социальным работником и другими специалистами (психолог, юрист, педиатр и др.). Самая частая причина составления актов — обследование жилищно-бытовых условий — уменьшилась в 1,8 раза: от 814 (2022 г.) 438 (2024 г.), что говорит о положительной динамике. Специалист МСО составляет индивидуальную программу реабилитации для семьи группы риска, в которой важной частью является межведомственное взаимодействие. Для изучения адаптационного потенциала подростков использовали опросник социально-психологической адаптации (САН). Поведение подростков I и II групп значительно отличалось по таким показателям, как адаптивность ($p=0,001$), самопринятие ($p=0,001$), принятие других ($p=0,01$), уровень субъективного контроля ($p=0,05$), стремление к лидерству» ($p=0,001$).
Выводы.
Анализ работы МСО свидетельствует об эффективности индивидуальных программ реабилитации семей, находящихся в группе социального риска. Важным является включение в психопрофилактическую реабилитацию работу с подростками, ориентированную на результаты углубленного психологического тестирования. Определенный вклад в психопрофилактику вносят «волонтеры-медики», студенты Амурской медицинской академии, студенты факультета социальных наук Амурского государственного университета.

РИСК ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ ШЕСТОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Прохоров Д.Ю.
ФГБОУ ВО «ТулГУ», г. Тула, Россия

Актуальность. Профессиональное выгорание представляет собой серьезную проблему, которая может проявляться у студентов медицинских вузов уже на этапе обучения, особенно на старших курсах. Учитывая, что выпускники вскоре начнут самостоятельную врачебную практику, ранняя профилактика и выявление признаков выгорания имеют критическое значение для обеспечения качества их будущей профессиональной деятельности и сохранения психического здоровья.
Цель исследования. Изучение риска профессионального выгорания у студентов 6 курса.
Материалы и методы. Весной 2025 г. 133 студента 6 курса медицинского института (89 девушек и 44 юноши) заполняли опросник на определение уровня психического выгорания (MBI; Maslach et al., 1986). Статистическая обработка проведена с использованием пакета анализа MS Excel 21.0. и программы Statistica 12. Качественные различия оценивались с помощью критерия χ^2 Пирсона, достоверность при $p < 0,05$.
Результаты. При изучении суммарных показателей опросника (MBI) установлено, что у MBI 65% девушек имели сумму баллов как «среднюю» и «высокую», среди юношей 50%. При сравнительном анализе отдельных шкал опросника MBI достоверные гендерные различия выявлены по шкале «Психоэмоциональное истощение»: высокий риск данного состояния наблюдался у 71% девушек и у 50% юношей ($p < 0,05$). При этом по шкале «Деперсонализация» высокий риск отмечался у 45% девушек и 39% юношей, а по шкале «Редукция личных достижений» — у 30 и 25% соответственно. Достоверных гендерных различий по этим двум шкалам не выявлено.
Выводы.
Гендерные различия в уровне профессионального выгорания среди студентов выявлены по шкале «Психоэмоциональное истощение», при этом девушки-медики демонстрировали более высокий риск. В целом, профессиональное выгорание по сумме баллов по шкале MBI наблюдается у половины юношей и более чем у половины девушек. Полученные данные свидетельствуют о необходимости усиления профилактических мероприятий, направленных на предупреждение эмоционального выгорания у студентов медицинских вузов.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САТУРАЦИИ КРОВИ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Пунин А.А., Рачеева Ю.В., Петухов И.В., Елистратов Н.Д.
ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия

Актуальность. Оптимизация положения тела пациентов с заболеваниями органов дыхания — простой и неинвазивный метод улучшения оксигенации, снижения риска осложнений и повышения эффективности лечения, что делает данное исследование актуальным для клинической практики.
Цель исследования. Выявить зависимость показателей сатурации крови от положения тела у больных с заболеваниями органов дыхания.
Материалы и методы. Сатурация крови определена у 52 пациентов с заболеваниями органов дыхания, госпитализированных в ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в 2025 г. Сатурация определялась пульсоксиметром в положениях сидя, лежа на спине (ЛС), лежа на животе (ЛЖ), лежа на правом боку (ЛПБ), лежа на левом боку (ЛЛБ); при одностороннем поражении — лежа на больном боку (ЛББ), лежа на здоровом боку (ЛЗБ). Пациенты разделены на выборки по потенциальным факторам риска снижения сатурации.
Для пациентов рассчитано среднее значение сатурации крови (СЗСК) за время госпитализации. Сравнительный анализ выполнен с расчетом U-критерия Манна-Уитни, уровень критической значимости $\alpha=0,05$.
Результаты. Возраст пациентов составил 66,1 (12,8) лет, ИМТ 28,6 (6,1) кг/м^2. Двустороннее поражение легких выявлено у 71,2% пациентов (n=37), одностороннее — у 28,8% (n=15). 69,2% пациентов страдает ХСН (n=36). СЗСК в положении сидя при двустороннем поражении составило 94,4%; наблюдалось значимое снижение в положении ЛС — 92,5%, p=0,03. СЗСК в положении сидя при одностороннем поражении — 95,5%; значимо ниже в положениях ЛС — 93,3%, p=0,04, ЛББ — 91,6%.
Выводы.
Сатурация крови может значимо снижаться в зависимости от положения тела у пациентов с заболеванием легких и ХСН, что необходимо учитывать при формировании плана лечебных мероприятий для конкретного больного. В частности, для пациентов с односторонней пневмонией следует избегать положения лежа на больном боку, при наличии ХСН рекомендуется возвышенное положение головного конца кровати. Перспективно дальнейшее изучение взаимосвязи сатурации крови и положения тела, особенно для коморбидных пациентов.

РАСЧЕТ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ НЕВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ НА ОСНОВЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Радченко А.В., Кокорин В.А., Гимадиев Р.Р., Гольдберг А.С., Стуклов Н.И., Вареха Н.В., Макарчев А.И., Чаусова С.В., Щеголев О.Б., Вареха Л.А.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия
ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, Россия
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова» ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Расчетный показатель холестерина липопротеинов невысокой плотности (ХС-неЛВП) является независимым и мощным предиктором сердечно-сосудистого риска. Однако его определение требует выполнения расширенного липидного профиля, не входящего в программу диспансеризации, а именно: холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП), холестерина липопротеинов высокой плотности и триглицеридов. Разработка точной модели онлайн-прогноза уровня ХС-неЛВП на основе стандартных и доступных лабораторных показателей — клинического анализа крови, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), общего холестерина (ОХС), глюкозы плазмы натощак (ГПН), а также демографических показателей — позволит проводить оценку кардиометаболического риска (КМР) без дополнительных экономических затрат.
Цель исследования. Изучить эффективность применения регрессионного анализа машинного обучения (МО) абсолютного значения ХС-неЛВП по данным диспансеризации.
Материалы и методы. На основе обезличенных ретроспективных данных 279 332 пациентов (181 634 мужчины и 97 698 женщин), прошедших обследование в сетевых медицинских лабораториях, была создана прогнозная модель МО (платформа LightAutoML). Весь массив данных был разделен случайным образом на обучающую и тестовую выборки (4:1). В качестве предикторов использовались параметры, входящие в стандартную диспансеризацию. Целевой переменной выступал показатель ХС-неЛВП.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 58,6 ± 16,4 лет. Медиана ХС-неЛВП в группе с уровнем <3,4 ммоль/л составила 2,76 [2,35; 3,10] у 36,6% пациентов, а в группе ≥3,4 ммоль/л — 4,44 [3,90; 5,13] у 63,4% пациентов. Регрессионная модель продемонстрировала исключительную точность в прогнозе уровня ХС-неЛВП: коэффициент детерминации R^2=0,93, средняя абсолютная ошибка = 0,25 ммоль/л, средняя абсолютная процентная ошибка = 7% на тестовой выборке. Наиболее значимые предикторы модели: ОХС, пол, возраст, ГПН, эритроциты, СОЭ.
Выводы.
Высокая распространенность атерогенного сдвига в липидном профиле (ХС-неЛВП ≥3,4 ммоль/л) подтверждает данные эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации. Разработанная модель МО позволяет с высокой аналитической точностью прогнозировать уровень ХС-неЛВП, погрешность которой сопоставима с лабораторной (коэффициент вариации не должен превышать 10%). Это открывает возможность для массового, экономичного и высокоточного скрининга КМР на популяционном уровне без необходимости назначения дополнительных анализов липидограммы.

ВАЖНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НПВП-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ребров Б.А., Блудова Н.Г., Пахомов Н.А., Князева А.К.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) широко используются при ревматоидном артрите (РА). Однако при их высокой эффективности НПВП оказывают целый ряд нежелательных побочных эффектов, существенно ограничивающих их применение. Вероятность развития НПВП-гастропатии во многом связана с наличием у больного факторов риска (ФР).
Цель исследования. Установить вероятность выявления ГП у больных РА в зависимости от факторов риска.
Материалы и методы. Обследовано 97 больных с РА, лечившихся в условиях ревматологического отделения и находящихся под наблюдением ревматологического и гастроэнтерологического кабинетов поликлиники. Всем больным было проведено анкетирование. В числе прочих, анкета содержала описание семи ФР. К суммарному баллу добавлялся 1 балл при возрасте анкетируемого ≥65 лет, и 1 балл при наличии статуса курильщика. Всем больным было проведено анкетирование и была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). При ЭГДС проводилось определение выраженности ГП по шкале F.L. Lanza. Контрольную группу (КГ) составили 15 практически здоровых человек, сопоставимых по возрасту и полу с больными РА.
Результаты. Число больных РА не имеющих ФР составило 7 чел. или 7,2% от общего числа обследованных. У этих больных РА была выявлена ГП у 5 пациентов (71,4%). Среди пациентов, имеющих ≥ 1 ФР, ГП выявлена у 73 из 90 пациентов (81,1%), но разница с группой, не имевшей ФР, оказалась статистически незначимой ($\chi2 = 0,39$, $p > 0.05$; ОШ (95% ДИ = 1,718 (0,307-9,618)). В группе пациентов, имеющих ≥ 2 ФР, ГП выявлена у 70 из 83 пациентов (84,3%), при этом разница с группой, имевшей ≤ 1 ФР, оказалась достоверной и значимой ($\chi2 = 5,62$, $p < 0.05$; ОШ (95% ДИ) = 4,038 (1,201-13,581)).
У пациентов, имеющих ≥ 3 ФР, ГП выявлена у 58 из 65 пациентов (89,2%), при этом разница с группой, имевшей ≤ 2 ФР, оказалась достоверной и значимой ($\chi2 = 9,73$, $p < 0.05$; ОШ (95% ДИ) = 4,971 (1,719-14,374)). всего ГП обнаружена у 3 из 15 лиц КГ (20%). При этом 9 чел. (60%) не имели ФР, 3 чел. (20%) имели 1 ФР, и еще 3 чел. (20%) имели 2 ФР. Более 2 ФР не имел никто из лиц КГ. У лиц КГ без ФР эрозивное поражение желудка при ЭГДС выявлено у 1 пациента (11,1%), среди имеющих по 1 и 2 ФР — у 1 (33,3%) из 3 пациентов в обеих подгруппах.
Выводы.
Наличие двух и более ФР НПВП-гастропатии у больных с РА, с высокой степенью вероятности предполагает наличие ГП с вероятностью> 84 % и требует проведения лечебно-профилактических мероприятий независимо от объективных данных и данных ЭГДС, если она проводится.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НПВП-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ребров Б.А., Пахомов Н.А., Князева А.К.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. В клинической практике нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) представляют собой наиболее востребованный класс средств, используемых для комплексного лечения ревматоидного артрита (РА). Длительное применение НПВП может приводить к патологическим изменениям в гастродуоденальной зоне (ГДЗ), что в свою очередь вызывает осложнения, которые могут быть фатальными, и увеличивает экономические затраты. Сведения о локализации и тяжести поражений ГДЗ при гастропатии (ГП) разнятся.
Цель исследования. Определить особенности локализации и степень тяжести эндоскопических проявлений НПВП-гастропатии у пациентов с РА.
Материалы и методы. Обследовано 97 больных с РА, лечившихся в условиях ревматологического отделения и находящихся под наблюдением ревматологического и гастроэнтерологического кабинетов поликлиники. Всем больным было проведено анкетирование и была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с целью подтверждения ГП.
Результаты. Всего ГП при ЭГДС была подтверждена у 78 из 97 пациентов (80,4%). Большинство больных с ГП (72,2%) имели от 1 до 10 эрозий: единичные геморрагии обнаружены у 15 (15,5%) пациентов, 1-2 эрозии имели 26 (26,8%) пациентов, 3-10 эрозий найдены у 29 (29,9%) пациентов. Не имели эндоскопических проявлений ГП 19 (19,6%) пациентов, а более 10 эрозий было обнаружено у 8 (8,2%) больных, при этом язвы не были обнаружены ни у кого из участников исследования. Основная масса больных, совокупная доля которых составила 56,7%, имели от 1 до 10 эрозий, что соответствует 2 и 3 баллам по шкале Lanza. Большинство пациентов (68 чел.; 87,2%) имели эрозии в антральном отделе (АО). В большинстве случаев локализация эрозий в АО сочеталась с поражением других отделов желудка. Локализация эрозий в дне и теле желудка установлена у 12,8% больных. Для оценки взаимосвязи между локализацией эрозивных поражений и тяжестью поражения применен корреляционный регрессионный анализ, по результатам которого выявлена статистически значимая прямая связь средней силы: наиболее легкие по тяжести поражения обнаружены в дне и теле желудка, наиболее тяжелые — в АО и пилорическом канале (β=0,295729, p=0.008571).
Выводы.
Таким образом, у большинства больных РА с проявлениями НПВП-гастропатии, при первичной эндоскопии, выявлялись эрозии в АО и пилорическом отделах желудка. Реже эрозии встречались в дне, а также сочетано в дне и теле желудка. Тяжесть поражения нарастала в направлении от проксимальных отделов желудка к дистальным.

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ГИПОТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Реброва А.Б., Блудова Н.Г., Благинина И.И., Князева А.К., Ребров Б.А.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Лечение больных с субклинической гипотиреоидной дисфункцией (гипоСТД) с использованием левотироксина на сегодняшний день имеет неоднозначные мнения. В актуальных клинических руководствах отмечено, что клиническая необходимость вмешательства определяется предполагаемым влиянием на клинические результаты у больного в целом, с учнтом сочетанной патологии.
Цель исследования. Оценить эффективность использования левотироксина у больных РА в сочетании с гипоСТД.
Материалы и методы. Обследованы 63 больных РА с признаками гипоСТД. Все пациенты с помощью таблицы случайных чисел были разделены на две группы: I — 32 пациента, которые в течение 6 месяцев дополнительно получали левотироксин 25 мкг в сутки; группа II — 31 больной, которым была назначена только стандартная терапия РА. Контроль эффективности лечения осуществляли путем изучения в динамике клинико-лабораторных показателей.
Статистическая обработка полученных результатов с использованием программ Microsoft Excel и Statistica версии 8.0 StatSoft., Inc. Достоверность статистических показателей определялась при уровне $p<0,05$.
Результаты. До проведения исследования клинические показатели обследованных больных РА с гипоСТД обеих групп существенно не различались. Комплексная терапия больных 1 группы способствовала значительному уменьшению выраженности клинических показателей: уменьшение продолжительности утренней скованности суставов, количества болезненных и припухших суставов (КБС и КПС), индекса Ричи ($p<0,05$). Существенно снизились интенсивность боли в покое и при движении по шкале ВАШ, а также улучшилось состояние здоровья по HAQ ($p<0,05$).
В группе II также достоверно снизились продолжительность утренней скованности, КБС, КПС, индекс Ричи и боль в покое по ВАШ ($p<0,05$ во всех случаях). Однако, в отличие от группы I, не приобрели значимости динамика боли при движении по ВАШ и оценка больными качества жизни по HAQ ($p>0,05$).
Кроме того, после лечения у пациентов обеих групп достоверное снижались уровни РФ и ФНО-α ($p<0,05$ в обоих случаях). Но в I группе динамика клинико-лабораторных показателей была более значимой. Так, уровень СРБ и СОЭ достоверно снижались ($p<0,05$), тогда как во II группе эти показатели существенно не изменялись ($p>0,05$). Индекс DAS28 имел положительную динамику в обеих группах, однако степень достоверности в I группе была кратно больше, чем во II. В обеих группах больных наблюдалась тенденция к снижению титра АЦЦП, однако достоверные различия по данному показателю не были установлены.
Выводы.
Таким образом, комплексная терапия РА с использованием левотироксина повышает эффективность базисной терапии и способствует значительному уменьшению выраженности клинико-лабораторных показателей.

ПАЦИЕНТ С МИОДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е.В., Алиева Л.Х., Фефелова В.А.
РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва, Россия

Актуальность. Мышечная дистрофия Дюшенна (МДД) — генетическое, Х-сцепленное нервно-мышечное заболевание, обусловленное мутациями в гене дистрофина (DMD). Мутации приводят к дефициту или полному отсутствию белка дистрофина, что делает мышечные волокна уязвимыми к повреждениям и вызывает прогрессирующую потерю мышечной ткани и функциональности. Золотым стандартом диагностики МДД является отсутствие дистрофина при исследовании биоптата скелетных мышц, где также могут наблюдаться характерные дистрофические изменения.
Описание случая. Пациент, 18 лет, поступил в отделение реанимации с декомпенсацией сердечной недостаточности, астенией и гемодинамической нестабильностью (АД 60/20 мм рт. ст.), с выраженным дефицитом массы тела (рост 170 см, вес 46 кг, ИМТ 15,9 кг/кв.м.). Из анамнеза известно, что одышка, слабость и гипотония манифестировали в 14 лет, многократно обращался за медицинской помощью, была диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Генетическое тестирование проведено в возрасте 18 лет, выявлен патогенный вариант NM 004006: c.31+1G >T(p.(?) в гемизиготном состоянии в последовательности экзона 1 гена DMD. При госпитализации отмечались высокие уровни NTproBNP (13976 пг/мл), аспартатаминотрансферазы (43 МЕ/л), билирубин непрямой (69,5 мкмоль/л), билирубин общий (91,3 мкмоль/л), билирубин прямой (24,3 мкмоль/л), Гамма-глутамилтрансферазы (129 МЕ/л), щелочной фосфатазы (136 МЕ/Л), креатинин (170,3 мкмоль/л), мочевая кислота (911 мкмоль/л), мочевина (32,8 ммоль/л), Лактатдегидрогеназы (556 МЕ/л) и общей креатинфосфокиназы (508 МЕ/л), по данным коагулограммы явления гипокоагуляции. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия и асцит. При эхокардиографическом исследовании, снижение фракции выброса левого желудочка до 21%, дилатация всех камер сердца, диффузный гипокинез миокарда левого желудочка, регургитация на аортальном клапане 1 степени, митральном клапане 3 степени, трикуспидальном клапане 3 степени, умеренная легочная гипертензия. На фоне интенсивной терапии состояние пациента стабилизировалось.
При выписке рекомендована терапия: варфарин 2,5 мг по 1/2 таб., карведилол 3,125 мг 2 раза в день, торасемид 10 мг утром или фуросемид 40 мг утром, дапаглифлозин 10 мг утром. Выписан с рекомендацией консультации сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о трансплантации сердца. При дальнейшем контакте с родственниками, стало известно, что пациент скончался.
Заключение.
Представленный клинический случай подчеркивает сложность диагностики и лечения МДД. Первостепенное значение имеет своевременная консультация кардиолога при подозрении на МДД, позволяющая избежать тяжелых осложнений. Ранняя диагностика и незамедлительное оказание специализированной помощи — залог благоприятного исхода.

АНАЛИЗ ПРОСПЕКТИВНОГО ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА — ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е.В., Фефелова В.А., Алиева Л.Х.
ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова», г. Москва, Россия

Актуальность. Психоэмоциональные нарушения (ПЭН) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) являются частыми, но недостаточно изученными осложнениями, значительно ухудшающими прогноз, приверженность к лечению и качество жизни.
Цель исследования. Изучение частоты встречаемости и степени тяжести тревоги и депрессии у пациентов, госпитализированных с декомпенсацией ХСН.
Материалы и методы. В проспективное исследование включено 83 пациента, 35 (42,2%) женщин, 48 (57,8%) мужчин, Me возраста 73 [67-82] года. ПЭН оценивались по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Также рассчитывался индекс коморбидности Чарлсон. Симптомы СН (одышка и отеки) отмечались у 100% пациентов. Курение отмечалось у 37 (44,6%) пациентов. У 33 (39,8%) пациентов была диагностирована хроническая болезнь почек. Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе было диагностировано у 23 (27,7%) пациентов, все из которых были мужчинами.
Результат. Тревога выявлена у 58 (69,9%) пациентов. Умеренная тревога значимо чаще встречалась у женщин, чем у мужчин (82,9% vs 60,4%, p=0,042). Вероятно, это связано с большим вниманием женщин на телесные ощущения (например, сердцебиение). Депрессия диагностирована у 68 (81,9%) пациентов, клинически выраженная — у 40 (48,2%). Клинически выраженная депрессия наблюдается примерно в равном соотношении как у женщин, так и у мужчин (51,4 vs 45,8%, p=0,124). У 22 (95,7%) пациентов с ОНМК в анамнезе выявлена депрессия (p=0,037). У пациентов с тревогой и депрессией индекс коморбидности Чарлсон был выше, чем у пациентов без диагностированных ПЭН (p=0,001). Выраженность ПЭН была статистически значимо связана с более старшим возрастом (Me возраста пациентов с тревогой и депрессией составила 76 [72-82] лет). Эти данные подтверждают мультифакторный патогенез нейропсихиатрических расстройств при ХСН — от нейровоспаления и гипоперфузии до метаболических и психосоциальных факторов.
Выводы.
У пациентов с ХСН наблюдается высокая распространенность ПЭН. Необходимо внедрение рутинного скрининга этих нарушений в клиническую практику для разработки комплексных персонализированных подходов к ведению данной категории больных. Крайне важно, чтобы у пациентов сохранялись когнитивные функции, позволяющие обеспечивать способность к самообслуживанию, приверженность к терапии и социальную адаптацию с сохранением трудоспособности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСЕЛЬТАМИВИРА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ВИРУСНЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Решетникова Л.К., Сулима М.В.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Во многих случаях началом заболевания является ОРВИ, за которым следует резкое ухудшение состояния пациента с формированием внебольничной пневмонии (ВП), вследствие чего рекомендуется назначение противовирусных препаратов.
Цель исследования. Оценить эффективность использования противовирусного препарата Осельтамивир у пациентов с ВП, у которых в числе причинных факторов возникновения респираторной патологии имела место ОРВИ.
Материалы и методы. Обследовано 22 пациента, которым в дополнение к базисной терапии назначали препарат Осельтамивир 75мг 1 раз в день. В качестве контрольной группы обследовали 20 больных с аналогичной патологией, которые Осельтамивир не получали. Среди пациентов преобладали мужчины 25-46 лет. Всем больным выполнялись КТ легких, клинические и биохимические анализы крови, исследовалась функция внешнего дыхания (ФВД) с определением ОФВ1 на аппарате SuperSpiro.
Результаты. На фоне приема препарата по сравнению с данными в контрольной группе нами констатирована более ранняя нормализация температуры, лабораторных показателей, исчезновение респираторных патологических проявлений. Также выявлено увеличение ОФВ1 на 7%. Помимо вышеизложенного у всех больных, получавших Осельтамивир, на 2-3 дня раньше по сравнению с контрольной группой состояние было расценено как удовлетворительное с явной положительной КТ-динамикой.
Выводы.
Полученные результаты позволяют рекомендовать прием противовирусных препаратов в комплексе с базисной терапией у пациентов с ВП, сочетающейся с вирусным респираторным заболеванием.

ПОЗИТИВНАЯ ДИНАМИКА ПРИВЫЧЕК ПИТАНИЯ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Ржавцева Т.С., Карамнова Н.С., Куценко В.А., Швабская О.Б., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Максимов С.А., Евстифеева С.Е., Муромцева Г.А., Капустина А.В., Котова М.Б., Шальнова С.А., Драпкина О.М.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Питание имеет динамический характер в популяции, в том числе и у лиц с артериальной гипертонией (АГ).
Цель исследования. Изучить 10-летнюю динамику характера питания лиц с АГ в российской популяции.
Материалы и методы. Проанализирована представительная выборка неорганизованного мужского (n=9022) и женского (n=11353) населения 13 регионов РФ в возрасте 35-64 лет, имеющих АГ из эпидемиологических исследований ЭССЕ-РФ и ЭССЕ-РФ3. Анализ проведен по основным группам продуктов и пищевым моделям (ПМ). ПМ избыточное потребление (ИзбП) соли (досаливание, ежедневное потребление солений/мясоколбасных изделий), ПМ ИзбП сахара (ежедневное потребление сладостей или более 10 чл/день), ПМ ЗОЖ (ежедневно овощи/фрукты, отсутствие ИзбП соли), ПМ Кардио (ежедневно овощи/фрукты, регулярно рыба, низкожировые молочные продукты, растительное масло в пищу). Результаты в %, ОШ, 95% ДИ.
Результаты. За 10-летний период у лиц с АГ отмечено увеличение ежедневного потребления молочных продуктов: творога (ОШ 95% ДИ 1,22 [1,14-1,3]), сыра (1,32 [1,24-1,39]), сметаны (1,71 [1,6-1,82]), преимущественно у женщин, но потребление жидких форм снизилось на 7% (0,93 [0,88-0,98]).
Выводы.
Среди лиц с АГ в российской популяции отмечена позитивная динамика пищевых привычек, направленная в сторону оздоровления.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Ризатдинова Ф.Н., Фейсханова Л.И.
ФГБОУ ВО КазГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Псориаз — хроническое, генетически обусловленное и иммуноопосредованное воспалительное заболевание кожи, которое поражает 2-3% населения европеоидной расы. У значительной части этих пациентов развивается псориатический артрит. Активная форма артрита является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому следует использовать персонифицированный подход при обследовании на предмет субклинического поражения сердца.
Цель исследования. Выявить особенности структурно-геометрического ремоделирования миокарда у пациентов с псориатическим артритом.
Материалы и методы. В исследовании участвовало 74 пациента с псориатическим артритом, средний возраст 50,5±12,4 лет, из которых 43 мужчин, 31 женщина. Всем пациентам проводились стандартные лабораторные исследования и трансторакальная эхокардиография. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.8.5 (разработчик — ООО Статтех, Россия).
Результаты. Было обнаружено, что у пациентов с внутрисуставным остеолизом на фоне артрита толщина межжелудочковой перегородки сердца больше (1,02±0,14 см), чем в отсутствие остеолиза (0,9±0,15 см), p=0,034. Наличие стеатоза печени, характерного для лиц с псориазом, также сопровождалось увеличением толщины межжелудочковой перегородки: 1,02±0,16 см и 0,91±0,14 см, соответственно (p=0,005). Помимо этого, у них отмечалось снижение фракции выброса левого желудочка: 62% [58-64] и 65% [61-67], соответственно (p=0,031), увеличение пика А на митральном клапане: 75,1±16,9 и 67,2±14,2 см/с, соответственно (p=0,05). Увеличение длительности заболевания обратно коррелирует с пиком Е (ρ=-0,381, p=0,003) и соотношением Е/А на митральном клапане (ρ=-0,418, p=0,001).
Выводы.
У пациентов с псориатическим артритом необходимо регулярно проводить эхокардиографию для выявления начальных признаков гипертрофии миокарда левого желудочка, диастолической и систолической дисфункции. Особенный акцент необходимо делать на состоянии миокарда у пациентов с внутрисуставным остеолизом и поражением печени.

ВАЛИДНОСТЬ МЕТОДИКИ ТЕСТИРОВАНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРА IN VITRO ПРИ МОДЕЛИРОВАННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Ромащенко О.В.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Оценить влияние метаболических корректоров на энергетический обмен в митохондриях в условиях реальной клинической практики представляет большую сложность, в связи с чем представляет интерес валидизация методики тестирования цитопротектора in vitro.
Цель исследования. Оценить валидность методики тестирования цитопротекторного препарата in vitro путем сопоставления данных влияния цитофлавина на показатели энергетического обмена в митохондриях клеток крови животных при моделированной ишемии миокарда в условиях in vitro и in vivo.
Материалы и методы. Проводили экспериментальное исследование 60 крыс линии Wistar. Часть исследований выполняли in vitro, другую часть — in vivo. Моделирование ишемии миокарда выполняли путем внутрибрюшинного введения эпинефрина по методу Д.В. Гаман. Показатели энергетического обмена изучали в митохондриях лейкоцитов крови животных: активность пируватдегидрогеназы (ПДГ) и цитратсинтетазы (ЦС) биохимическими спектрофотометрическими методами. На фоне сформированной ишемии миокарда животным вводили цитофлавин в терапевтической концентрации, которую рассчитывали по формуле Ю.Р. Рыболовлева (в случае исследования in vivo) либо вносили в лунки с лейкоцитарной взвесью в сопоставимой концентрации (при исследовании in vitro). Животных делили на группы: 1) крысы интактные, исследование in vitro (n=10); 2) крысы с моделированной ишемией миокарда, исследование in vitro (n=10); 3) крысы с моделированной ишемией миокарда, которым вводили цитофлавин in vitro (n=10); 4) крысы интактные, исследование in vivo (n=10); 5) крысы с моделированной ишемией миокарда, исследование in vivo (n=10); 6) крысы с моделированной ишемией миокарда, которым вводили цитофлавин in vivo (n=10); Выполняли статистическую обработку данных с помощью программы Microsoft Excel 2016, достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента, выполняли корреляционный анализ.
Результаты. Обнаружили однонаправленные изменения активности показателей энергетического обмена — ПДГ и ЦС в митохондриях лейкоцитов крови животных как при проведении исследований in vivo, так и при выполнении исследований in vitro. Так, по данным нашего исследования активность ПДГ при исследовании in vivo составила 17,21±0,02 мкмольНАД/мин·мг у интактных крыс, 12,26±0,16 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда и 15,91±0,25 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда после введения цитофлавина ($p<0,001$ при сравнении групп между собой); активность ЦС при исследовании in vivo составила 2,09±0,04 нмоль/мин·мг у интактных крыс, 1,01±0,02 нмоль/мин·мг у крыс с ишемией миокарда и 2,03±0,04 нмоль/мин·мг у крыс с ишемией миокарда после введения цитофлавина ($p<0,001$ при сравнении групп между собой). При исследовании in vitro активность ПДГ составила 16,73±0,34 мкмольНАД/мин·мг у интактных крыс, 11,81±0,13 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда и 15,09±0,05 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда.
Выводы.
В экспериментах in vivo и in vitro продемонстрированы эффекты формирования энергодефицита при моделировании ишемии миокарда и энергокоррегирующее влияние цитофлавина в соответствии с фармакодинамикой данного лекарственного препарата. Методика тестирования цитопротекторного препарата in vitro при ишемии миокарда является высоко валидной.

ЦИТОФЛАВИН IN VITRO и IN VIVO — ЭНЕРГОКОРРЕГИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ МОДЕЛИРОВАННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Ромащенко О.В.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Оценить влияние метаболических корректоров на энергетический обмен в митохондриях в условиях реальной клинической практики представляет большую сложность, в связи с чем представляет интерес валидизация методики тестирования цитопротектора in vitro.
Цель исследования. Изучить влияние цитофлавина как цитопротектора на показатели энергетического обмена в митохондриях клеток при моделированной ишемии миокарда в условиях in vitro и in vivo.
Материалы и методы. Проводили экспериментальное исследование 60 крыс линии Wistar. Часть исследований выполняли in vitro, другую часть — in vivo. Моделирование ишемии миокарда выполняли путем внутрибрюшинного введения эпинефрина по методу Д.В. Гаман. Показатели энергетического обмена изучали в митохондриях лейкоцитов крови животных: активность пируватдегидрогеназы (ПДГ) и цитратсинтетазы (ЦС) биохимическими спектрофотометрическими методами. На фоне сформированной ишемии миокарда животным вводили цитофлавин в терапевтической концентрации, которую рассчитывали по формуле Ю.Р. Рыболовлева (в случае исследования in vivo) либо вносили в лунки с лейкоцитарной взвесью в сопоставимой концентрации (при исследовании in vitro). Животных делили на группы: 1) крысы интактные, исследование in vitro (n=10); 2) крысы с моделированной ишемией миокарда, исследование in vitro (n=10); 3) крысы с моделированной ишемией миокарда, которым вводили цитофлавин in vitro (n=10); 4) крысы интактные, исследование in vivo (n=10); 5) крысы с моделированной ишемией миокарда, исследование in vivo (n=10); 6) крысы с моделированной ишемией миокарда, которым вводили цитофлавин in vivo (n=10); Выполняли статистическую обработку данных с помощью программы Microsoft Excel 2016, достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.
Результаты. Обнаружили однонаправленные изменения активности показателей энергетического обмена — ПДГ и ЦС в митохондриях лейкоцитов крови животных как при проведении исследований in vivo, так и при выполнении исследований in vitro. Так, по данным нашего исследования активность ПДГ при исследовании in vivo составила 17,21±0,02 мкмольНАД/мин·мг у интактных крыс, 12,26±0,16 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда и 15,91±0,25 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда после введения цитофлавина ($p<0,001$ при сравнении групп между собой); активность ЦС при исследовании in vivo составила 2,09±0,04 нмоль/мин·мг у интактных крыс, 1,01±0,02 нмоль/мин·мг у крыс с ишемией миокарда и 2,03±0,04 нмоль/мин·мг у крыс с ишемией миокарда после введения цитофлавина ($p<0,001$ при сравнении групп между собой). При исследовании in vitro активность ПДГ составила 16,73±0,34 мкмольНАД/мин·мг у интактных крыс, 11,81±0,13 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда и 15,09±0,05 мкмольНАД/мин·мг у крыс с ишемией миокарда.
Выводы.
В экспериментах in vivo и in vitro продемонстрированы эффекты формирования энергодефицита при моделировании ишемии миокарда и энергокоррегирующее влияние цитофлавина в соответствии с фармакодинамикой данного лекарственного препарата.

МЕТОДЫ БОРЬБЫ С АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ: РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ

Руина О.В., Мельниченко О.В., Жукова О.В., Герман В.В., Лукина Е.А.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Рост устойчивости микроорганизмов к антибиотикам представляет собой одну из основных проблем современной медицины. Разработка эффективных протоколов антибиотикотерапии по данным о микробной резистентности может повысить эффективность лечения и снизить распространенность устойчивых штаммов.
Цель исследования. Оптимизация схемы эмпирической и этиотропной антибиотикотерапии на основе анализа профиля микробной резистентности биосубстратов, полученных у пациентов с тяжелыми инфекциями.
Материалы и методы. Исследовано 392 положительных биообразца пациентов многопрофильного стационара плановой высокотехнологичной медицинской помощи и отдельно отделения реанимации — моча, кровь, раневое отделяемое, мокрота, трахеальный аспират, материал бронхоальвеолярного лаважа, посев со слизистой носа, ротоглотки, половых органов, транссудаты и экссудаты, отделяемое дренажей, ликвор. Оценивались частота идентификации различных возбудителей, спектр их чувствительности к антибактериальным препаратам (методы: автоматизированная система VITEK 2 Compact, диск-диффузионный метод), структура назначений антибиотиков до и после внедрения новых локальных протоколов. Статистическая обработка выполнена с использованием программных комплексов WHONET 5.4 и Statistica 13.0.
Результаты. Основными возбудителями были выделены: грибы рода Candida (15%), Klebsiella pneumoniae (35%), Pseudomonas aeruginosa (24%), Acinetobacter baumannii (18%), Staphylococcus aureus (MRSA — 12%). Отмечено значительное увеличение доли мультирезистентных штаммов среди грамнегативных бактерий. После внедрения обновленных локальных протоколов назначения карбапенемов снизилось на 21%, а комбинаций β-лактам/ингибитор β-лактамаз — увеличилось на 17%. Доля случаев неэффективного эмпирического лечения сократилась с 28% до 14% ($p<0,05$).
Выводы.
Внедрение локальных протоколов антибиотикотерапии с учетом текущего профиля резистентности позволило улучшить исходы лечения тяжелых инфекций у пациентов и рационализировать использование антибактериальных препаратов. Опыт подтверждает необходимость регулярного мониторинга микробной чувствительности. Для оптимизации антимикробной терапии целесообразно внедрение персонализированных протоколов с участием клинического фармаколога с анализом фармакокинетики, фармакодинамики и индивидуальных особенностей пациента, обеспечивая баланс между эффективностью и безопасностью. Это повысит эффективность лечения, снизит риск резистентности и улучшит исходы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Румянцева О.И.
ФГБНУ НИИ МТ, г. Москва, Россия

Актуальность. Результаты многих исследований подтверждают высокий процент встречаемости сердечно-сосудистой патологии у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями — хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА). В профессиональной патологии при воздействии некоторых металлов (железо, цинк, кальций, свинец, медь) доказано первичное формирование болезней органов кровообращения у лиц с респираторной патологией. В последние годы структура методов лечебной реабилитации пациентов м профессиональной патологией расширяется за счет сочетанного применения новых методик, включающих пульмо- и кардиореабилитацию. Одним из перспективных подходов является применение повторных многократных эпизодов адаптации к гипоксии — интервальных гипоксических тренировок (ИГТ).
Цель исследования. Оценить эффективность воздействия ИГТ на состояние сердечно-сосудистой системы в отношении увеличения функциональных показателей у пациентов с кардиопульмональной патологией профпатологического отделения.
Материалы и методы. Исследование проводилось как открытое проспективное наблюдение в выбранных группах, с участием 33 пациентов с кардиопульмональной патологией: профессиональной БА (n=22) и профессиональной ХОБЛ (n=11). Пациентам проводился курс ИГТ, включающей 14 процедур, по 45 минут каждая, с чередованием подачи гипоксической газовой смеси с 11-12% атмосферного кислорода (O2) (5-7 минут), затем 2-3 минуты — гипероксической газовой смеси с 35% O2 вместо традиционной нормоксической паузы.
Результаты. Постинтервенционные изменения диастолической функции ЛЖ в группе пациентов с профессиональной ХОБЛ, АГ и ИБС продемонстрировали крайне незначительную положительную динамику в виде увеличения скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ на 5,1% и на 3,67% скорость позднего диастолического наполнения, соотношение между ранним и поздним кровотоком в диастолу увеличилось на 18%, тогда как в группе пациентов ПБА и ГБ прирост данных показателей гемодинамики составил 9,9% и 7,75% соответственно, соотношение увеличилось на 33,7%. Пациенты с сочетанием профессиональной БА и сердечно-сосудистой патологией (ГБ и ИБС) продемонстрировали умеренную положительную динамику в виде увеличения скорости раннего диастолического наполнения желудочка на 7,5%, скорости позднего диастолического наполнения ЛЖ на 6,1%, соотношение между ранним и поздним кровотоком в диастолу на митральном клапане ЛЖ увеличилось на 27%.
Выводы.
1. Выявлено увеличение фракции выброса ЛЖ, максимальной скорости потока в фазу раннего и позднего наполнения ЛЖ. 2. Наименее выраженный клинический ответ получен в группе пациентов, сочетающих профессиональную хроническую обструктивную болезнь легких, артериальную гипертензию и ишемическую болезнь сердца, что диктует необходимость своевременной стартовой персонифицированной терапии. 3. Комбинация использования режимов гипоксии-гипероксии увеличивает эффективность гипоксических тренировок, а их внедрение открывает дополнительные перспективы в расширении средств превентивной медицины, реабилитации и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с профессиональной бронхолегочной патологией

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО СИБИРСКОГО РЕГИОНА ПО ОТДЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ ШКАЛЫ LIFE'S ESSENTIAL 8

Руф Р.Р., Шабалин В.В., Гринштейн Ю.И.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Шкала Life's Essential 8 является наиболее современным инструментом оценки индивидуального и популяционного сердечно-сосудистого здоровья. Наряду с интегральным показателем здоровья шкала позволяет детализировать показатели по отдельным параметрам, что может служить основой для выработки персонализированных стратегий профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
Цель исследования. Оценить показатели сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8 в популяции крупного сибирского региона.
Материалы и методы. В рамках исследования ЭССЕ-РФ нами сформирована репрезентативная выборка из 1203 жителей города Красноярска и 400 жителей Березовского района Красноярского края. У всех участников исследования выявлены факторы сердечно-сосудистого риска путем анкетирования, измерены артериальное давление, антропометрические показатели, липидограмма крови и уровень гликемии натощак. По шкале Life's Essential 8 рассчитаны показатели сна, питания, курения, физической активности, индекса массы тела, глюкозы и липидов крови. Балл по каждому из показателей здоровья подразделялся на высокий (80-100 баллов), средний (50-79 баллов) и низкий (49 баллов и ниже).
Результаты. Показатель сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8 распределился на высокий, средний и низкий соответственно в следующих пропорциях. По уровню гликемии натощак 64,6, 31,8 и 3,6%. По индексу массы тела 36,3, 31,0 и 32,7%. По уровню липидов крови 36,6, 27,8 и 35,6%. По уровню АД 25,8, 42,4 и 31,8%. По курению 52,9, 20,2 и 26,9%. По длительности сна 67,3, 20,9 и 11,9%. По характеру питания 0,1, 49,4 и 50,5%. По уровню физической активности 44,8, 17,4 и 37,8%.
Выводы.
Шкала Life's Essential 8 показала, что для оптимального управления сердечно-сосудистым риском на популяционном уровне наибольшего внимания требуют обеспечение доступности питания и физической активности, контроль массы тела, уровня липидов крови и артериального давления.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ

Савченко М.А., Колезнев С.Ю., Ляшенко А.М., Козик В.А.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Острый коронарный синдром (ОКС) и инфаркт миокарда (ИМ), в частности, являются ведущей причиной по уровню заболеваемости и смертности в большинстве российских регионов. В связи с этим по всей стране были открыты региональные сосудистые центры (РСЦ) с возможностью быстрой доставки пациента в стационар и проведения операции коронароангиографии (КАГ) со стентированием инфаркт-связанной артерии (ИСА) в условиях рентген-операционной.
Цель исследования. Оценить показатели работы регионального сосудистого центра на примере г. Новосибирск с 2023 по 2025 гг.
Материалы и методы. В качестве материалов и методов привлечены данные годовых отчетов РСЦ за три года, были использованы данные статистической отчетности больницы и данные, полученные при анализе медицинской документации (историй болезни, журналов наблюдения за тяжелыми больными, учета консультаций), а также данные регистра случаев острого коронарного синдрома.
Результаты. С расширением возможностей работы отделения рентген-эндоваскулярных методов диагностики и лечения существенно изменились показатели работы и кардиологического отделения. В 2023 г. всего проведено 514 КАГ, (чрескожных коронарных вмешательств) ЧКВ 386, из них стентирований 343. В 2024 г. проведено КАГ 547, ЧКВ 360, из них стентирований 343. Пациентам с инфарктом миокарда (ИМ) в 2023 г. проведена КАГ в количестве 334, ЧКВ 308, из них стентирований 278. А в 2024 г. пациентам с ИМ проведена КАГ в количестве 385, ЧКВ 323, стентирований 311 штук. В отношении нестабильной стенокардии, в 2023 г. КАГ проведено 180, из них ЧКВ 78, стентирований 65. В 2024 г. КАГ проведено 162, из них ЧКВ 27, стентирований 32.В структуре выполненных ангиографических интервенций доминируют ЧКВ. Процент ЧКВ при ОКС в РСЦ всегда выше за счет форм ОКС, поступающих в РСЦ. Все пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, независимо от тяжести их состояния сразу попадают в рентгеноперационную. Доля пациентов, пролеченных консервативно, это больные, у которых ЧКВ не проведено в силу ряда причин («чистые сосуды», многососудистое поражение).
Выводы.
Таким образом, проанализировав данные работы РСЦ, стоит отметить, что количество проведенных стентирований по всем нозологическим группам увеличилось. Процент ЧКВ при ОКС в РСЦ всегда выше за счет форм ОКС, поступающих в РСЦ. А также значит, что улучшилась скоропомощная доставка пациента в стационар и увеличился объем пролеченных пациентов, что говорит об улучшении показателей по сердечно-сосудистой выживаемости и улучшению качества жизни пациентов.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СКЛОННОСТЬЮ К РИСКУ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Садырин Р.В., Мельниченко О.В., Руина О.В., Герман В.В., Лукина Е.А.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности взрослого населения России, причем значительную долю занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), в частности острый инфаркт миокарда (ИМ). Чаще всего ИМ развивается из-за повреждения атеросклеротической бляшки с последующим тромбозом и окклюзией коронарной артерии. Однако, существуют и другие факторы, такие как наследственные генетические варианты, увеличивающие риск тромботических осложнений.
Описание случая. Мужчина 37 лет обратился в областной кардиологический диспансер (ОКД) с диагнозом ИБС: острый нижний Q-ИМ с подъемом сегмента ST, Killip I. За неделю до этого его экстренно госпитализировали в региональный сосудистый центр с направляющим диагнозом «ОКС с подъемом сегмента ST». При поступлении был типичный болевой синдром. Электрокардиография: подъем ST в отведениях II, III, AVF и реципрокные изменения в V1-V3. Тропонин I повышен в 30 раз, а липидный профиль оставался в норме. Проведена коронарная ангиография, выявившая острую тромботическую окклюзию правой коронарной артерии без признаков атеросклероза, остальные сосуды интактны Выполнена процедура тромбоаспирации. Начато стандартное медикаментозное лечение инфаркта миокарда: ИАПФ, β-блокатор, ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрел и аторвастатин. При УЗИ сосудов головы и нижних конечностей атеросклеротических изменений не обнаружено. Пациент был выписан на 6-й день в удовлетворительном состоянии. Кардиологом ОКД проведена эскалация антиагрегантной терапии — ривароксбан 2,5 мг 2 раза в день, предположив тромботическую природу ИМ, не связанную с атеросклерозом. При повторном осмотре через 2 недели выявлен положительный волчаночный антикоагулянт и генетические варианты (4G4G PAI-1, T/C ITGB3, C/T ITGA2), указывающие на высокий риск тромбозов и низкую эффективность АСК. Терапия была скорректирована. Консультирован ревматологом — заболеваний не выявлено. Через 3 месяца проведено повторное обследование на антифосфолипидный синдром: волчаночный антикоагулянт слегка повышен, антитела отрицательны. Пациент направлен к гематологу для уточнения диагноза и коррекции лечения.
Заключение.
Особенность клинического случая — необходимость проведения генетического анализа для выявления полиморфизмов в генах, ответственных за синтез белков гемостаза, у части молодых пациентов с низким риском развития ишемических сердечно-сосудистых заболеваний, перенесших инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения в отсутствии явного атеросклеротического генеза острого события.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОЦУБО

Садырова Д.А., Синицына Д.А., Наговицин А.К.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Актуальность. Клиническая картина кардиомиопатии такоцубо практически неотличима от острого коронарного синдрома, что создает ряд трудностей для дифференциальной диагностики. Традиционные биомаркеры, используемые для оценки функции сердца, обладают ограниченной специфичностью для диагностики КТ. Поиск новых способов лабораторной диагностики КТ является актуальным.
Цель исследования. Оценить диагностические возможности традиционных и новых биомаркеров для дифференциальной диагностики кардиомиопатии такоцубо и острого коронарного синдрома.
Материалы и методы. Проведен анализ литературы за 2020-2025 гг. с использованием баз PubMed, Scopus и Web of Science. Использованы ключевые слова Takotsubo cardiomyopathy, Takotsubo syndrome, stress cardiomyopathy, biomarkers.
Результаты. Установлено, что соотношения биомаркеров превосходят изолированное определение отдельных показателей. Соотношение NT-proBNP/тропонин Т демонстрирует высокую диагностическую эффективность: так, по данным Fröhlich et al значение выше 2889 позволяет дифференцировать кардиомиопатию такоцубо от ИМпST с чувствительностью 91% и специфичностью 95%, а значение выше 5000 эффективно для дифференциации от ИМбпST с чувствительностью 83% и специфичностью 95%. Исследование Rallidis et al. также подтвердила возможность применения соотношения NT-proBNP/тропонин для дифференциальной диагностики КМПТ. Среди новых биомаркеров наилучшие результаты показали sST2 с площадью под ROC-кривой 0,879 для дифференциации от ишемической кардиомиопатии (Topf et al), а также соотношение копептин/NT-proBNP с AUC 0,8713 (Budnik et al). Одним из перспективных направлений является исследование микроРНК, включая miR-1, miR-16, miR-26a и miR-133a, что было определено в работе Jaguszewski et al. Выявлена важная роль воспалительных маркеров, причем уровень С-реактивного белка коррелирует с тяжестью течения заболевания и риском рецидивов.
Выводы.
Проведенный обзор показывает актуальность совершенствования диагностики кардиомиопатии такоцубо. Одним из наиболее перспективных направлений является переход к применению интегративных диагностических панелей, включающих молекулярно-генетические и нейрогормональные маркеры.

СИНДРОМ НУНАН И АДЕНОМА ГИПОФИЗА — СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

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

Актуальность. Диагностика опухолевых процессов у пациентов с генетическими синдромами требует особого внимания и подхода. Ярким примером такой взаимосвязи является сочетание у пациента синдрома Нунан и аденомы гипофиза. Целью работы является демонстрация особенностей клинического течения RAS-патий, а также подходов к диагностике и лечению данной пациентки.
Описание случая. Проведено комплексное исследование пациентки 20 лет с синдромом Нунан, с жалобами на увеличение массы тела на 11 кг за 2 месяца, появление одышки при физической нагрузке, перебоев в работе сердца, общей слабости. При МРТ головного мозга выявлена аденома гипофиза. При ЭХОКГ — гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) с умеренной обструкцией выходного тракта левого желудочка. При холтеровском мониторировании (ХМ) ЭКГ — эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии. Лабораторно подтверждено развитие гиперкортицизма, выполнена аденомэктомия, назначена заместительная гормональная терапия гидрокортизоном. Стратифицирован риск внезапной сердечной смерти (ВСС) — 5.76% (средний) по шкале HCM Risk SCD. В связи с наличием симптомов ХСН и средним уровнем риска ВСС скорректирована терапия, рекомендована консультация аритмолога для решения вопроса об имплантации кардиовертера — дефибриллятора. Поскольку сигнальный путь RAS играет ключевую роль в канцерогенезе, обследование пациентки проводилось с учетом онконастороженности — патологии не выявлено.
Заключение.
В связи с многообразием клинических проявлений у пациентов с синдромом Нунан необходимо динамическое наблюдение и междисциплинарное взаимодействие врачей разных специальностей. Характерные сердечно-сосудистые проявления (ГКМП, аномалии строения клапанов, нарушения ритма), помимо лечения ХСН, требуют стратификации риска ВСС и соответствующей профилактики. Ключевая роль мутаций генов семейства RAS в канцерогенезе требует соблюдений принципов онконастороженности при ведении пациентов.

ФАКТОРОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТРОМБОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Сайфутдинов Р.И., Бугрова О.В., Редюков А.В., Пчеляков И.М.
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Актуальность. Частота встречаемости артериальных тромбозов в последние годы значительно возросла, в том числе наблюдается тенденция к снижению среднего возраста возникновения тромботических процессов.
Цель исследования. Выявить закономерность между частотой встречаемости различных факторов риска и возникновением тромбозов в зависимости от локализации тромботического процесса.
Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано 70 пациентов мужского пола, в возрастном диапазоне от 35 до 79 лет с острым коронарным синдромом (ОКС) — 45 человек и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по типу ишемического инсульта (ИИ) — 25 человек. Оценивались следующие факторы риска: возраст, уровень артериального давления, индекс массы тела (ИМТ), липидный спектр, скорость клубочковой фильтрации, уровень тромбоцитов крови, глюкозы и мочевой кислоты.
Результаты. Средний возраст пациентов первой группы составил 58,2 года (41-79 лет), а во второй группе — (ИМТ>25,0) 54,1 года (35-82 года), что свидетельствует о сопоставимости групп по возрасту. Из 45 пациентов с ОКС у 37,8% отмечалась избыточная масса тела (ИМТ>25), а у 44,4% — ожирение (ИМТ>30). При этом 1 степень ожирения наблюдалась у 24,4%, а более тяжелые степени (2-3) у 6%. У пациентов с ишемическим инсультом избыточная масса тела отмечалась у 44,0%, первая степень ожирения у 24,1%, а тяжелые степени ожирения (2-3) у 12%. Гиперхолестеринемия отмечена у 24,4% пациентов с ОКС и 36,2% лиц с ишемическим инсультом. Следует отметить более высокую частоту гипергликемии натощак у пациентов с коронарной патологией (77,8%) по сравнению с лицами с острым нарушением мозгового кровообращения (16,1%). При этом сахарный диабет отмечен в равной доле в обеих группах (~ 64%). В обеих группах был отмечен достаточно высокий процент лиц с хронической болезнью почек (ОКС — 62,2 и ИИ — 48,0% соответственно), при этом у лиц с ОНМК отмечена большая распространенность тяжелой ХБП 3 стадии — 12,1% против 6,7% у лиц с ОКС. Существенных отличий в уровнях артериального давления не было.
Выводы.
В ходе проведенного анализа была выявлена тенденция к большей встречаемости тяжелых форм ожирения 2-3 степени и хронической болезни почек 3 стадии у лиц с ишемическим инсультом. При остром коронарном синдроме чаще встречалась гипергликемия натощак.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕСТКОСТИ ПЕЧЕНИ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Саликова С.П., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Буненкова Г.Ф.
ФГБВОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова» Министерства обороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из важнейших проблем современной кардиологии. В настоящее время совершенствование медицинской помощи пациентам с ХСН привело к снижению доли больных с тяжелыми декомпенсированными формами, однако остается актуальной задача выявления субклинических форм ХСН. В последние годы интерес исследователей привлекает возможность использования транзиентной эластографии (ТЭ) как метода косвенной оценки центрального венозного давления.
Цель исследования. Оценить взаимосвязь жесткости печени по данным ТЭ со структурно-функциональным состоянием правых камер сердца у пациентов с ранними стадиями ХСН.
Материалы и методы. В исследование были включены 36 пациентов с предстадией ХСН, находившихся на лечении в терапевтической клинике с диагнозом ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни. Критерии исключения: цирроз печени, гепатит любой этиологии, алкогольная болезнь печени. Структурно-функциональное состояние миокарда оценивали с помощью трансторакальной эхокардиографии аппаратом GE Vivid S70 General Electric (США). Жесткость печени (кРа) определяли по скорости распространения сдвиговых волн, создаваемых механическим импульсом на аппарате FibroScan (502 TOUCH Echosens, Франция). Статистическая обработка данных осуществлялась в программе R.
Результаты. Жесткость печени у пациентов составила (кРа) 5,8 [4,6; 6,9]. Индекс объема левого предсердия (мл/м^2) 37 [29; 47], фракция выброса ЛЖ (%) 63 [57;70], систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм. рт. ст.) 34 [29;43] объем правого предсердия (мл) 48 [37; 66], TAPSE (Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion, см) 2,1 [1,6; 2,3]; скорость трикуспидальной регургитаци (м/сек) 2,6 [2,4; 3,1]. По результатам анализа наблюдалась корреляционная взаимосвязь жесткости печени с СДЛА (r=0,5, p=0.002), объемом правого предсердия (r=0,5, p=0.006), скоростью трикуспидальной регургитаци (r=0,6 p<0.001), TAPSE (r=- 0,5, p=0.002).
Выводы.
ТЭ может быть эффективна как метод оценки субклинического венозного застоя у пациентов с ранними стадиями ХСН. Определение степени выраженности застойных изменений, а также дифференциальная диагностика с клинически значимым фиброзом печени требует дальнейшего изучения.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Саликова С.П., Гриневич В.Б., Буненкова Г.Ф.
ВМедА имени С.М. Кирова Министерства обороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Частота встречаемости фибрилляции предсердий (ФП) неуклонно растет в последние годы. Этиологические и патогенетические факторы развития ФП продолжают изучать до сих пор. В настоящее время все больше внимание исследователей привлекает анализ гепатокардиальных взаимоотношений в аспекте влияния НАЖБП (неалкогольной жировой болезни печени) на инициацию и прогрессирование ФП.
Цель исследования. Определить функциональное состояние печени и распространенность НАЖБП у пациентов с ФП.
Материалы и методы. В исследование были включены 155 стационарных пациентов, находившихся на лечении в терапевтической клинике за период с 2021 по 2023 годы с диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ). Критерии исключения: цирроз печени, гепатит любой этиологии, алкогольная болезнь печени. Пациенты были разделены на 2 группы с учетом наличия ФП: первая группа (n=71, 80,3% мужчин, 19,7 % — женщин, средний возраст 70 ± 11,8) с ФП, вторая группа (n=84, 64,3% мужчин, 35,7% — женщин, средний возраст 66 ± 11,0) без ФП. Концентрацию АСТ (аспартатаминотрансферазы), АЛТ (аланинаминотрансферазы), ГГТП (гамма-глутамилтранспептидазы), ЩФ (щелочной фосфатазы) и общего билирубина определяли на биохимическом анализаторе Mindray BS-800. Всем пациентам проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости по стандартной методике. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе R.
Результаты. Частота встречаемости НАЖБП в группе с ФП составила 60,7%, в группе без ФП — 64,4%. У пациентов первой группы наблюдалось повышение уровня ГГТП (57.7 [15.1;450] против 28.1 [14.6;124], p=0,002) и общего билирубина 14.9 [5.16;42.0] против 11.0 [3.96;25.7] p<0.001). Концентрация АСТ, АЛТ и ЩФ в первой и второй группах соответственно составили: 22.7 [11.7;72.3] против 20.5 [13.2;53.5], p=0.149; 19.9 [8.42;85.0] против 20.9 [9.40;70.2], p=0.834 и 94.4 [59.5;184] против 79.5 [55.9;128], p=0.082.
Выводы.
У пациентов с ИБС и ГБ вне зависимости от наличия ФП наблюдается высокая распространенность НАЖБП. Выявлено статистически значимое повышение уровней ГГТП и общего билирубина плазмы крови у пациентов с ФП. Концентрация трансаминаз и ЩФ значимо не отличалась. Определение роли маркеров функционального состояния печени в развитии сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ФП требует проведения дальнейших исследований.

СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Саликова С.П., Гриневич В.Б., Буненкова Г.Ф.
ФГБВОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова» Министерства обороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) по-прежнему остается наиболее распространенным нарушением ритма среди наджелудочковых аритмий. Механизмы прогрессирования ФП до конца не изучены. Существующие шкалы для оценки хронизации ФП (HATCH, ATLAS, APPLE, BASE-AF2, MB-LATER и др.) не обладают достаточной точностью, поэтому не внедрены широко в рутинную клиническую практику. В последние годы интерес исследователей привлекает изучение роли неалкогольной жировой болезни печени в инициации и прогрессировании ФП.
Цель исследования. Оценить уровень стеатоза печени у пациентов с ФП.
Материалы и методы. В исследование были включены 69 пациентов с ФП, находившихся на лечении в терапевтической клинике. Критерии исключения: цирроз печени, гепатит любой этиологии, алкогольная болезнь печени. Пациенты были разделены на 2 группы с учетом формы ФП: первая группа (n=38, средний возраст 71 ± 12 лет, 74% мужчин и 26% женщин) с постоянной формой ФП, вторая группа (n=31, средний возраст 69 ± 11 лет, 84% мужчин и 16% женщин) с пароксизмальной формой ФП. Степень выраженности стеатоза (dB/m) определяли по параметру затухания эхосигнала на аппарате FibroScan (502 TOUCH Echosens, Франция). Статистическая обработка данных осуществлялась в программе R.
Результаты. Индекс стеатоза (dB/m) у пациентов с пароксизмальной и с постоянной формой ФП составил соответственно 211 [161; 225] и 235 [199; 265] (p=0,02).
Выводы.
Наблюдается значимое повышение индекса стеатоза печени у пациентов с постоянной формой ФП. Метаболические нарушения, одним из проявлений которых является стеатоз печени, могут быть фактором прогрессирования ФП.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНОЙ АНЕМИИ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Салимова Л.М., Молоствова А.Ф.
ФГБОУ ВО КазГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. В статье представлен клинический случай дебюта и дифференциально-диагностического поиска при серповидно-клеточной анемии.
Описание случая. Под наблюдение врача терапевта попал пациент 1990 года рождения родом из Ганы, Африка, которого длительное время беспокоила одышка инспираторного характера, боли в эпигастральной области и выраженная слабость. Из анамнеза известно, что ранее пациент находился под наблюдением пульмонолога по причине нарастающей одышки. В ходе проведенных исследований: рентгеновская компьютерная томография, спирометрия, бодиплетизмография были выявлены признаки рестриктивных изменений и пневмофиброз нижних долей обоих легких. Пульмонологом была выдвинута гипотеза о перенесенных ранее эпизодах тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.
По результатам дополнительных лабораторно-инструментальных исследований была выявлена нормоцитарная, нормохромная, гиперрегенераторная анемия 1 степени, гипербилирубинемия, признаки перегрузки железом и спленомегалия. В связи с подозрением на гемолитический характер анемии пациент был направлен на консультацию гематолога. Учитывая анамнез частых эпизодов абдоминального болевого синдрома, наличия признаков перенесенного ранее ТЭЛА, спленомегалии и эндемичность по гемоглобинопатии, было рекомендовано дообследование. Проведено: стернальная пункция, электрофорез гемоглобина, иммунофенотипирование периферической крови. В ходе электрофореза гемоглобина обнаружен HbS вариант — 45% и гаптоглобин 0.19 г/л. В миелограмме-гиперплазия эритроидного ростка. По результатам обследования был выставлен окончательный диагноз: Серповидно-клеточная анемия 1степени. Вторичный гемохроматоз. Спленомегалия. Респираторный дистресс синдром на фоне криза серповидно-клеточной анемии в анамнезе. Было рекомендован прием гидроксикарбамида по 500 мг в сутки длительно под контролем показателей клинического анализа крови. Учитывая гемохроматоз рекомендован прием деферазирокс 360 мг два раза в день под контролем ферритина в сыворотке крови. В качестве профилактики тромботических событий пациенту рекомендован апиксабан 10 мг в сутки.
Заключение.
Несмотря на редкую встречаемость серповидно-клеточной анемии среди населения центральной части России, она должна входить в круг дифференциально диагностического поиска при выявлении нормохромной, нормоцитарной анемии с гемолитическими кризами. В виду характерных для гемолитических кризов тромботических осложнений принципиально важным является своевременная диагностика и начало патогенетической терапии, в первую очередь, направленную на профилактику ишемических осложнений.

COVID-19 — КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ: ПОВЫШЕНИЕ СМЕРТНОСТИ В СРАВНЕНИИ С ПАЦИЕНТАМИ БЕЗ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Салихова С.И., Тавлуева Е.В.
ГБУЗ «ГКБ имени Ф.И. Иноземцева ДЗМ»
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Коронавирусная инфекция стала причиной глобальной пандемии XXI века. По данным Всемирной организации здравоохранения, за 2025 г. (на 04 мая 2025 г.) заболели 777,751,597 чел., умерли от коронавирусной инфекции 7 078 408 челловек Неврологические проявления при Covid-19 инфекцию встречается у каждого третьего пациента, что и послужило причиной настоящего исследования.
Цель исследования. Провести анализ оценить влияние Covid-19 на течения инсульта в зависимости от факта вакцинации от коронавирусной инфекции, и без вакцинации.
Материалы и методы. В исследование включено 300 пациентов с ишемическим и геморрагическим инсультом которые поступали в отделение неврологии РСЦ ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» с диагнозом ОНМК с 01.2021 г. по 08.2023 г. Пациенты разделены на три группы: первая — 100 пациентов, перенесших Covid-19 инфекцию и вакцинированных; вторая — 100 пациентов, перенесших Covid-19 инфекцию и невакцинированных против вируса SARS-COV-2 и контрольная группа — 100 пациентов с ОНМК, которые не переносили коронавирусную инфекцию. Мужчины составили 169 (56,4%) пациентов, женщины — 131 (43,7%) пациент, статистически незначимых гендерных различий в каждой группе выявлено не было. Средний возраст составил 68 (28; 92) лет, статистически значимых отличий в возрасте между группами выявлено не было. Число больных с геморрагическим ОНМК во всех трех группах было сопоставимо. Всем пациентам при госпитализации исключали наличие острой коронавирусной инфекции методом РНК с применением амплификации нуклеиновых кислот. Диагноз инсульта подтверждали методом компьютерной томографии, проведенной в первые сутки госпитализации и через 24 часа. Тяжесть инсульта оценивалась по шкале NIHSS. За тяжелый инсульт принимали значение по шкале NIHSS ≥ 15 баллов.
Результаты. При анализе во всех трех группах была выявлена одинаковая распространенность основных факторов риска. Так, артериальная гипертензия в группе вакцинированных пациентов встречалась в 98 (98%) случаях, в группе невакцинированных — в 99 (99%) случаях, в контрольной группе — в 100 (100%) случаях, p=0,28. Сахарный диабет был выявлен у 21(21%), 19(19%) и 27 (27%) пациентов, соответственно (p=0,37). Фибрилляция предсердий была зарегистрирована у 13 (13%), 11(11%) и 11(11%) пациентов в каждой группе, соответственно (p=0,82).Стенозы более 70% были выявлены у 8 (8%) больных в группе вакцинированных, у 6 (6%) — в группе невакцинированных, в контрольной группе зарегистрирован — в 1 случай (p=0,80).Тяжесть инсульта по шкале NIHSS ≥ 15 баллов была диагностирована в группе вакцинированных у 17 (17%) пациентов, в группе невакцинированных — 19 (19%) пациентов, в контрольной группе — 17 (17%) пациентов, p=0,97. Умерло в группе вакцинированных 9 (9%) пациентов, в группе невакцинированных 17 (17%).
Выводы.
Таким образом, несмотря на одинаковую распространенность факторов риска и тяжесть течения инсульта во всех группах, наибольшая летальность наблюдалась в группе больных, которые перенесли Covid-19 инфекцию и не были вакцинированы.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЛАБИЛЬНОСТИ В СТРЕССОВЫХ УСЛОВИЯХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Самарина Е.И.
ФГБУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Это исследование может обеспечить основу для разработки подходов к поддержке учащихся и выпускников, способствуя их более полному раскрытию их личностного потенциала.
Цель исследования. Оценить состояние стресса студентов Ярославского государственного медицинского университета (ФГБОУ ВО ЯГМУ), выявив особенности переживания стресса: степень саморегуляции и эмоциональной лабильности в стрессовых условиях.
Материалы и методы. Диагностику проводили по методике Кристиана Шрайнера, оценивающей уровень стресса по шкале от 1 до 10 и выявляющей особенности переживания факторов стресса индивидом, путем анкетирования 38 студентов 3 курса лечебного факультета, 14 обучающихся 4 курса биохимического факультета и 14 студентов 5 курса педиатрического факультета. Материалы обрабатывали статистически.
Результаты. Значения шкалы уровня регуляции стрессовых состояний определяли по следующей градации: студенты демонстрирует спокойствие и эмоциональную регуляцию при столкновении со стрессовыми ситуациями, не раздражаются на окружающих и избегают самообвинения (0-4 балла); поведение учащегося в условиях стресса непоследовательно, иногда они сохраняют самообладание, но иногда легко впадают в волнение из-за незначительных проблем и позже жалеют об этом (5-7 баллов); студенты истощены и подавлены, они часто теряют контроль над своими эмоциями в стрессовые моменты (8-9 баллов). Среднее значение по шкале уровня регуляции в стрессовых ситуациях среди студентов 3 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО ЯГМУ составило 4,03±2,59, среди студентов 4 курса биохимического факультета ФГБОУ ВО ЯГМУ составило 4,69±2,46, среди студентов 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЯГМУ составило 4,14±1,61, что говорит о умение регулировать свои эмоции и справляться со стрессовыми ситуациями.
Выводы.
Среди анализируемых студентов переутомление и истощение, неумение владеть собой, тенденция терять самоконтроль в стрессовых ситуациях наблюдалась лишь у 9,20% студентов; средний уровень регуляции в стрессовых ситуациях наблюдался у 36,90% студентов; 53,80% студентов были диагностированы, как умеющие регулировать свои эмоции и справляться со стрессовыми ситуациями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ПРИ ПЛАНОВЫХ НЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Саможенова П.С., Саморукова Е.Н., Горулева Е.И., Фомина Е.И.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Разработанные калькуляторы и шкалы для расчета периоперационных рисков являются простыми и доступными инструментами, которые широко используются во всем мире. Однако, они не учитывают все ключевые переменные, из-за чего все еще остается вероятность недооценки и обобщенности прогноза.
Описание случая. Пациент Е. 76 лет, поступил в Больницу Центросоюза РФ для лапароскопической нефрэктомии справа по поводу рака почки с инвазией в мочеточник, правую поясничную мышцу, инфильтрацией в окружающие ткани. В анамнезе: Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз от 2008 г., стентирование от 2010 г. (2 стента). Гипертоническая болезнь 3 стадии, целевой уровень АД достигнут, риск ССО 4 (очень высокий). Хронический гастрит. Хронический дуоденит.
При предоперационном обследовании была выявлена хроническая обструктивная болезнь легких эмфизематозный фенотип, тяжелые функциональные нарушения (GOLD 3), редкие обострения, умеренно выраженные симптомы (CAT 10-12, mMRC=2), ДН=1.
При предоперационном скрининге со стороны сердца нарушений не выявлено. Спирометрия: тяжелые обструктивные нарушения: ОФВ1 34% (0,94 л), ЖЕЛ 56% (2,10 л). Высокие периоперационные риски со стороны легочного аппарата. Но не смотря на проводимую терапию, при повторной оценке определялись тяжелые обструктивные нарушения, высокие риски осложнений со стороны легочного аппарата: ОФВ1 43% (1,20 л), ЖЕЛ 61% (2,27 л).
Проведенная оценка по международным анестезиологическим шкалам не давала объективных данных: RCRI, NSQIP MICA, S-PMP, ARISCAT прогнозировала средние и высокие риски периоперационных осложнений; шкалы ACS NSQIP, POSSUM, Woo Perioperative Risk — низкие риски. Индекс DASI: VO2max = 23.1 мл/кг/мин, MET = 6,61.
По результатам теста 6-минутной ходьбы (ТШХ): удовлетворительная толерантность к физической нагрузке (прошел 98% от должных величин — 325 м), Ср ЧСС=79 уд/мин, макс ЧСС=82 уд/мин, SpO2 исходно=94,3%, SpO2 макс=95%, SpO2 мин=93%, SpO2 Ср=94,3% хороший функциональный статус: VO2max = 19,82 мл/кг/мин, MET = 5,66.
Пациент был допущен до оперативного вмешательства. После оперативного вмешательства в течение 30 дней осложнений выявлено не было.
Заключение.
VO2max, измеряемый с помощью ТШХ и кардиореспираторного нагрузочного теста, является ключевым показателем измерения кардиореспираторной выносливости человека и отражает максимальное количество кислорода, которое может быть потреблено скелетными мышцами во время интенсивной физической активности, оперативного вмешательства. Другими словами, VO2max отражает состояние функциональных резервов организма. Поэтому необходима оценка функционального статуса для более точных расчетов периоперационных рисков при плановых несередечных операциях пожилым пациентам, коморбидным пациентам, пациентам с заболеваниями легких.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА СЛУЧАЕВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Самородная И.В., Какорина Е.П., Драпкина О.М., Шепель Р.Н.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца является одной из ведущих причин госпитализации пациентов. Оценка динамики и структуры числа случаев госпитализации за десятилетний период позволит определить факторы, оказывающие влияние на уровень госпитализации пациентов с различными формами ишемической болезни сердца, и степень влияния каждого из факторов в условиях практического здравоохранения.
Цель исследования. Оценить динамику и структуру числа случаев госпитализации пациентов по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) в Российской Федерации в 2014-2023 гг.
Материалы и методы. Проведен анализ данных Росстата о структуре общего числа случаев (плановых/экстренных) госпитализаций по поводу ИБС среди взрослых (18 лет и старше), содержащихся в таблице 2000 федеральной формы статистического наблюдения №14, за 2014-2023 гг.
Результаты. Число случаев госпитализации пациентов по поводу ИБС за исследуемый период (2014-2023 гг.) сократилось на 20% (с 1 310 до 1 054 на 100 тыс. взрослого населения). Доля случаев госпитализации пациентов по поводу ИБС в структуре общей госпитализации снизилась с 7,7 до 6,7%. Число случаев госпитализации пациентов по поводу хронических форм ИБС (I25) снизилось на 0,7%, по поводу инфаркта миокарда (I21-22) — на 9%, по поводу стенокардии (I20) — на 32%. Число случаев госпитализации пациентов по поводу постинфарктного кардиосклероза (I25.8) увеличилось на 31%. Доля случаев госпитализации пациентов по поводу хронических форм ИБС в структуре случаев госпитализации пациентов по поводу ИБС возросла с 35,1% в 2014 г. до 43,3% в 2023 г., по поводу ИМ увеличилась с 12,7 до 14,4%, по поводу стенокардии — сократилась с 50 г. до 42,2% соответственно. Изменение структуры госпитализации пациентов по поводу ИБС статистически значимое ($p<0,0001$). Значительная волатильность числа случаев госпитализации по поводу различных форм ИБС зарегистрирована в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).
Выводы.
Установлено устойчивое снижение числа случаев госпитализации пациентов по поводу ИБС и изменение структуры госпитализации пациентов по поводу ИБС с сохраняющимся преобладанием случаев госпитализации по поводу хронических форм ИБС. Выявленные тенденции могут быть связаны как с подходами к организации лечебно-диагностической помощи, так и особенностями учета причин госпитализации по кодам МКБ-10. Ввиду большого числа факторов, оказывающих влияние на госпитализацию пациентов с различными формами ИБС, целесообразно определить степень влияния каждого из них в условиях практического здравоохранения Российской Федерации.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЛЕГКОГО — РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Саркисян Л.Л.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

Актуальность. Рак легкого остается одной из наиболее значимых проблем в онкологии, лидируя по показателям заболеваемости и смертности во всем мире. Ежегодно диагностируется более двух миллионов новых случаев, и, несмотря на совершенствование методов лечения, включающих хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию, рак легкого остается причиной около 1,8 миллиона смертей в год. Прогноз для многих пациентов осложняется наличием сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые, в сочетании с кардиотоксическим эффектом противоопухолевой терапии, значительно повышают риск неблагоприятных исходов.
Цель исследования. Исследовать особенности изменений сердечно-сосудистой системы и оценить частоту кардиоваскулярных исходов у пациентов с раком легкого, получающих комбинированное лечение.
Материалы и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование, в которое вошли 1646 пациентов с раком легкого, получавших комбинированную терапию в НИИ ККБ №1 им. С.В. Очаповского в течение контрольного года. В исследование не включались пациенты с тяжелым нарушением функции почек (рСКФ < 25 мл/мин/1.73 м^2), терминальной стадией хронической почечной недостаточности, гемодинамически значимым пороком сердца, тяжелым нарушением функции печени (класс С по Чайлд-Пью), психическими расстройствами/злоупотреблением психоактивными веществами, ожидаемой продолжительностью жизни менее 12 месяцев, а также пациенты моложе 18 лет. Первичными конечными точками были сердечно-сосудистая смерть и смерть вследствие прогрессирования или рецидива рака легкого. Вторичные конечные точки включали: госпитализацию по поводу впервые выявленного ССЗ или прогрессирования имеющегося, госпитализацию в связи с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН) и развитие сердечной дисфункции в течение 12 месяцев наблюдения.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 64 года, большая часть — мужчины (n=1281, 77,8%). Подавляющее большинство (n=1531, 93%) имели анамнез курения, средний индекс массы тела (ИМТ) составил 26,3 кг/м^2. У большинства пациентов присутствовала сопутствующая кардиоваскулярная патология, в том числе артериальная гипертензия (АГ) (n=901, 54,7%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (n=833, 50,6%), хронический коронарный синдром (ХКС) (n=191, 11,6%), перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) (n=117, 7,1%), фибрилляция предсердий (ФП) (n=125, 7,6%), заболевание периферических артерий (ЗПА) (n=144, 8,7%), острое нарушение мозгового кровообращения/транзиторная ишемическая атака (ОНМК/ТИА) (n=89, 5,4%), венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) (n=86, 5,2%) и сахарный диабет (СД) (n=320, 19,4%). Наиболее распространенными гистологическими вариантами рака были плоскоклеточный рак (n=597, 36,3%) и аденокарцинома (n=711, 43,2%), в то время как мелкоклеточный рак (n=289, 17,6%) и крупноклеточный рак (n=35, 2,1%) встречались значительно реже. В большинстве случаев (n=927, 56,3%) опухоль имела центральную локализацию. В схемах медикаментозной терапии наиболее часто использовались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (n=327, 19,9%) и бета-адреноблокаторы (БАБ) (n=481, 29,2%). Реже назначались статины (n=372, 22,6%), диуретики (n=192, 11,7%), антиагреганты (n=207, 12,6%), блокаторы кальциевых каналов (БКК) (n=191, 11,6%), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) (n=187, 11,4%), антикоагулянты (n=183, 11,1%), антиаритмические препараты (n=95, 5,8%) и ингибиторы ангиотензиновых рецепторов и неприлизина (АРНИ) (n=29, 1,8%). Оперативное лечение было проведено n=1076 пациентам (65,37%). Химиотерапия была

наиболее распространенным методом лечения, применявшимся у 26,0% пациентов (n=428), комбинированная химиоиммунотерапия назначалась 291 (17,7%) пациенту, моно-иммунотерапия — 39 (2,4%) пациентам. Наиболее часто использовались комбинации паклитаксела с карбоплатином (n=337, 20,5%), этопозида с карбоплатином (n=198, 12,0%) и пеметрекседа с карбоплатином (n=199, 12,1%), а также бевацизумаб (n=126, 7,7%). Лучевая терапия была назначена 370 (22,48%) пациентам. В течение периода исследования наблюдались следующие события: сердечно-сосудистая смерть (n=175, 10,6%), смерть в результате прогрессирования или рецидива рака легкого (n=282, 17,1%), госпитализация по поводу de novo развившегося ССЗ или прогрессирования имеющегося (n=248, 15,1%), госпитализация по поводу декомпенсации ХСН (n=97, 5,9%) и развитие сердечной дисфункции в течение 12 месяцев наблюдения (n=174, 10,6%).

Выводы.

Результаты проспективного когортного исследования демонстрируют высокую распространенность сердечно-сосудистой коморбидности у пациентов, получающих комбинированную терапию рака легкого, и указывают на значительную частоту неблагоприятных кардиоваскулярных исходов. Полученные данные подчеркивают необходимость оптимизации подходов к стратификации риска, кардиомониторинга и кардиопротекции в процессе лечения онкологических пациентов с сопутствующей кардиальной патологией для улучшения долгосрочных результатов и снижения смертности.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ БЕЛКА КЛОТО И КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИМИ И БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Севостьянова И.В., Полунина О.С., Прокофьева Т.В., Полунина Е.А.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность. На протяжении десятилетий множественность патогенетических механизмов патологического повышения артериального давления (АД) не позволяет разработать единую концепцию развития и прогрессирования артериальной гипертензии (АГ). Одним из малоизученных маркеров при АГ является белок Клото. Имеются научные данные, что низкий уровень белка Клото предрасполагает к развитию гипертонии, влияя сразу на несколько патологических путей.
Цель исследования. Выявить взаимосвязи между уровнем белка Клото и клинико-анамнестическими и биохимическими характеристиками у больных АГ.
Материалы и методы. В исследование было включено 90 пациентов с I-й стадией гипертонической болезни и 30 соматически здоровых лиц. Медиана возраста в группах наблюдения составила: 39 [37; 42] лет. Возраст начала заболевания у больных АГ составил 39±4 лет. Продолжительность заболевания составила 4±2 года. Определение белка Клото в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческой тест-системы «Klotho (KL)» (нг/мл) (Uscn Life Science Inc. Wuhan). Статистический анализ проводился в программе SPSS, версия 26.0 (США). Корреляционный анализ проводился с определением коэффициента ранговой корреляции Спирмена, теснота взаимосвязей оценивалась по шкале Чеддока.
Результаты. Уровень белка Клото у больных с АГ составил 0,33 [0,24; 0,42] нг/мл, что было статистически значимо ($p<0,001$) ниже относительно группы контроля — 0,77 [0,64; 0,92] нг/мл. Наличие коморбидных заболеваний у наблюдалось 30 человек среди больных АГ больных. Индекс курящего человека составил 7 [4,5; 10], объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) — 84,5% [82; 88]. Медиана уровня холестерина в группе больных АГ составила 5,7 [5,1; 6,5] ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) — 2,7 [2,4; 3,6] ммоль/л, триглицеридов — 1,4 [1,1; 1,6] ммоль/л. Медиана коэффициента атерогенности у больных АГ составила 3,1 [2,5; 3,9] ммоль/л. Медиана количества тромбоцитов у больных АГ составила 350 [272; 416,8] х109/л. Медиана уровня глюкозы у больных АГ составила 4,8 [4,3; 5,3] ммоль/л, уровня креатинина — 65 [56; 81] мкмоль/л. Статистически значимые взаимосвязи были выявлены между уровнем белка Клото и количеством коморбидной патологии ($p<0,001$), индексом курящего человека ($p=0,003$).
Выводы.
Установлено, что уровень белка Клото статистически значимо взаимосвязан с клинико-анамнестическими и биохимическими характеристиками у больных АГ.

АНАЛИЗ И ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 1-го И 2-го ТИПА

Седякина Ю.В.
ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность.Эрозивно-язвенные поражения (ЭЯП) желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) 1-го и 2-го типа развиваются из-за стресса, сопутствующего ИМ, приема некоторых лекарств и других причин.
Цель исследования. Клинико-морфологический мониторинг летальных исходов у пациентов с инфарктом миокарда 2-го типа (ИМ2Т) • Изучение структуры, факторов риска и распространенности эрозивно-язвенных поражений (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с инфарктом миокарда 1-го типа (ИМ1Т) и ИМ2Т • Разработка алгоритма диагностики, лечения и профилактики ЭЯП слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с ИМ1Т, ИМ2Т
Материалы и методы. Клинико-морфологическое наблюдение за пациентами с COVID-19, госпитализированными в 2022 г. с ИМ1Т, ИМ2Т и (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, в соответствии с правилами формулирования и сопоставления клинико-патологоанатомических диагнозов.
Результаты. У 104 пациентов: 52 с ИМ1Т, 52 с ИМ2Т, 64 мужчины (61,5%) и 40 женщин (38,5%) в возрасте 71±2,49 года. Среди пациентов (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки имелось в 8,7% случаев, желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) — в 4,8% (3,1% мужчин, 7,5% женщин). У пациентов с ИМ1Т (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки имелось в 1,9%, тогда как при ИМ2Т эта доля составила 6,7%, ЖКК верифицирована в 71,4%. У пациентов с (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки были диагностированы такие коморбидные заболевания, как артериальная гипертензия (ГГ) (55,5%), сахарный диабет (СД) (33,3%), ожирение (22,2%), хроническая болезнь почек (ХБП) (22,2%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (55,5%). Только 55,6% пациентов с (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки получали гастропротекторную терапию.
Выводы.
У пациентов с ИМ2т (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки развивалось в 3,5 раза чаще, чем у пациентов с ИМ1т, и в почти в половине случаев осложнялось ЖКК. Среди доказанных факторов риска (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки были ГБ, СД, ожирение, ХБП, ХСН. Только половина пациентов с (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки получали гастропротекторную терапию. Внедрение алгоритма повысило эффективность профилактики (ЭЯП) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с T1MI и T2MI.

ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Селиванов Ф.О., Аверкиева Ю.В., Летаева М.В., Дорогова Э.А.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. По мере увеличения распространенности гиперурикемии (ГУ) повышенный интерес вызывает взаимосвязь между уровнем мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови и сердечно-сосудистым риском. На это повлияло частое сочетание ГУ с нарушениями липидного обмена, модифицируемыми факторами риска развития ишемической болезни сердца, инсульта, сахарным диабетом 2-го типа, хронической болезнью почек.
Цель исследования. Оценить встречаемость традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ТФР ССЗ) у пациентов с гиперурикемией (ГУ).
Материалы и методы. Исследование представляет собой ретроспективный анализ амбулаторных карт 35 пациентов мужского пола с подтвержденной ГУ. Средний возраст пациентов составил 58,2 [32;85] лет. Всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование для выявления ТФР ССЗ: возраст >45 лет, наличие ожирения, статус курения, отягощенный семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте.
Результаты. При оценке встречаемости ТФР ССЗ установлено, что у 16 пациентов (45,7%) встречалось по 2 ФР, у 12 пациентов (34,3%) — по 3 ФР, у 6 пациентов (17,1%) — по 1 ФР и у 1 пациента (2,9%) — 4 ФР. У 26 пациентов (74,3%) выявлено ожирение; у 18 пациентов (51,4%) наблюдается повышенный уровень ОХС, у 13 пациентов (37%) — повышение ХС ЛПНП, у 8 пациентов (22,9%) — повышение уровня ТГ, у 6 пациентов (17,1%) — снижен уровень ХС ЛПВП; у 8 пациентов (22,9%) — отягощенный семейный анамнез раннего развития ИБС; 10 пациентов (28,6%) курят; 2 пациента (5,7%) злоупотребляют алкоголем.
Выводы.
Зарегистрировано, что у абсолютного большинства пациентов с установленной ГУ выявлены ТФР ССЗ. Из них наиболее часто встречались ожирение, дислипидемия и курение.
Таким образом, пациенты с установленной ГУ должны регулярно проходить клиническое обследование для выявления ТФР ССЗ для предупреждения сердечно-сосудистых катастроф в будущем.

СЛУЧАЙ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИКСОМЫ СЕРДЦА ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Сентякова Т.Н., Блинкова М.А.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Несмотря на окончание пандемии коронавирусной инфекции актуальность проблемы этой инфекции сохраняет свою значимость и знания о ней постоянно обновляются. Особый интерес представляет риск развития неопластического процесса, сопряженного с коронавирусом. Констатация и описание новых случаев постковидного синдрома имеют большое научно-практическое значение.
Описание случая. Больная Р., 28 лет, поступила в клинику 9.10.2024 г. по экстренным показаниям с диагнозом направления тромб левого предсердия сердца (ЛП), ТЭЛА(?). Предъявляла жалобы на одышку, тахикардию, кашель, лихорадку. По данным анамнеза в течение жизни считала себя здоровой. В декабре 2023 г, перенесла COVID-19, двустороннюю полисегментарную пневмонию. В последующем находилась под наблюдением участкового врача, в анализах выявлялись увеличенная СОЭ, гиперфибриногенемия, тромбоцитоз, повышение Д-димера. Осмотрена гематологом, при исследовании мутаций генов гемостаза 11.04.2024 г. выявлен полиморфизм генов. Проведено лечение фраксипарином. С лета 2024 г. больную стала беспокоить одышка. 25.09.2024 г. повторно консультирована гематологом, назначен весел ду ф. Больная отметила усиление одышки, повышение температуры тела. 9.10.2024 г. обратилась в частный медицинский центр на консультацию к кардиологу, проведена ЭХОКГ, в полости ЛП выявлено подвижное образование, фиксированное к межпредсердной перегородке (МПП), направлена по экстренным показаниям на госпитализацию. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, температура 37,5°С, АД 110/60 мм рт.ст., ЧСС 115 в мин., ЧД 26 в мин. Перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, на верхушке систолический шум. Живот мягкий безболезненный, нижний край печени на 1 см ниже реберной дуги. В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, анемия. общий анализ мочи, биохимический анализ крови, показатели гемостаза в пределах нормы. ЭКГ: ЭОС вправо, синусовая тахикардия. ЭХОКГ: ЛП незначительно увеличено. Трикуспидальная регургитация III ст. ЛАГ 60 мм рт.ст. В ЛП лоцируется образование, изогенное, с четкими контурами, фиксированное к средней трети МПП, подвижное, в систолу пролабирует в полость левого желудочка (ЛЖ), размерами 4,2х3,4х4,0 см, при исследовании с цветным доплеровским картированием — без признаков кровотока (наиболее вероятна МС). Для уточнения диагноза проведена МСКТ с внутривенным болюсным наполнением: в легких с обеих сторон диффузные интерстициальные изменения, очаговые уплотнения до 3 мм. Дефектов контрастирования в легочных артериях не выявлено. В ЛП дефект контрастирования размерами 37х40х40 мм, прилежащий к МПП, в ЛЖ — размерами 25х33х37 мм, прилежащий к МЖП. КТ-семиотика выявленных изменений наиболее вероятна для МС. После консультации кардиохирургом, 11.10.2024 г. переведена в кардиохирургическую клинику. По экстренным показаниям осуществлено удаление образования из ЛП. При гистологическом исследовании был подтвержден диагноз МС.
Заключение.
Таким образом, у больной через 8 мес после заражения коронавирусом была диагностирована МС — одно из малоизвестных проявлений постковидного синдрома, которое важно учитывать в клинической практике из-за потенциального риска развития тяжелых осложнений с целью ранней диагностики и рационального лечения.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ САРКОПЕНИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Сергеева В.А.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

Актуальность. Респираторная саркопения (РС) — отдельный фенотип саркопении, представляет собой распространенный гериатрический синдром, обуславливающий ухудшение функционального статуса за счет персистирующей хронической одышки и способствующий негативному тренду прогноза и качества жизни пожилых людей.
Цель исследования. Изучить частоту встречаемости РС среди сплошной выборки гериатрического стационара и оценить диагностические возможности.
Материалы и методы. Проведено добровольное анонимное обследование 111 пациентов госпиталя Ветеранов воин Саратова с целью выявления РС. Оценка общей саркопении (ОС) проводилась по критериям EWGSOP от 2018 г. Для выявления РС выполнялось определение максимального инспираторного давления (MIP) и максимального экспираторного давления (MEP) на уровне ротовой полости. Подтверждение РС осуществляли ультразвуковой визуальной оценкой толщины диафрагмы в области правой срединно-ключичной линии.
Результаты. Возраст пациентов составил 80,79 ± 6,34 лет, преобладали женщины (64,86%). Из исследования были исключены пациенты с обострением хронических бронхолегочных заболеваний. После дообследования пациенты с ОС (включая пациентов с саркопеническим ожирением и остеосаркопенией) составили 74 чел. (66,67%), с наличием ожирения 18 чел. (16,22%) и группу контроля (без ожирения и ОС) составили 19 чел. (17,11%). Частично с выполнением инструментальных исследований не справились 6 пациентов с ОС (по дополнительным параметрам они были отнесены к категории пациентов с РС). После выполнения определения MIP и MEP признаками РС считали снижение одного или одновременно двух параметров в зависимости от пола, возраста и массы тела. Для MIP нормативные значения определяли по формулам P. Enright с соавт. (1994 г.), для MEP — по Y. Sawaya с соавт. (2022). Среди 74 пациентов с ОС у 38 пациентов (51,35%) были выявлены признаки РС, 7 из них мужчины (18,42%). Для подтверждения наличия РС проводили УЗИ диафрагмы и оценку фракции ее утолщения (ФУ) при спокойном дыхании. При снижении ФУ ниже 20%, функциональность диафрагмы считали сниженной, а РС определенной. Среди 38 пациентов с вероятной РС (снижение MIP и/или MEP) снижение ФУ было отмечено у 25 пациентов, таким образом, частота установленной РС у пациентов гериатрического стационара с наличием ОС составила в нашей работе 65,79%, и в целом у пациентов общей группы 22,52%.
Выводы.
Для усовершенствования алгоритма определения РС необходимы дальнейшие исследования с большим числом пациентов.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О РАЦИОНАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ

Сергеева Е.С., Малышенко О.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Обеспечение разумного использования противомикробных препаратов является ключевым элементом в эффективном ответе на устойчивость микроорганизмов, поскольку нерациональное использование противомикробных препаратов способствует появлению и отбору устойчивых штаммов бактерий. По данным ВОЗ Российская Федерация находится на 35-м месте по количеству применяемых антибиотиков.
Цель исследования. Оценить осведомленность пациентов о рациональном применении антибиотиков.
Материалы и методы. Проведено анкетирование 69 пациентов терапевтического отделения ККБСМП (возраст от 23 до 85 лет). Анкета состоит из 12 вопросов. Помимо ответов на общепринятые вопросы (пол, возраст, уровень образования, социальный статус) необходимо было предоставить информацию о применении антибиотиков: что Вы знаете об антибиотиках; сколько раз Вы проходили лечение антибиотиками за последние 12 месяцев; какие антибиотики Вы принимали и по поводу какого заболевания; если Вы принимали антибиотики, которые не были прописаны врачом, где Вы их взяли; как долго Вы принимаете антибиотики во время болезни; как Вы считаете, какие факторы способствуют развитию антибиотикорезистентности?
Результаты. Большинство пациентов относится к старшей возрастной группе: 30,4% в возрасте 65-74 года; 26,1% старше 75 лет и 21,7% — 45-54 года. Занимают руководящие должности — 52,2%, работают служащими — 34,8% опрошенных. Уровень образования: высшее — у 26,1%, среднее специальное — у 52,2%, среднее — у 21,7%, у 8,7% респондентов медицинское образование. Половина опрошенных пациентов (52,2%) считают, что антибиотики воздействуют на бактерии, 43,5% — на вирусы, а 26,1% — не знают, что такое антибактериальные препараты. 39,1% респондентов считают, что при приеме данной группы препаратов возможно развитие побочных эффектов. В равной степени разделилось мнение пациентов об источнике приобретения данных средств (по 34,8%): принимают только то, что выписал врач; приобретают в аптеке без рецепта самостоятельно и не принимают антибиотики вообще. Гораздо реже (8,7%) принимают антибиотики, оставшиеся с прошлого курса лечения и, полученные от друзей или родственников (4,3%). Большинство опрошенных (68,8%) соблюдают рекомендованную длительность приема препаратов. При анализе знаний об антибиотикорезистентности и факторах, влияющих на ее формирование, выявлено, что большинство пациентов (60,9%) не знают, что такое антибиотикорезистентность; 30,4% — считают, что в ее развитии виноваты пациенты из-за неправильного применения препаратов; а 21,7% — винят врачей в чрезмерном и нерациональном назначении препаратов пациентам.
Выводы.
Для решения проблемы антибиотикорезистентности необходимо повышать общий уровень знаний о правильном использовании антибиотиков среди населения. С целью снижения темпов роста антибиотикорезистентности необходимо пресекаться нерациональное и бесконтрольное применение противомикробных лекарственных препаратов.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О РАЦИОНАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ

Сергеева Е.С., Малышенко О.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Антибиотикорезистентность представляет собой одну из наиболее серьезных угроз для общественного здоровья в современном мире. Неэффективность применения препаратов данной группы приводит к увеличению заболеваемости и смертности населения планеты. Согласно данным ВОЗ, около 700 тысяч человек ежегодно умирают от инфекций, вызванных устойчивыми бактериями, и по прогнозам, к 2050 г. эта цифра может вырасти до 10 миллионов.

Цель исследования. Оценить осведомленность студентов лечебного факультета о рациональном применении антибиотиков.

Материалы и методы. Проведено анкетирование (с использованием платформы Google-формы) 82 студентов 3 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО КемГМУ (в возрасте от 20 до 25 лет). Анкета состоит из 12 вопросов о применении антибиотиков: что Вы знаете об антибиотиках; сколько раз Вы проходили лечение антибиотиками за последние 12 месяцев; какие антибиотики Вы принимали и по поводу какого заболевания; если Вы принимали антибиотики, которые не были прописаны врачом, где Вы их взяли; как долго Вы принимаете антибиотики во время болезни; как Вы считаете, какие факторы способствуют развитию антибиотикорезистентности?

Результаты. Большинство опрошенных студентов (95,1%) считают, что антибиотики воздействуют на бактерии и только 4,9% — на вирусы. Также, как и то, что при их приеме возможно развитие побочных эффектов (82,9%), а излишнее использование данной группы препаратов приводит к снижению их эффективности (78%). Около половины (43,9%) студентов принимают антибактериальные препараты по назначению врача; 39% — покупают самостоятельно; 12,2% — пропивают оставшиеся средства от предыдущего курса лечения. Соблюдают сроки приема — 73,1% опрошенных. Оценивая знания студентов об антибиотикорезистентности и факторах, влияющих на ее формирование, выявлено, что 92,7% считают, что основной причиной данной проблемы является неправильное применение антибиотиков пациентами; 70,7% — недостаточная информированность населения о резистентности; 56,1% — чрезмерное назначение антибиотиков врачами.

Выводы.

Для решения проблемы антибиотикорезистентности необходимо повышать уровень знаний о правильном использовании антибиотиков среди всех слоев населения, включая медицинское сообщество.

ОСТРАЯ ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ ПОРФИРИЯ — СЕМЕЙНЫЕ СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сеськина А.А., Куркина Н.В.
ФГБОУ ВО МГУ имени Н.П. Огарева, г. Саранск, Россия

Актуальность. Острая перемежающаяся порфирия (ОПП) — редкое наследственное метаболическое заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному типу, характеризующееся нарушением порфиринового обмена в биосинтезе гема. Возникновение характерной симптоматики обусловлено не только наличием мутации генов, но и воздействием экзогенных и/или эндогенных триггеров. В качестве порфириногенов рассматриваются менструальный цикл у женщин, бактериальная и вирусная инфекция, длительная гипогликемия, алкоголизация, инсоляция, стресс, прием некоторых лекарств, хирургическое вмешательство. Лабораторная диагностика основана на определении в моче избытка порфобилиногена (ПБГ) и уровня дельта-аминолевулиновой кислоты (АЛК), а также порфиринов. С целью верификации диагноза пациентам и их близким родственникам показано проведение молекулярно-генетического анализа на наличие мутаций генов биосинтеза гема. Своевременная постановка диагноза и назначение гемина позволяет предотвратить необратимые изменения нервной системы и психические расстройства, а также улучшает качество жизни пациентов.

Описание случая. Рассмотрены клинические случаи семейной формы ОПП. Под наблюдением гематолога находятся родные сестра (1992 г.р.) и брат (1981 г.р.) с ОПП. При изучении анамнеза жизни прослеживается характерная наследственность заболевания (у мамы после вторых родов развился парез нижних конечностей, лечилась у невролога с диагнозом рассеянный склероз, цереброспинальная форма, тетрапарез с нарушением функции тазовых органов; умерла в возрасте 46 лет, диагноз ОПП при жизни не был верифицирован). Симптомы заболевания у сестры дебютировали в 14-летнем возрасте, во время очередной менструации. Отмечалась картина кишечной непроходимости, бурый цвет мочи. По экстренным показаниям произведена лапаротомия и ревизия брюшной полости. После хирургического вмешательства отмечался вялый тетрапарез, усиление абдоминальных болей. В моче значительно увеличен уровень АЛК (в 20 раз выше референсных значений), что позволило подтвердить диагноз ОПП. Для купирования приступа ОПП проведена углеводная нагрузка концентрированным раствором глюкозы и плазмаферез с положительным эффектом. В 2015 г. учитывая частые приступы ОПП (каждые 3-4 месяца) проведена терапия Гемином 3 мг/кг (препарат вводился 3-кратно) и рекомендована овариосупрессия, после этого приступы ОПП не возобновлялись. У брата дебют заболевания (абдоминальная и неврологическая симптоматика, выделение мочи бурого цвета) отмечался в возрасте 35 лет после злоупотребления алкоголем. Ввиду отказа от обследований специфическая диагностика осуществлена только после 4-го приступа ОПП (повышен уровень АЛК и ПБГ). На фоне патогенетической терапии (Гемин) симптомы редуцировали, приступы не повторялись.

Заключение.
Продемонстрированы случаи ОПП среди близких родственников с преобладанием неврологической, абдоминальной и вегетативно-сосудистой симптоматики, выявлены типичные триггеры. Своевременная патогенетическая терапия способствует длительному клиническому ответу и отсутствию необратимых изменений нервной системы.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДЕКСА АГАТСТОНА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ИСХОДАМИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сидоров Е.А., Макова Е.В., Устинова В.М., Устинов М.С.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность. Пандемия COVID-19 и ишемическая болезнь сердца явились мощным вызовом системе здравоохранения во всем мире, унеся несколько миллионов человеческих жизней в период с 2020 по 2022 гг.
Цель исследования. Ретроспективная оценка коронарного кальция по данным компьютерной томографии у пациентов с различными исходами COVID-19 и его связь с популяционной нормой для соответствующего возраста.
Материалы и методы. Были проанализированы изображения компьютерных томограмм 77 пациентов СОКБ им. В.Д. Середавина с позитивным результатом ПЦР-теста к вирусу SARS-COV2 во 2-ю волну инфекции в декабре 2020 г. со значением индекса Агатстона больше 0 и без перенесенного ранее стентирования в возрасте 45-84 года. Определение коронарного кальция (индекса Агатстона) проводилось с помощью программы Osirix (США) и плагина Calcium Scoring. Вероятность ненулевого значения кальциевого индекса (NZCS) и процентиль индекса Агатстона рассчитывались с помощью калькулятора (mesa-nhlbi.org/calcium/input.aspx) по сравнению с когортой из мультиэтнического исследования атеросклероза 2006 года (MESA). Пациенты разделены на 2 группы и 2 подгруппы: 1А подгруппа — умершие с индексом 1-400 — 20 человек, 1Б подгруппа — умершие с индексом 400+ — 13 человек, 2А подгруппа — выжившие с индексом 1-400 — 33 человека, 2Б подгруппа — выжившие с индексом 400+ — 11 человек. Средний возраст в подгруппах был 69,3, 72,2, 68 и 70,7 лет соответственно.
Результаты. При сравнении показателей у невысокорискованных пациентов 1А подгруппы по сравнению с 2А по критерию Манн-Уитни выявлено недостоверно более низкие значения кальциевого индекса (92,05 против 136,21, p=0,18), NZCS (62,25 против 67,27, p=0,7) и процентиля кальция (59,3 против 63,2, p=0,42) соответственно. При сравнении показателей у высокорискованных пациентов 1Б подгруппы по сравнению с 2Б выявлен достоверно меньший процентиль кальция (85,31 против 93,18, p=0,017), недостоверно более высокие показатели NZCS (79,23 против 69,36, p=0,17) и недостоверно более низкий индекс Агатстона (993,31 против 1446,5, p=0,58) соответственно.
Выводы.
Отсутствие достоверных различий по показателям индекса Агатстона, NZCS и процентиля индекса Агатстона по калькулятору MESA между подгруппами умерших и выживших свидетельствует о незначительной роли риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в определении исхода COVID-19 у исследуемых пациентов. Более высокие показатели индекса Агатстона в подгруппах, выживших с невысоким и высоким риском, требуют дальнейшего изучения и наблюдения за этими пациентами.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Симонова Ж.Г., Носкова Е.В.
КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров, Россия

Актуальность. Клинический случай направлен на изучение общих патогенетических связей между ИБС, НАЖБП и инсулинорезистентности.
Описание случая. Пациентка К., 38 лет, 22.03.2025 г. в тяжелом состоянии поступила в отделение неотложной кардиологии КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» с жалобами на острую одышку. Из анамнеза: начало заболевания отметила с 21.03.2025 г. в виде тяжести за грудиной. Вес 86 кг, рост 158 см, ИМТ 34,4 кг/м^2. Сознание ясное. Дыхание везикулярное, крепитация в нижних отделах. ЧДД 20 в мин. Сатурация на воздухе 70%. Тоны сердца приглушены, ЧСС 90 в мин. АД 160/100 мм рт. ст. По ЭХО КС выявлено нарушение локальной сократимости передней стенки ЛЖ, снижение ФВ ЛЖ до 36% по Симпсон. Зафиксировано повышение высокочувствительного тропонина Т до 1,61 нг/мл. В экстренном порядке была выполнена КАГ. Заключение: тип кровоснабжения правый. Субокклюзия ПНА в проксимальной трети на уровне устья ДА. Стеноз ПНА в средней трети 70%. Стеноз ПКА в проксимальной трети 50-60%, далее субокклюзия ПКА в проксимальной трети. Сформированные перетоки ЛКА — ПКА. Проведено стентирование ПНА 2 стентами GuReater 3,0х21 мм (с лекарственным покрытием сиролимус). В липидном профиле выявлено повышение ОХС до 7,5 ммоль/л, ЛПНП до 5,6 ммоль/л, не- ЛПВП до 6,42 ммоль/л, снижение ЛПВП до 1,1 ммоль/л. В биохимическом анализе крови установлено повышение АСТ до 286,7 Ед/л, АЛТ до 166,4 Ед/л, ГГТП до 70 Ед/л; высокий СРБ 6,76 мл/л. Проведено УЗИ ОБП. Заключение: гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы (по типу стеатоза). Выявлена инсулинорезистентность, нарушение углеводного обмена: глюкоза крови натощак 6,37 ммоль/л, индекс инсулинорезистентности 3,94, инсулин свободный 13,9 мкЕд/мл; индекс инсулинорезистентности HOMA1-IR=3,94; индекс HOMA1-β=96,9; индекс QUICKI=0,31. Установлен клинический диагноз: ИБС: острый передний трансмуральный инфаркт миокарда от 21.03.2025 г. Killip III. Отек легких от 23.03.2025 г. Коронарный атеросклероз. КАГ 23.03.2025 г. Стентирование ПНА 2 стентами GuReater 3,0х21 мм (с лекарственным покрытием сиролимус). Гипертоническая болезнь III стадия. Целевой уровень АД не достигнут. Риск 4 (очень высокий). ХСН нФВ ЛЖ (36% по Симпсон) 1 стадии. ФК II. НАЖБП: стеатогепатит. Ожирение II степени. Инсулинорезистентность. Гиперлипидемия.
Заключение.
Данный клинический случай демонстрирует актуальность рассмотрения метаболического синдрома, стеатоза печени в рамках острого инфаркта миокарда в молодом возрасте.

АССОЦИАЦИЯ ОСТЕОАРТРИТА С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Синеглазова А.В., Нуриева А.Р.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Одним из коморбидных ожирению заболеваний, влияющих на качество жизни больных и течение самого ожирения, является остеоартрит (ОА).
Цель исследования. Изучить взаимосвязь ОА с различными фенотипами ожирения у лиц молодого и среднего возраста.
Материалы и методы. Исследование включало 201 лиц с индексом массы тела (ИМТ)≥25 кг/м^2 и/или абдоминальным ожирением (АО) в возрасте (Me=38 [33-47] лет); мужчин/женщин=93/108. Критерием исключения в исследование было наличие кардиометаболических заболеваний (сахарный диабет, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность), вторичных причин ожирения. Оценены ИМТ, окружность талии (ОТ), отношение ОТ к окружности бедер, уровень висцерального жира. С учетом совокупных данных клинического осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов, заключений специалистов на основании диагностических критериев установлены ОА, избыточная масса тела (ИзМТ), экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО), АО, повышенный уровень висцерального жира (↑ВЖ). Сформированы группы (гр.) по фенотипам ожирения: 1 гр. ИзМТ без АО, без ↑ВЖ (n=36; 17,9%); 2гр. ЭКО без АО, без ↑ВЖ (n=4; 1,9%); 3гр. нормальный ИМТ с АО, без ↑ВЖ (n=18; 9,0%); 4гр. ИзМТ с АО, без ↑ВЖ (n=60; 29,9%); 5гр. ЭКО с АО, без ↑ВЖ (n=59; 29,4%); 6гр. ЭКО с АО, ↑ВЖ (n=24; 11,9%). Применена IBM-SPSS-Statistics-26.
Результаты. В исследуемой когорте ОА диагностирован в 21,9% случаев (n=44), АО — в 80,1% (n=161), ИзМТ — в 47,8% (n=96), ЭКО — в 43,3 (n=87). У всех пациентов с ↑ВЖ (n=24; 11,9%) установлено ЭКО. С увеличением выраженности и сочетаний различных типов ожирения установлена тенденция к более высокой частоте ОА при сочетании ЭКО, АО и ↑ВЖ (1гр. n=8; 22,2%; 2гр. n=1; 25,0%; 3гр. n=0; 4гр. n=15; 25,0%; 5гр. n=11; 18,6%; 6гр. n=9; 37,5%; pG=0,078). Выявлены статистически значимые прямые корреляционные связи наличия ОА с возрастом (rxy=0,305; p=0,000), ИМТ (rxy=0,152; p=0,031). У лиц с ОА с ИМТ≥25 кг/м^2 и/или АО значимо чаще установлен ↑ВЖ (n=9; 20,5%) по сравнению с лицами без ОА (n=15; 9,6%; p=0,049), а шанс его наличия у лиц с ОА был в 2,4 раза выше по сравнению с лицами без ОА.
Выводы.
ОА диагностирован у каждого пятого обследованного молодого и среднего возраста. У лиц с ОА установлена наибольшая частота встречаемости повышенного уровня висцерального жира, а также сочетание всех трех типов ожирения. Это является дополнительным свидетельством тесной связи ОА с ожирением, в том числе висцеральным.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ ДИНАМИКОЙ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА

Синеглазова А.В., Фахрутдинова А.Ш.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Понимание профиля приверженности рекомендациям лиц молодого возраста с позиции изменений кардиометаболического риска (КМР) может быть полезно для совершенствования профилактических программ.
Цель исследования. Провести комплексную оценку приверженности лечению и КМР в динамике наблюдения у лиц молодого возраста.
Материалы и методы. Проведено проспективное исследование кардиометаболического риска Me=18,1[17,4-20,1] месяцев среди лиц молодого возраста с факторами КМР без установленных кардиометаболических заболеваний. Обследовано 94 пациента, включая 45 мужчин (47,9%) и 49 женщин (52,1%) в возрасте Me=33[28,7-38] лет. Проведена интегральная оценка КМР по количеству факторов риска: индекс массы тела $\geq$ 25 кг/м^2, абдоминальное ожирение, висцеральное ожирение, высокое нормальное артериальное давление, повышенный уровень холестерина липопротеинов низкой плотности, сниженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности, гипертриглицеридемия, предиабет, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность, повышенный уровень высокочувствительного С-реактивного белка. Изучена приверженность по опроснику количественной оценки приверженности (КОП-25). Данные обработаны в SPSS Statistics 26.
Результаты. В динамике 18-месячного наблюдения у каждого третьего обследованного произошло снижение КМР (31,9%; n=30), повышение риска отмечено в 44,7% случаев (n=42), у 23,4% (n=22) КМР сохранился на исходном уровне. Медиана дельты факторов КМР в группе его повышения в динамике составили = 1,5 [1; 2], снижения КМР = -1,5 [-1; -2]. От группы со снижением КМР к группе с повышением КМР происходило уменьшение частоты высокого уровня приверженности модификации образа жизни (от 13,3 до 4,8%; p=0,016) и медицинскому сопровождению (от 23,3 до 11,9%; p=0,041). При сопоставлении медиан разных видов приверженности с учетом изменений КМР от снижения к повышению по критерию Краскела-Уоллиса установлено достоверно снижение значений общей приверженности лечению (от 46,8[41,3-62,5]% до 43,6[35,7-61,2]%; p=0,046), приверженности модификации образа жизни (от 53,7[43,4-67,3]% до 46,5[35,2-55,7]%; p=0,049) и медицинскому сопровождению (от 56[46,3-69,5]% до 48,4[35,4-60,2]; p=0,044).
Выводы.
При проспективном 18-месячном наблюдении лиц молодого возраста происходили различные изменения КМР в виде его повышения, снижения и сохранения. Повышение КМР ассоциировалось с более низкими значениями общей приверженности, приверженности модификации образа жизни и медицинскому сопровождению, оцененными по опроснику КОП-25.

ОЖИРЕНИЕ И НАЖБП КАК ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРЕД- И ПОСТНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Синеглазова А.В., Асатуллина З.Р.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. В связи с ростом распространенности ожирения и метаболических нарушений увеличивается число больных с хронической сердечной недостаточностью и актуальным является вопрос ее ранней диагностики, в том числе выявление пациентов с ее предстадией. Таким образом, зучение предикторов повышения пред- и постнагрузки на сердце в когорте молодых людей представляет несомненный интерес.
Цель исследования. Выявить предикторы повышения пред- и постнагрузки на сердце у лиц молодого возраста с факторами кардиометаболического риска
Материалы и методы. На базе КДЦ Авиастроительного района г. Казани обследовано 142 пациента (мужчин — 51,2%, женщин — 48,8%) в возрасте Me=35 [31-39] лет. Включались пациенты с факторами кардиометаболического риска без сахарного диабета, вторичных причин ожирения, ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности. Проводилось клинико-лабораторное обследование, эхокардиография, антропометрия, биоимпедансометрия, оценка уровня натрийуретического пептида (НУП), ультразвуковое исследование печени с выявлением НАЖБП. Рассчитывались индексы стеатоза печени Non-Alcoholic Fatty Liver Disease — Liver Fat Score (NAFLD-LFS), Hepatic Steatosis Index (HSI) и Triglyceride and glucose Index (TyG). Рассчитаны третьи тертили значений конечно-диастолического и конечно-систолического объемов левого желудочка (КДО ЛЖ и КСО ЛЖ), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) с учетом референсных значений для мужчин и женщин (группа риска повышения пред- и постнагрузки на сердце). Данные обработаны в IBM SPSS Statistics 26.
Результаты. В исследованной когорте абдоминальное ожирение (АО) установлено в 52,8%, НАЖБП — 12,7%. К группе риска было отнесено 35,9% пациентов. При построении «Дерева решений» для группы риска повышения пред- и постнагрузки на сердце включены показатели: пол, оценка экзогенно-конституционального и абдоминального ожирения, уровня висцерального жира, дислипидемии, НАЖБП, расчетные индексы стеатоза печени. На первом шаге значимым фактором выступило АО, которое увеличивало вероятность быть отнесенным к группе риска в 21 раз (p=0,000). В группе лиц, имеющих АО, на втором шаге «Дерева решений» фактором, увеличивающим риск пред- и постнагрузки на сердце в 9,5 раз, выступило наличие НАЖБП (p=0,002). Среди лиц без НАЖБП предиктором повышения пред- и постнагрузки на сердце втором шаге выступал женский пол ($\chi 2=7,1$; p=0,008). Общий процент верно предсказанных наблюдений с применением «Дерева решений» составил 78,2±3,5%.
Выводы.
У лиц молодого возраста с факторами кардиометаболического риска риск повышения пред- и постнагрузки на сердце ассоциирован с наличием АО и НАЖБП. «Дерево решений» продемонстрировало дополнительное влияние НАЖБП у лиц с ожирением на увеличение пред- и постнагрузки на сердце.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТЕОАРТРИТА С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Синеглазова А.В., Нуриева А.Р.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Современный подход к патогенезу остеоартрита (ОА) демонстрирует необходимость комплексного анализа соматического статуса пациента в связи с возможностью влияния кардиометаболического профиля на течение заболевания. Особый интерес представляют пациенты трудоспособного возраста.
Цель исследования. Изучить взаимосвязь ОА с кардиометаболическими факторами риска (ФР) у лиц молодого и среднего возраста.
Материалы и методы. В сплошное поперечное исследование включено 255 лиц в возрасте (Me=38 [33-46] лет); мужчин/женщин=47,1/52,9%. Критерий исключения в исследование: наличие кардиометаболических заболеваний (сахарный диабет, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность). С учетом совокупных данных клинического осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов, заключений специалистов на основании диагностических критериев установлен ОА и оценены кардиометаболические ФР: избыточная масса тела (ИзМТ), экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО), абдоминальное ожирение (АО), повышенный (↑) уровень висцерального жира (ВЖ), повышенное артериальное давление (АД), предиабет, гиперхолестеринемия (ГХС), гипертриглицеридемия (ГТГ), повышенный холестерин липопротеинов невысокой плотности (ХС-неЛВП) повышенный индекс инсулинорезистентности (HOMA-IR), повышенный С-реактивный белок (СРБ). Применена IBM-SPSS-Statistics-26.
Результаты. ОА диагностирован в 20,8% случаев (n=53), ↑ХС-неЛВП — в 60,8% (n=155), АО — в 58,0% (n=148), ГХС — в 51,4% (n=131), ↑АД — в 42,7% (n=109), ИзМТ — в 34,5% (n=88), ЭКО — в 32,5 (n=83), ↑СРБ — в 27,1% (n=69), ↑ HOMA-IR — в 25,5% (n=65), предиабет — в 21,2% (n=54), ГТГ — в 20,8% (n=53), ↑ВЖ — в 8,6% (n=22). У лиц с ОА значимо чаще установлены ↑АД (n=33; 62,3%; p=0,002), ГТГ (n=18; 34,0%; p=0,008), ↑ХС-неЛВП (n=39; 73,6%; p=0,040), предиабет (n=21; 39,6%; p=0,000), ↑ВЖ (n=9; 17,0%; p=0,025) по сравнению с лицами без ОА (n=76; 37,6%; n=35; 17,3%; n=116; 57,4%; n=33; 16,3% и n=13; 6,4%, соотв.). При наличии ОА установлена более высокая вероятность ↑АД [ОШ=2,7; 95%ДИ: 1,5-5,1], ГТГ [ОШ=2,5; 95%ДИ: 1,2-4,8], ↑ХС-неЛВП [ОШ=2,1; 95%ДИ: 1,1-4,0], предиабета [ОШ=3,4; 95%ДИ: 1,7-6,5], ↑ВЖ [ОШ=3,0; 95%ДИ: 1,2-7,4]. Выявлены прямые корреляционные связи наличия ОА с возрастом (rxy=0,320; p=0,000), значениями глюкозы натощак (rxy=0,222; p=0,000), триглицеридов (rxy=0,182; p=0,004), ИМТ (rxy=0,158; p=0,011), СРБ (rxy=0,157; p=0,012), уровня ВЖ (rxy=0,144; p=0,021), HOMA-IR (rxy=0,132; p=0,035), ХС-неЛВП (rxy=0,126; p=0,045), гликированного гемоглобина (rxy=0,126; p=0,000).
Выводы.
У лиц трудоспособного возраста с ОА установлена более высокая частота встречаемости повышенного АД, дислипидемии, предиабета, повышенного уровня ВЖ. Совокупность данных ФР может влиять на образ жизни пациентов, их мобильность, кардиометаболический риск, выбор лекарственных препаратов. Соответственно, при планировании тактики ведения пациентов с ОА важно учитывать наличие и корректировать кардиометаболические ФР.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ

Скворцов В.В., Сараев С.С.
ГУЗ «ГКБСМП №25», г. Волгоград, Россия

Актуальность. Постковидный синдром (ПКС) часто сопровождается нарушениями дыхательной функции. Основная причина — поражение легких во время COVID-19 и последующее формирование фиброза.
Цель исследования. Оценить клинико-функциональные особенности поражений дыхательной системы у ранее здоровых лиц, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19.
Материалы и методы. Исследование проводилось на 40 пациентах (20 мужчин, 20 женщин), обследованы через 1-2 месяца после выздоровления. Разделение по тяжести одышки: -группа 1 — умеренный ПКС (средний возраст 43 года), -группа 2 — тяжелый ПКС (средний возраст 68 лет). Проводилась спирометрия (ФЖЕЛ, ОФВ1, индекс Тиффно, скоростные показатели).
Результаты. ФЖЕЛ снижена на 6,6% (умеренный ПКС) и на 10,1% (тяжелый ПКС). ОФВ1 снижен незначительно при умеренном ПКС (-0,8%), но на 7,6% при тяжелом. Индекс Тиффно выше нормы → рестриктивный тип нарушений. Скоростные показатели дыхания: — при умеренном ПКС — отклонения ≤1% (бронхиальная проходимость сохранена);
-при тяжелом ПКС — снижение на 7,5-7,7% (поражение мелких дыхательных путей).
Выводы.
ПКС сопровождается стойкими рестриктивными нарушениями дыхательной функции. У пациентов после тяжелого COVID-19 нарушения более выражены и связаны с риском легочного фиброза. Необходимы ранняя диагностика (спирометрия, КТ) и индивидуальные реабилитационные программы. Антифибротическая терапия — перспективное, но пока экспериментальное направление.

СЛУЧАЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАРИНОМ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНОГО ТРОМБОЗА, СПРОВОЦИРОВАННОГО ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИЕЙ

Склянная Е.В., Кардашевская Л.И.
ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России
ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака», г. Донецк, Россия

Актуальность. Применение гормональных препаратов распространено в гинекологической практике с целью контрацепции. Но их применение связано с риском развития венозных тромбозов и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Основное в ведении больных с тромбозами заключается в назначении антикоагулянтов (АК), в качестве которых рекомендовано назначение нефракционированного гепарина (НГ). У части больных на фоне гепаринотерапии возникает тромбоцитопения (ТП), которая опасна геморрагическими осложнениями. Наш клинический случай интерес тем, что лечение венозного тромбоза НГ осложнилось тромбоцитопенией и ТЭЛА.

Описание случая. Больная 36 лет с целью контрацепции принимала гормональную заместительную терапию (ГЗТ). Из факторов риска: ожирение 1 степени. После физической нагрузки появились боли и посинение правой ноги от бедра до голени. Обратилась в поликлинику, выявлен илеофеморальный тромбоз, госпитализирована. Назначен нефракционированный гепарин (НГ) в течение 9 дней. При выписке на 10-е сутки при подъеме по лестнице возникла резкая боль за грудиной, одышка, больная потеряла сознание. Переведена в реанимацию с подозрением на ТЭЛА. Регистрировалась гипотензия, сохранялась одышка. При рентгенографии легких не выявлено никаких изменений. Вновь назначен НГ. В анализах крови отмечалось ежедневное снижение тромбоцитов с 80 до 14 х 10^9/л, повышение СРБ от 37 до 73 мг/л, АЧТВ от 31 сек до 52 сек, фибриногена до 4,5 г/л, креатинина, нарастание уровня Д-димеров; в моче протеинурия. Гепарин был отменен и назначен ривароксабан 20 мг. Выписана на амбулаторное лечение через 2 недели с рекомендацией приема ривароксабана в дозе 20 мг в течение 6 месяцев. На фоне 2-х недель приема ривароксабана уровень тромбоцитов повысился до 135х10^9/л, уменьшилась одышка. При амбулаторном проведении КТ легких через 2 недели после выписки выявлена треугольная тень, прилежащая основанием к плевре в S8 правого легкого — инфаркт-пневмония. На ЭхоКГ отмечено расширение правых камер сердца, легочная гипертензия до 40 мм рт ст.

Заключение.

Анализируя данный случай, можно было бы предположить гепарин-индуцированную тромбоцитопению (ГИТ) 1 типа, однако, учитывая отсроченный эпизод ТЭЛА на фоне приема НГ и прогрессирующей тромбоцитопении (ТП), нельзя исключить, что ТП была обусловлена также иммунными механизмами, в результате которых вырабатываются специфические анти-тромбоцитарные антитела к комплексу гепарин-тромбоцитарный фактор 4 (АТ Г-ТФ-4). Таким образом, имеет место ГИТ 2 типа. Следует внимательно следить за динамикой не только АЧТВ, Д-димеров и ТП, но и СРБ, фибриногена, определять ТФ-4, АТ Г-ТФ-4 и, возможно, использовать тромбоэластографию (ТЭГ) для оценки риска тромбоза.

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Скородумова Е.А., Повзун А.С., Щемелева Е.В.
ГБУ СПБ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) часто осложняет течение острого коронарного синдрома (ОКС), приводя к ухудшению прогноза. Подагра ассоциирована с высоким риском сердечно-сосудистой патологии, включая ОКС. Хроническая болезнь почек (ХБП) широко распространена у этих пациентов.
Цель исследования. Оценить функцию почек в динамике у пациентов с подагрой при ОКС.
Материалы и методы. Проанализированы истории болезни пациентов, лечившихся в СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе в 2020-2024 гг.: группа 1 — 94 больных с ОКС и диагнозом подагра, группа 2 (контрольная) — 95 пациентов с ОКС без подагры. Группы сопоставимы по полу, возрасту и типу ОКС. Диагноз подагра был установлен до госпитализации. Не включались пациенты с заболеваниями почек и лица с подагрой и ХБП 5 ст. Ведение пациентов с ОКС соответствовали актуальным национальным рекомендациям. Всем пациентам определялся уровень креатинина сыворотки крови и рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI при поступлении в стационар, на вторые-третьи сутки и после седьмых суток госпитализации. ОПП определялось в соответствии с рекомендациями KDIGO (2012). Данные статистически обработаны.
Результаты. Исходная ХБП III-IV стадии была у 35 (37,2%) больных в группе с подагрой+ОКС. В контрольной группе таких пациентов было 13 (13,7%), $p<0,05$. Количество ОПП составило 23 (24,5%) и 8 (8,4%) в группах 1 и 2 соответственно, $p<0,05$. В группе 1 частота ОПП увеличивалась со снижением уровня рСКФ при поступлении, в контроле такой закономерности не было. В группе подагра+ОКС средний возраст пациентов с развившейся ОПП, исходный уровень креатинина сыворотки крови и рСКФ были выше, чем у больных без ОПП, $p<0,05$. Для группы контроля таких различий не наблюдалось. Частота ОПП в зависимости от пола пациентов не менялась в обеих группах. Достоверных различий между частотой гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа не выявлено в обеих группах, $p>0,05$. У больных с подагрой и ОПП преобладал ОКС без подъема ST — 17 (73,9%), у больных без подагры с ОПП преобладающим был ОКС с подъемом ST — 5 (62,5%), $p<0,05$. Летальность: у 9 (9,6%) и у 4 (4,2%) больных в 1 и 2 группе соответственно, $p>0,05$.
Выводы.
Пациенты с подагрой более подвержены развитию ОПП при ОКС, что определяет у них более неблагоприятный прогноз.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ СТЕНТА — РЕЗУЛЬТАТЫ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА

Скородумова Е.А., КостенкоВ.А., Скородумова Е.Г., Луцик Е.А.
ГБУ СПБ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Повторный инфаркт миокарда, ассоциированный с нарушением проходимости ранее установленных коронарных стентов, остается серьезной клинической проблемой. Выявление предикторов данного осложнения необходимо для совершенствования профилактических стратегий.
Цель исследования. Идентифицировать ключевые факторы риска развития повторного инфаркта миокарда, развившегося в следствие нарушения проходимости ранее имплантированного стента.
Материалы и методы. В исследование включено 212 человек с диагностированным повторным инфарктом миокарда в ходе индексной госпитализации. Пациенты разделены на две группы: первая группа (n=110) — с нарушением проходимости ранее установленного стента; вторая группа (n=102) — с нарушением проходимости коронарной артерии вне зоны стентирования. Проведен факторный анализ с включением генетических маркеров (полиморфизмы генов ACE I/D, NOS3 C786T, APOE Leu28Pro), показателей липидного обмена, уровня лейкоцитов и скорости клубочковой фильтрации.
Результаты. В первой группе пациентов отмечалось наибольшее влияние показателей липидного обмена: выявлены статистически значимые факторные нагрузки для общего холестерина (0,990), липопротеидов низкой плотности (0,943 и 0,930), липопротеидов высокой плотности (0,802) и генотипа DD гена ACE (0,910). Во второй группе максимальными нагрузками характеризовались параметры, отражающее хроническое воспаление на фоне почечной дисфункции: уровень лейкоцитов (0,937), СКФ (0,921), генотип гена APOE (0,774) и полиморфизм гена NOS3 (0,621).
Выводы.
Установлены различные профили факторов риска в зависимости от локализации нарушения проходимости коронарной артерии (рестеноз/поздний тромбоз ранее установленного стента либо вне его). Для группы с нарушением проходимости стента ключевыми факторами являются показатели липидного обмена и генетические маркеры, для группы с нарушением проходимости вне стента — показатели воспаления, функции почек и полиморфные варианты строения генов APOE и NOS3. Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного подхода к ведению пациентов после чрескожных коронарных вмешательств.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭКГ

Смирнова Е.А., Низов А.А., Лапкин М.М., Отмахова О.В., Гиривенко А.И.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Состояние неспецифических адаптационных систем организма (НАСО) изменяется при любых патологических процессах. Его значение для прогноза при остром коронарном синдроме (ОКС) считается доказанным, однако это установлено для отдельных показателей, полученных в большинстве случаев при суточном мониторировании ЭКГ и касается преимущественно подострого периода инфаркта миокарда. Детальная характеристика состояния НАСО при ОКС, их состояние в первые сутки заболевания и дальнейшая динамика по данным анализа коротких участков ЭКГ изучены значительно меньше.

Цель исследования. Изучить динамику состояния НАСО, оцененного по показателям вариабельности сердечного ритма (ВСР) на 5 минутных участках ЭКГ у больных ОКС со стойким подъемом сегмента ST ЭКГ (ОКСспST).

Материалы и методы. В открытое проспективное исследование включены 30 пациентов (26 мужчин, 4 женщины, медиана возраста 62,3 [56,7;70,0] лет) с ОКСспST. НАСО оценивали по ВСР методом кардиоинтервалометрии на 5-тиминутных участках ЭКГ на 1 и 7 сутки от поступления по показателям частота сердечных сокращений (ЧСС, в 1 минуту), среднеквадратическое отклонение ряда кардиоинтервалов (SDNN, мс), мощность спектра кривой, огибающей динамический массив кардиоинтервалов в диапазонах высоких (HF), низких (LF) и сверхнизких (VLF) частот (в процентах). Всем пациентам проводили клиническое обследование, первичное ЧКВ и консервативную терапию в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. Исходом ОКС был Q-образующий инфаркт миокарда у 29 и инфаркт миокарда без зубца Q у 1 больного. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой. Статистически значимым считали $p \leq 0,05$.

Результаты исследования.

У пациентов с ОКСспST на момент госпитализации в сравнении с группой контроля были повышены ЧСС (77,5 [69,0;85,0] vs 68,0 [69,0;85,0]), снижено SDNN (22,5 [15,0;37,0] vs 40,0 [34,0;44,0]). Спектральные показатели от группы контроля не отличались (HF 21,3 [11,3;29,9] vs 24,3 [19,3;29,7], LF 29,8 [21,5;39,7] vs 33,8 [26,5;39,1], VLF 43,4 [31,5;58,0] vs 41,8 [33,3;48,5]). На 7 день наблюдения снизилась и ЧСС 71,5 [64,0;79,0] и SDNN 20,0 [13,0;29,0]. В сравнении с группой контроля сохранялись снижении SDNN, по показателю ЧСС разница между исследуемой группой и группой контроля стала статистически не значимой. Показатели частотного анализа статистически значимо не менялись (HF 21,2 [13,1;34,3], LF 25,3 [23,3;38,3], VLF 48,6 [33,7;59,8]).

Выводы.

При ОКСспST напряжение НАСО наблюдается с первых дней заболевания и нарастает к 7 дню лечения, при этом спектральные показатели неинформативны у этой категории больных, что следует учитывать при интерпретации данных.

ХИВАМАТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ИММУННОЙ ДИСФУНКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ЭНДОВАСКУЛЯРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ

Смирнова И.Н., Марицкая Е.А.
ФГБУ ФНКЦ МРиК ФМБА России, г. Томск, Россия

Актуальность. Особая роль в формировании осложнений инфаркта миокарда (ИМ) отводится иммунным нарушениям. Наличие иммуномодулирующего действия лечебных физических факторов определяет перспективность их использования в комплексной реабилитации пациентов после ИМ.
Цель исследования. Изучить влияние комплексной медицинской реабилитации с включением низкочастотной электростатической терапии (Хивамат-терапии) на динамику показателей иммунного статуса у больных, перенесших ИМ, после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).
Материалы и методы. В исследовании участвовали 46 больных ИМ, перенесших экстренное ЧКВ, находящихся на стационарном этапе реабилитации (12-14 день после проведения ЧКВ). Концентрации цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа, субпопуляции лимфоцитов с помощью флуоресцентной микроскопии, иммуноглобулинов Ig A, IgG, IgM по методу G. Mancini et al. Пациенты I группы (группа сравнения) получали базовый лечебный комплекс: ЛФК, дозированная ходьба, массаж, сухие углекислые ванны, психотерапия. Пациенты II группы (основная группа) дополнительно получали низкочастотную электростатическую терапию от аппарата «Хивамат 200» по программе «Послеоперационная реабилитация на органах грудной клетки».
Результаты. Исходный анализ иммунологического статуса выявил значимые изменения: повышение уровней IL-6, ФНО-α, иммунорегуляторных субпопуляций CD3+CD4+, CD3+CD8+ и CD 16+, дисбаланс гуморального звена в виде повышения IgA, IgM и IgG у пациентов, перенесших ИМ и ЧКВ. После курса реабилитации у пациентов II группы отмечено снижение содержания CD 3+ до нормы. В отношении иммунорегуляторных субпопуляций CD3+CD4+ и CD3+CD8+ и CD 16+ их относительное содержание сохранялось выше референсного, при этом у пациентов II группы противовоспалительный эффект подтверждался значимым снижением CD3+CD4+ ($p=0,045$) и CD3+CD8+ ($p= 0,028$) по сравнению с I группой ($PI-II= 0,013$). Кроме того, только при включении Хивамат-терапии отмечено снижение до нормативных значений, исходно повышенных IgA ($PI-II= 0,05$), IgM ($PII = 0,043$), IgG ($PII = 0,041$). Цитокиновый статус на фоне комплексной медицинской реабилитации улучшался в обеих группах, однако в группе II также зарегистрировано снижение IL-1β ($p=0,002$).
Выводы.
В результате исследования доказано вовлечение иммунной системы в комплекс патологических реакций у пациентов после ИМ и ЧКВ. Назначение Хивамат-терапии на стационарном этапе реабилитации способствует снижению активности воспалительного процесса, стимулирует факторы неспецифической защиты, устраняет дисбаланс в клеточном и гуморальных звеньях иммунитета с приближением иммунологических показателей крови к физиологическим значениям.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРА ФИБРОЗА sST2 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Смирнова М.П., Чижов П.А., Корсакова Д.А.
ФГБОУ ВО ЯГМУ минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Ремоделирование миокарда является ключевым звеном патогенеза хронической сердечной недостаточности (ХСН). Наряду с инструментальными методами, важное значение для оценки тяжести и прогноза ХСН имеют биомаркеры. Одним из наиболее изучаемых в последние годы является растворимый рецептор супрессора туморогенности-2 (sST2), уровень которого отражает процессы воспаления, фиброза и перегрузки миокарда. Согласно современным данным, пороговое значение 35 нг/мл считается клинически значимым и применяется для стратификации риска у пациентов с ХСН.
Цель исследования. Оценить взаимосвязь уровня sST2 с показателями ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) при ХСН.
Материалы и методы. У102 пациентов с ХСН, 72 женщины (Ж) и 30 мужчин (М), средний возраст 74±9 года, проводили эхокардиографию с оценкой фракции выброса (ФВЛЖ) по Симпсону и конечно-систолического размера ЛЖ (КСРЛЖ), пиковые скорости быстрого (ПикЕ) и медленного (ПикА) диастолического наполнения, соотношение ПикЕ к среднему значению скорости движения кольца МК в раннюю диастолу (Е/е’), систолического давления в легочной артерии (СДЛА), оценивали уровень маркера sST2 методом ИФА. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Statistica 12.
Результаты. ХСНсФВ диагностирована у 67 человек (65,7%), ХСНусФВ+ХСНнФВ — у 35 человек (34,3%). Уровень sST2 >35 нг/мл был выявлен у 27 пациентов (26,5%). В группе с ХСНусФВ+ХСНнФВ уровень sST2 был достоверно выше, чем при ХСНсФВ: 38,3 (9,3;42,5) нг/мл против 16,1 (10,8;27,4) нг/мл, соответственно, p=0,03. Кроме того, у лиц с повышенным уровнем sST2> 35 нг/мл достоверно ниже величина ФВЛЖ- 47,0 (38,0;57,0) против 56,0 (50,0;62,0); выше соотношение Е/е’, а именно 12,0 (10,0;15,0) при sST2>35 и 8,5 нг/мл (7,0;11,0) при sST2.
Выводы.
Пороговое значение sST2 >35 нг/мл устойчиво ассоциировано с признаками ремоделирования ЛЖ у пациентов с ХСН.

СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКСОМЫ И ТРОМБА ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Смирнова М.С., Корчукова В.В.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Миксома правого предсердия является редким жизнеугрожающим заболеванием сердца, их дифференциальная диагностика с такими образованиями как тромб представляется сложным. В 83% случаев встречается миксома левого предсердия, в 13% — правого.

Описание случая. Пациентка К., 1963 г.р., поступила в терапевтическое отделение ГКБ №5 с жалобами на головокружение, выраженную слабость, неустойчивые цифры АД, впервые возникший дискомфорт в области сердца. Ухудшение около 3 недель. Обратилась к кардиологу в частный медицинский центр, где при эхокардиографии (ЭХО-КГ) выявлен тромб в правом предсердии и легочная гипертензия. ЭХО-КГ (в стационаре): Дилатация правого предсердия. Фракция выброса 67%. В полости правого предсердия и, частично, правого желудочка лоцируется ЭХО-позитивное образование неоднородной структуры, подвижное, с четкими контурами размерами 70,3/30,8мм. По ДКГ и ЦДК — диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка по 1 типу, митральная регургитация 1-2 ст., признаки умеренной легочной гипертензии (систолическое давление в ЛА-33,5 мм рт. ст. при N <30 мм рт.ст.). Признаки атеросклероза аорты, кардиосклероза, умеренного нарушения глобальной сократимости правого желудочка, увеличения правого предсердия, гипертрофии межжелудочковой перегородки и передней стенки правого правого желудочка, умеренной легочной гипертензии, умеренной недостаточности митрального клапана. Больше данных за миксому правого предсердия. Тромб правого предсердия? При магнитно резонансной томографии (МРТ) сердца получены данные за тромб правого предсердия. Исследование прекращено в связи с возникшими сердцебиением, головокружением, болями в области сердца. Переведена в НИИ «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница им. академика Б.А. Королева», где проведена операция — резекция миксомы правого предсердия и аортокоронарное шунтирование. Находилась в отделении реанимации. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение.

Продемонстрирован случай редкой локализации миксомы правого предсердия, когда дифференциальная диагностика с тромбом оказалась затруднительна не только с использованием Эхо-КГ, но и МРТ сердца, что отсрочило хирургическое лечение пациентки.

УРОВЕНЬ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Смирнова М.С., Эделев А.С.
ФГАОУ ВО «Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Современными целями терапии бронхиальной астмы (БА) являются достижение и длительное поддержание текущего контроля над симптомами заболевания, минимизация будущих рисков. Неконтролируемая астма остается сложной проблемой. Рекомендуется проведение многоплановой оценки контроля БА с использованием ряда инструментов измерения.
Цель исследования. Оценка уровня контроля с использованием шкал Asthma Control test (ACT), Asthma Control Questionnaire (ACQ-5) больных БА средней тяжести, направленных на консультацию в Городской пульмонологический центр ГБУЗ 28 г. Нижний Новгород (далее Центр).
Материалы и методы. Опрошены все пациенты БА средней тяжести (N 63), обследованные в Центре в марте, апреле и мае 2023 г., из них 47 (74,6%) женщин. Средний возраст составил 62,5±12,1 года (от 18 до 85 лет). У 42 (66,7%) больных имела место аллергическая астма, у 21 (33,3%), неаллергическая. Сбор данных проводился посредством прямого опроса во время визита в Центр. Опросники заполнял сам больной. По шкале ACQ-5 контроль БА оценивается как хороший при значениях ACQ-51,5 соответствует плохому контролю. Согласно тесту, АСТ при сумме 25 баллов БА считается полностью контролируемой; 20-24 балла — контролируемой хорошо, но не полностью; при сумме ≤ 19 баллов характеризовалась как неконтролируемая.
Результаты. В большинстве случаев по тесту ACQ-5 отмечалось отсутствие контроля (28 пациентов, что составило 44,4%) или частичный уровень контроля БА (24 больных, т.е. 38,1%). Полный контроль над заболеванием по шкале ACQ-5 достигнут лишь у 11 (17,5%) респондентов. По данным теста АСТ неконтролируемое течение имело место у 29 (46,0%) больных, контроль был частичным у 24 (38,1%) опрошенных, полным только у 10 (15,9%) пациентов. Средний балл по тесту ACQ-5 составил 1,55±0,66, по шкале АСТ 18,4±5,0.
Выводы.
По данным анкетирования в пульмонологическом центре уровень контроля у пациентов БА оказался недостаточным. Многоплановое изучение текущего контроля над симптомами БА с использованием совокупности опросников на поликлиническом этапе дает дополнительную информацию о состоянии здоровья пациентов.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Смирнова Ю.В., Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Малышенко О.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия
ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) занимает одну из лидирующих позиций в структуре ревматологических заболеваний. Помимо хронического эрозивного артрита, РА может характеризоваться системными проявлениями, в том числе поражением легких. Кроме того, возможны лекарственно-индуцированные изменения легких, туберкулез и аспергиллез, злокачественные новообразования, гранулематоз с полиангиитом.
Описание случая. Пациентка 64 лет наблюдается с 2000 г. с диагнозом: ревматоидный артрит. Получает базисную терапию: метотрексат 15 мг в неделю + лефлунамид 20 мг в сутки. На фоне проводимого лечения проявления суставного синдрома минимальные. Ухудшение самочувствия с декабря 2023 г.: боли в мелких суставах кистей, локтевых и плечевых суставах. Прием НПВП с незначительным эффектом. В апреле 2024 г. осмотрена ревматологом, припухших суставов нет, диагноз: ревматоидный артрит серопозитивный с поражением мелких суставов кистей и стоп, поздняя стадия, эрозивный R ст. 3-4, активность высокая (DAS28 – 5,2), АЦЦП «+». ФК 2. Остеопороз сложного генеза без патологических переломов (позвоночник Т-критерий -2,9, бедренная кость Т-критерий -3,0). Рекомендовано продолжить базисную терапию в прежнем объеме. Обращает на себя внимание «лабораторная активность» (СОЭ — 64 мм/ч, СРБ — 39 мг/л) при минимальном проявлении суставного синдрома. Рекомендовано дообследование. На рентгенограмме ОГК: объемное образование правого легкого. Проведена МСКТ с контрастированием: в периферических отделах S4 правого легкого объемное образование 20х25 мм с четкими контурами и минимальным накоплением контраста; в S1 правого легкого и в S5 левого легкого субсолидные очаги с кавитацией округлой формы с нечеткими контурами 11 и 14 мм соответственно. В план диф. диагностики включены: туберкулез, онкопатология, поражение легких при ревматоидном артрите, поражение легких на фоне приема метотрексата. Пациентка обследована у фтизиатра, данных за туберкулез не выявлено. Проведено дообследование в НИИ онкологии г. Томска по поводу периферического образования средней доли правого легкого. Выполнена торакоскопическая сегментарная резекция S4 правого легкого. По результатам гистологического исследования: микроабсцессы с нагноением. В послеоперационном периоде проявления суставного синдрома минимальные, лабораторные показатели в пределах нормы. Рекомендовано продолжить базисную терапию в прежнем объеме под наблюдением ревматолога.
Заключение.
Причин поражения легких при РА много, и при их обнаружении необходимо проведение дифференциальной диагностики и всестороннее обследование пациентов, в том числе важна их морфологическая верификация. У данной пациентки не исключена возможность формирования легочных кавитаций как последствие перенесенной коронавирусной инфекции.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТА С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Спицина С.С.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», г. Волгоград, Россия

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) сложно диагностировать у ревматологических больных из-за способности имитировать обострение основного заболевания. Особые трудности возникают у пациентов на иммуносупрессивной терапии, где стертая клиническая картина может маскировать жизнеугрожающее состояние.
Описание случая. Мужчина, 38 лет, с анкилозирующим спондилоартритом (на терапии этанерцептом), поступил в ревматологическое отделение с жалобами на лихорадку до 38°С в течение 3 недель, артралгии в коленных и голеностопных суставах, миалгии, потерю веса на 6 кг за месяц, петехиальную сыпь на коже голеней. При поступлении состояние средней тяжести; кожные покровы бледные. На коже голеней и бедер определялись множественные петехиальные элементы диаметром 1-2 мм. При аускультации сердца выслушивался систолический шум в точке Боткина и во 2-м межреберье справа, ранее не регистрировавшийся. При осмотре выявлена припухлость коленных суставов без гиперемии кожи и местного повышения температуры, с ограничением сгибания, умеренной болезненностью при пальпации. Лабораторные исследования выявили выраженные воспалительные изменения: лейкоцитоз 12.8×10^9/л с нейтрофильным сдвигом (85%), повышение СОЭ до 68 мм/ч, СРБ 48 мг/л. Отмечалась нормохромная анемия (Hb 92 г/л) и тромбоцитопения 180×10^9/л. Биохимический анализ показал гипоальбуминемию (28 г/л), повышение креатинина до 186 мкмоль/л с рСКФ 42 мл/мин/1.73м². В анализе мочи выявлена протеинурия 1.2 г/л, эритроцитурия 25-30 в поле зрения, лейкоцитурия 10-15 в поле зрения. Отмечалось повышение циркулирующих иммунных комплексов в 3.5 раза. Трехкратный посев крови выявил Streptococcus oralis в концентрации 10^5 КОЕ/мл. Трансторакальная эхокардиография выявила подозрение на вегетации на аортальном клапане, признаки регургитации I-II степени. Ультразвуковое исследование почек показало повышение эхогенности паренхимы, уплотнение стенок чашечек, признаки нефрита.
Заключение.
Особенностью данного случая стало развитие ИЭ на фоне иммуносупрессивной терапии, что обусловило преобладание системных воспалительных проявлений. Особое внимание следует уделять антибиотикопрофилактике у ревматологических пациентов при проведении инвазивных вмешательств.

ТЕРАПИЯ КАНАКИНУМАБОМ У ПАЦИЕНТА С РЕФРАКТЕРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ — БЫСТРЫЙ И СТОЙКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОТВЕТ

Спицина С.С.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», г. Волгоград, Россия

Актуальность. Болезнь Стилла взрослых (БСВ) представляет собой редкое мультисистемное воспалительное заболевание. Несмотря на стандартную терапию глюкокортикоидами (ГК) и базисными противовоспалительными препаратами, у значительной части пациентов развиваются рефрактерные формы заболевания, требующие применения генно-инженерных биологических препаратов.
Описание случая. Пациент М., 23 года, с БСВ, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на периодическую фебрильную лихорадку (до 39°С), сопровождающуюся ознобами и проливными потами, болезненную припухлость коленных и лучезапястных суставов, ограничение движений, а также макулопапулезную сыпь розового цвета на коже туловища, усиливающуюся на высоте лихорадки. Заболевание дебютировало год назад, с быстрым нарастанием симптоматики. При первичном обследовании выявлены лейкоцитоз ($18{,}2\times10^9$/л) с нейтрофильным сдвигом, резкое повышение острофазовых показателей (СОЭ 52 мм/ч, СРБ 45 мг/л), гиперферритинемия (800 мкг/л). Пациент получал метотрексат (20 мг в неделю), преднизолон (20 мг в сутки) с неполным эффектом. Учитывая гормонорезистентность заболевания, было принято решение о назначении канакинумаба в дозе 300 мг подкожно каждые 4 недели на фоне постепенно снижаемой дозы преднизолона. Уже после первой инъекции канакинумаба отмечена быстрая положительная динамика: нормализация температуры тела, значительное уменьшение суставного синдрома, исчезновение кожной сыпи. Через 4 месяца лечения достигнута полная клинико-лабораторная ремиссия: нормализация острофазовых маркеров (СРБ — до 5 мг/л, ферритина — до 180 нг/мл), лейкоциты 12×10^9/л. На фоне выраженного улучшения удалось значительно снизить дозу преднизолона до 10 мг/сутки без возобновления симптоматики. Терапия канакинумабом характеризовалась хорошей переносимостью, побочных эффектов не зарегистрировано.
Заключение.
Терапия ингибитором интерлейкина-1β (ИЛ-1β) канакинумабом может рассматриваться как препарат выбора у пациентов с гормонорезистентными формами БСВ, обеспечивая быстрый и стойкий клинический ответ с благоприятным профилем безопасности. Полученные результаты подтверждают роль блокады ИЛ-1 в патогенезе БСВ.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ РЕСУРС ЛЮБВИ К УЧЕНИКУ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ САМООЦЕНКУ И УСПЕШНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Соколова О.В., Куприянова В.В., Ромащенко О.В.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Педагогический процесс в медицинском вузе сопряжен с высокой психоэмоциональной напряженностью как со стороны преподавателей, так и со стороны студентов, вследствие наличия насыщенного учебного плана и высокой моральной ответственности профессии врача. Одной из задач современного медицинского образования является создание благоприятной творческой среды в вузе, способствующей успешному обучению и развитию лучших качеств личности будущего медика. Нужны ли для этого творческие силы любви к ученикам? Насколько педагогический ресурс любви преподавателей влияет на самооценку и успешность обучения студентов в медицинском университете?
Цель исследования. Определить — какое влияние на успешность обучения и самооценку студентов имеет педагогический ресурс любви преподавателей в медицинском вузе.
Материалы и методы. В анонимном исследовании приняли добровольное участие 84 студента 4 курса лечебного и педиатрического факультетов Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ). По данным анкетирования студентов определяли педагогический стиль трех преподавателей, которые вели практические занятия в группах, по методу В.А. Ясвина (2021). Определяли «педагогический ресурс любви» по разработанной нами методике, основанной на характеристике педагогических стилей В.А. Ясвина (2021). Самооценку личности студентов исследовали методом О.И. Моткова (2003). Успешность обучения оценивали по годовому рейтингу и оценке на экзамене по дисциплине. Проводили статистическую обработку данных с помощью электронной программы Microsoft Excel 2016.
Результаты. По результатам нашего исследования наиболее благоприятным стилем преподавания является стиль «Тренера», который характеризуется четким контролем за развитием студента со стороны преподавателя, ответственностью и неравнодушием к ученику, отстаиванием интересов студента перед другими. Педагогический ресурс любви такого преподавателя составил плюс 14,9%, возраст — 30 лет. Самооценка студентов оказалась самая высокая по параметрам нравственности (3,95±0,11 баллов), силы воли (3,98±0,10 баллов), самостоятельности (3,96±0,11 баллов), креативности (3,74±0,08 баллов), гармоничности (3,78±0,11 баллов), экстраверсии (3,84±0,11 баллов) и общей самооценки позитивных качеств личности (3,83±0,08 баллов). Годовой предметный рейтинг по дисциплине был самым высоким (0,82±0,01, $p<0,01$), как и средняя экзаменационная оценка (3,90±0,06, $p<0,01$).
Выводы.
Педагогический ресурс любви к ученику со стороны преподавателей имеет непосредственное прямое влияние на самооценку личности студентов и успешность их обучения в медицинском университете. Наибольший ресурс любви наблюдается у молодых преподавателей и наименьший — у пожилых, что свидетельствует о целесообразности проведения практических занятий у студентов преподавателями более молодого возраста.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Соколова Т.А., Юрина Д.П., Харламова У.В.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Среди заболеваний органов желудочно-кишечного тракта значительное место занимают воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). Это полиорганное аутоиммунное заболевание, при котором поражается не только желудочно-кишечный тракт, но и другие органы, и почки не являются исключением. Распространенность хронической болезни почек у пациентов с ВЗК растет, что и послужило поводом для оценки состояния почек у данной категории больных.
Цель исследования. Оценить наличие мочевого синдрома и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных ВЗК.
Материалы и методы. В исследование включено 42 пациента с ВЗК, которым проводились общеклинические и биохимические методы исследования. Определяли уровень креатинина для расчета СКФ, альбуминурию, наличие мочевого синдрома.
Результаты. При оценке показателей в группе больных были выявлены отклонения в общем анализе мочи у 15 (36%) обследуемых: минимальная протеинурия — 4 (9,5%), лейкоцитурия — 7 (16,7%) и эритроцитурия — 7 (16,7%), альбуминурия у 3 (7%) человек. Данные изменения соответствуют проявлениям мочевого синдрома. При оценке уровня креатинина и расчета СКФ изменения отмечались у 30 (71%) обследуемых и соответствуют 2 стадии ХБП, у 2 (4,8%) пациентов была выявлена 3 стадии ХБП.
Выводы.
Выявленные изменения функции почек у пациентов с ВЗК в виде мочевого синдрома и снижения СКФ могут являться начальными проявлением ХБП. Регулярное диспансерное наблюдение за данной группой пациентов позволит своевременно выявить и предотвратить прогрессирование заболевание почек и снизить риск осложнений, возникающих при сочетании ВЗК и патологии органов мочевыделения.

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ БИОСИНТЕЗА ГЛУТАТИОНА (GCLC, GCLM, GSS) С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сокольникова Е.С., Азарова Ю.Э., Полоников А.В., Солодилова М.А.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия
ОБУЗ «КОМКБ», г. Курск, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — это мультифакториальное заболевание, в развитии которого важную роль играет атеросклеротический процесс. В различных популяциях мира идентифицирован широкий спектр полиморфных вариантов генов, ассоциированных с развитием ИБС. Известно, что окислительный стресс может представлять основу нарушений редокс-гомеостаза, ключевым регулятором которого является антиоксидант-глутатион. Снижение синтеза глутатиона при атеросклерозе является основой развития ИБС. Главными ферментами биосинтеза глутатиона (ГФБГ) являются глутамат-цистеинлигаза, состоящая из каталитической (GCLC) и модифицирующей (GCLM) субъединиц, и глутатионсинтетаза (GSS). В данной работе всем пациентам проводили селективную коронарографию для выявления гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий.
Цель исследования. Изучение взаимосвязи функционально значимых однонуклеотидных полиморфизмов ГФБГ с риском развития ИБС.
Материалы и методы. Материалом послужили образцы ДНК из биобанка НИИ ГМЭ КГМУ 1516 индивидов, включая 596 пациентов с ИБС и 920 человек контрольной группы. Генотипирование полиморфизмов ГФБГ проводилось с использованием геномного масс-спектрометра MassARRAY-4.
Результаты. Частоты генотипов полиморфных вариантов ГФБГ соответствовали равновесию Харди-Вайнберга (P>0.05). Сравнительный анализ частот аллелей и генотипов всех SNP ГФБГ позволил обнаружить статистически значимые ассоциации поражения коронарных артерий с развитием ИБС. Полиморфный вариант (SNP) rs11165048 гена GCLM ассоциировался со сниженным риском развития стеноза ствола левой коронарной артерии (ствол ЛКА) (OR=0.57 95% CI 0.34-0.95, P=0.03,); SNP rs6933870 гена GCLC ассоциировался с повышенным риском формирования стеноза огибающей коронарной артерии (ОА) (OR=1,68 95% CI 1,04-2,71, P=0.034); SNP rs16883912 гена GCLC ассоциировался с пониженным риском стеноза правой коронарной артерии (ПКА) (OR=0,48 95% CI 0,27-0,85, P=0.012), в то время как SNP rs7752556 гена GCLC (OR=1,75 95% CI 1,11-2,77, P=0.013) и rs7517826 гена GCLM (OR=1,91 95% CI 1,14-3,22, P=0.013) ассоциировались с повышенным риском стеноза ПКА; SNP rs7752556 гена GCLC (OR=1,65 95% CI 1,02-2,69, P=0.042) ассоциировался с повышенным риском стеноза проксимальной трети передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), SNP rs13212365 гена GCLC (OR=1,79 95% CI 1,10-2,92, P=0,018) и rs6933870 гена GCLC (OR=1,75 95% CI 1,08-2,86, P=0,023) ассоциировались с повышенным риском стеноза средней трети ПМЖА.
Выводы.
Полиморфизмы, ассоциированные с поражением коронарных артерий, характеризуются негативным влиянием на экспрессию ГФБГ и, соответственно, это может быть причиной недостаточного синтеза глутатиона в артериях. В рамках настоящего исследования впервые установлено, что полиморфные варианты ГФБГ ассоциированы с поражением коронарных артерий у больных ИБС.

МНОГОЛЕТНЕЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ И ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Соловьева М.А., Куркина Н.В., Сеськина А.А.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарева», г. Саранск, Россия

Актуальность.Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), способное поражать любой его отдел. Характеризуется сегментарным трансмуральным воспалением, часто приводящим к осложнениям, таким как стриктуры (сужения), свищи и синдром мальабсорбции. Данный клинический случай иллюстрирует многолетний путь пациента со сложной, длительно текущей формой БК, отражающий типичные проявления и современные подходы к терапии.
Описание случая. Мужчина, 38 лет наблюдается у гастроэнтеролога с диагнозом Болезнь Крона (L1 по Монреальской классификации: поражение терминального отдела подвздошной кишки), стенотическая форма (B2), средней степени тяжести в течение 12 лет. Первоначально отмечался хороший ответ на терапию глюкокортикостероидами (ГКС) и препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК). С начала 2025г. отмечается обострение заболевания с характерными жалобами на хроническую диарею (до 5-7 раз в сутки, с примесью слизи и свежей крови), схваткообразные боли в правой подвздошной области и околопупочной зоне, значительную потерю веса (около 15 кг за последний год), повышенную утомляемость и субфебрильную температуру. Проведено комплексное обследование: выявлены признаки активного воспаления (повышение С-реактивного белка до 45 мг/л, гипоальбуминемия — 28 г/л, анемия — Hb 98 г/л); по данным илеоколоноскопии — выраженное циркулярное сужение (стриктура) терминального отдела подвздошной кишки, слизистая оболочка отечная, с множественными продольными язвами и картиной булыжной мостовой; распространение воспаления на слепую кишку.
При гистологическом исследовании биоптатов — трансмуральное воспаление, крипт-абсцессы и гранулемы. МРТ-энтерография подтвердила наличие протяженной стриктуры в терминальном отделе подвздошной кишки с утолщением стенки до 7 мм и престенотическим расширением кишки, свищей не выявлено. Также диагностированы внекишечные проявления (артрит коленных суставов и узловатая эритема на голенях).
Учитывая неэффективность предыдущей терапии, развитие стриктурирующей формы и внекишечных проявлений, была назначена ступенчатая терапия. В качестве индукции ремиссии проведен курс системных ГКС (преднизолон 40 мг/сутки) с постепенным снижением дозы в течение 8 недель, что привело к быстрому купированию болей, диареи и внекишечных симптомов. Для долгосрочного контроля и предотвращения рецидивов после отмены стероидов в последующем назначена биологическая терапия инфликсимабом (анти-TNFα препарат) по схеме 5 мг/кг на 0, 2, 6 неделях и далее каждые 8 недель. Кроме того, использовалась сопутствующая терапия (Азатиоприн, коррекция анемии препаратами железа, нутритивная поддержка высокобелковыми смесями). На фоне проводимой комплексной терапии достигнута и поддерживается клинико-лабораторная ремиссия в течение 3 лет. По результатам контрольных эндоскопических исследований кишечника отмечается заживление язвенных дефектов, уменьшение воспаления с сохранением стриктуры без признаков активного воспаления.
Заключение.
Данный случай демонстрирует эволюцию БК (заболевание часто прогрессирует от воспалительного процесса к стриктурирующим или пенетрирующим формам, что требует изменения тактики лечения). Важен регулярный мониторинг и индивидуальный подход к пациенту (выбор терапии должен быть персонализированным). Комплексная терапия с использованием биологических препаратов (анти-TNF-препараты) способствует индукции и длительному поддержанию ремиссии, позволяя избежать хирургического вмешательства у многих пациентов и сохранению высокого качества их жизни.

ЧАСТОТА И ЗНАЧЕНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ — ОДНОЦЕНТРОВОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Соснин Д.Ю., Ермачкова Л.В., Ахмадзянова А.Р., Ховаева Я.Б.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) может модифицировать течение острого коронарного синдрома (ОКС), однако данные остаются неоднозначными.
Цель исследования. Оценить распространенность признаков НДСТ у пациентов с ОКС и их связь с клинико-инструментальными характеристиками, тактикой лечения и отдаленными исходами.
Материалы и методы. Одноцентровое наблюдательное исследование 119 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) или нестабильной стенокардией обследованы для выявления маркеров НДСТ. Диагноз НДСТ устанавливали при сумме диагностических коэффициентов ≥17. Сравнили группы пациентов: с НДСТ (26 человек, из них 10 мужчин; 55 [52;65] лет) и без НДСТ (37 человек, из них 17 мужчин; 64 [55;71] лет). Оценивали факторы риска (ИМТ, ОТ/ОБ, курение, дислипидемия и др.), эндотелиальную функцию микроциркуляции височной артерии, обмен железа, провоспалительные цитокины, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КГ, коронароангиографию, стратегию ЧКВ; последующее наблюдение — 36 месяцев с регистрацией обращений за скорой медицинской помощью, госпитализаций, повторных ИМ, ЧКВ и смертности.
Результаты. Частота НДСТ — 21,8%; структура окончательного диагноза между группами сопоставима (p=0,764). При НДСТ реже встречалась избыточная масса тела, ниже соотношение ОТ/ОБ (0,90 [0,82-0,97] против 0,95 [0,90-0,99], p=0,037), чаще курение (p=0,032); уровни ЛПОНП выше (0,73 против 0,53 ммоль/л, p=0,030). Показатели обмена железа, уровни цитокинов и эндотелиальная функция — без различий. Частая НЖЭС регистрировалась чаще при НДСТ (92,3% против 56,8%, p=0,017); по ЭХО-КГ существенных различий (включая ФВ) не выявлено. По данным КАГ — схожая тяжесть коронарного атеросклероза (Gensini 30 против 30,5; p=0,068), при НДСТ чаще отмечались мышечные мосты и ангиоспазм (без статистической значимости). Тактика ЧКВ и длительность госпитализации не различались. За 36 месяцев различий по повторным ИМ, госпитализациям, смертности и комбинированной конечной точке не получено; связи маркеров НДСТ с маркерами некроза миокарда и неблагоприятными исходами не выявлено.
Выводы.
У пациентов с ОКС НДСТ встречается у примерно 22% и ассоциируется с иным профилем факторов риска и большей частотой желудочковых экстрасистол, но не влияет на выраженность коронарного атеросклероза, тактику лечения и трехлетние клинические исходы.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И АНТИРЕМОДЕЛИРУЮУЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ САКУБУТРИЛА/ВАЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Срожидинова Н.З., Саидакбарова Ф.Т.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Сочетание АГ и СД 2-го типа, несмотря на развитую во всем мире гипотензивную и сахароснижающую терапию, является причиной до 7,5 миллионов случаев смерти.
Цель исследования. Оценить антигипертензивную и антиремоделирующую эффективность сакубитрила/валсартана у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией (АГ).
Материалы и методы. В исследование были включены 59 пациентов в возрасте от 35 до 80 лет с АГ и СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил 62,6±8,1 лет, из них 44% — мужчины и 56% — женщины. В исследование включались пациенты, ранее не принимавшие антигипертензивные препараты или принимавшие их нерегулярно. Структурно-функциональное состояние миокарда оценивались с помощью допплер-ЭхоКГ. Исследования проводились на ультразвуковом аппарате “ACUSON X 700 PV 2.0” (SIEMENS, Германия). NT-proBNP определялся с помощью электрохемилюминесцентного иммуноанализа ECLIA (Roche). Пациентам с целью антигипертензивной терапии был назначен фиксированный комбинации сакубитрил/валсартан в дозе 49/51 мг, с последующей титрацией дозы в зависимости от уровня артериального давления.Средняя суточная доза сакубитрила/валсартана составила 97/103 мг.Антигипертензивная и антиремоделирующая эффективность оценивалась через 3 месяца. Статистический анализ проводился с использованием программного пакета IBM SPSS 27.0.
Результаты. Антигипертензивная эффективность препарата была оценена по показателям офисного артериального давления. Отмечено статистически значимое снижение: офисного САД с 154,15±8,1 до 124,07±8,5 мм рт.ст. (p=0,0013) и офисного ДАД с 96,55±4,04 до 75,17±5,9 мм рт.ст. (p=0,001). У всех пациентов было достигнуто целевое артериальное давление (≤130/80 мм рт.ст.) — 100% (n=59). При анализе показателей ЭхоКГ было выявлено статистически значимое улучшение систолической и диастолической функции сердца. В частности, отмечено снижение КДР ЛЖ с 5,21±0,3 см до 4,94±0,03 см (p=0,01), КСР ЛЖ с 3,4±0,3 см до 3,2±0,2 см (p=0,012), ТЗС ЛЖ с 1,23±0,07 см до 1,19±0,07 см (p=0,04), ТМЖП с 1,24±0,07 см до 1,17±0,06 см (p=0,04), КДО с 130,8±16,7 мл до 114,8±16,1 мл (p=0,032), КСО с 49,8±8,5 мл до 41,4±6,5 мл (p=0,021). На фоне терапии отмечалась регрессия ГЛЖ: ММЛЖ с 262,2±44,07 г до 261,6±65,1 г (p=0,041) и иММЛЖ с 163,12±25,9 кг/м^2 до 158,7±29,1 кг/м^2 (p=0,001). ФВ ЛЖ увеличилась с 62,1±3,1% до 63,7±4,4% (p=0,03). Среди показателей диастолической функции отмечено снижение иЛП с 35±2,1 мл/м^2 до 28±1,3 мл/м^2 (p=0,001), увеличение пика E с 0,6±0,2 м/с до 0,72±0,2 м/с (p=0,025), снижение пика A с 0,8±0,08 м/с до 0,72±0,5 м/с (p=0,03), увеличение отношения E/A с 0,85±0,3 до 0,92±0,3 (p=0,02), увеличение пика e с 9,08±1,2 см/с до 10,8±1,2 см/с (p=0,045) и снижение отношения E/e с 7,6±2,2 до 6,71±1,84 (p=0,035). Уровень NT-proBNP снизился с 110[61-93] пг/мл до 42[22-65] пг/мл (p=0,0001).
Выводы.
Сакубитрил/валсартан обладает высокой антигипертензивной и антиремоделирующей эффективностью у пациентов с АГ и СД 2 типа.

РАСЧЕТ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Старицына Е.В., Дударева В.А., Шарушкина С.В., Цыренова А.А., Мишко М.Ю.
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, Россия

Актуальность. Возрастные морфологические изменения в почках, усугубляющиеся сопутствующей патологией, приводят к прогрессирующему снижению их функции. Для оценки скорости клубочковой фильтрации (СКФ) разработаны многочисленные расчетные формулы. У пациентов старше 70 лет для оценки СКФ и установления стадии хронической болезни почек (ХБП) в настоящее время, как и в общей популяции больных, наиболее часто используется формула CKD-EPI. Формула BIS1, разработанная специально для данной возрастной категории демонстрирует, согласно литературным данным, более точные показатели СКФ.

Цель исследования. Сравнить значения скорости клубочковой фильтрации, полученные при расчете по формулам CKD-EPI и BIS1 у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа, имеющим диабетическое поражение почек.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 97 историй болезни пациентов с диагнозом сахарный диабет 2 типа с диабетической нефропатией, находившихся на лечении в отделении нефрологии ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Чита» за период 2024-2025 гг. В исследование включены пациенты старше 70 лет. Медиана возраста пациентов составила 72,5 [75,9; 79,2] лет. Диабетическая нефропатия установлена по величинам альбуминурии и расчетной скорости клубочковой фильтрации. Для расчета СКФ использовались формулы CKD-EPI и BIS1. Расчет СКФ производился посредством медицинских калькуляторов (https://www.rlsnet.ru/med-calculators/bolezni-pocek-i-mocevyx-putei/rascet-scorosti-klubockovoi-filtracii-47). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 13,0. Количественные данные представлены в виде медианы (Me), 25-й и 75-й квартилей. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни. Сравнение номинальных данных проводили при помощи критерия $\chi 2$ Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Медиана значений СКФ рассчитанной по формуле CKD-EPI составила 65,4 [51,2; 78,6] мл/мин/1,73 м^2, медиана значений СКФ по формуле BIS1 составила 54,2 [43,5; 68,25] мл/мин/1,73 м^2 ($p=0,038$). При использовании формулы BIS1 в сравнении с CKD-EPI было выявлено статистически меньше больных со 2 стадией ХБП (30% (n=29) против 53% (n=51) соответственно, $\chi 2=10,29$, $p=0,0013$) и больше пациентов с 3а стадией (42% (n=41) против 21% (n=20) соответственно, $\chi 2=10,54$, $p=0,0012$).

Выводы.

Формула BIS1 демонстрирует более низкие значения СКФ по сравнению с формулой CKD-EPI. Полученные данные позволяют предположить о большей точности формулы BIS1 при определении СКФ в группе пациентов пожилого возраста, страдающих сахарным диабетом 2 типа и делают целесообразным применение данной формулы в указанной возрастной когорте пациентов для более ранней диагностики ХБП, что позволит своевременно скорректировать лечение и замедлить прогрессирование нефропатии.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И РИГИДНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Стаценко М.Е., Гузенко Д.С.
ГУЗ «Поликлиника №2», г. Волгоград, Россия

Актуальность. У пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) часто наблюдается сочетанное поражение почек и магистральных артерий, которое выражается в снижении функции почек и увеличении ригидности артерий.
Цель исследования. Оценить состояние почек и ригидность магистральных артерий у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК).
Материалы и методы. В исследование включено 100 пациентов. Больные были разделены на две сопоставимые по клинико-демографическим характеристикам группы: 1 группа (основная) больные с АГ и ОААНК, 2 группа (контрольная) с АГ без ОААНК. Проводили клиническое обследование, оценивали функциональное состояние почек, ригидность магистральных артерий.
Результаты. У пациентов с АГ и ОААНК по сравнению с пациентами с изолированной АГ выявлено достоверно более высокое значение альбумин-креатининового соотношения (АКС) (1,4[0,675-2,3] vs 0,7[0,4-1,5] мг/ммоль, p=0,001), креатинина крови (111,7[94,78-124] vs 89[74-104] мкмоль/л, p=0,001) и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (63,63[43-75,7] vs 71[61-86] мл/мин/1,73 м^2, p=0,002). У коморбидных пациентов по сравнению с больными с изолированной АГ установлено повышение индекса аугментации (Aix) (-6[-9-29,25] vs -32[-35-(-24)] ед, p=0,0001) и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в артериях мышечного (14[13,2-15,4] vs 8,9 [8,4-9,1] м/с, p=0,001) и эластического (15,1[12,6-15,3] vs 7,6[7,57-9,7] м/с, p=0,001) типов. Установлена достоверная зависимость, при которой у пациентов основной группы следует ожидать рост АКС на 0,125 мг/ммоль при увеличении индекса аугментации на 1 ед (АКС=1,41+0,125*Aix). С помощью ROC-анализа выявлена значимая взаимосвязь индекса аугментации с возможным сохранением СКФ>60 мл/мин/1,73м^2 при которой Aix60 мл/мин/1,73 м^2 у пациентов основной группы. Чувствительность и специфичность модели составили 88,5% и 91,7%, соответственно (p=0,026). Установлена достоверная взаимосвязь между СРПВ в артериях эластического типа и скоростью клубочковой фильтрации. Так, повышение СРПВэ>7,59 м/с у коморбидных пациентов приводило к снижению СКФ.
Выводы.
У больных с АГ и ОААНК по сравнению с пациентами с АГ без ОААНК выявлено достоверно более низкое значение СКФ. У больных с артериальной гипертонией и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей установлена достоверная связь роста ригидности магистральных артерий с СКФ и АКС.

РОЛЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Стаценко М.Е., Макаров Л.А., Деревянченко М.В.
ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, г. Волгоград, Россия
Beijing Information Technology College, Beijing,
China (Пекинский информационный технологический колледж), г. Пекин, Китай

Актуальность. В условиях роста распространенности метаболических нарушений изучение роли инсулинорезистентности (ИР) в развитии кардиоваскулярных осложнений приобретает особую значимость.
Цель исследования. Оценить влияние ИР на структурные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ожирением и сахарным диабетом 2 типа (СД2).
Материалы и методы. В исследование включено 320 пациентов с АГ II-III стадий и хронической болезнью почек (ХБП) С1-С3б стадий в возрасте 45-70 лет, разделенных на 4 группы: — 1 группа (n=102) — АГ без ожирения и СД2, — 2 группа (n=90) — АГ + ожирение, — 3 группа (n=96) — АГ + ожирение + СД2, — 4 группа (n=32) — АГ + СД2 без ожирения. Проведены клинико-инструментальное обследование, оценка структурных параметров сердца, определение уровня инсулина и расчет индексов ИР (HOMA-IR). Использованы методы непараметрической статистики, множественный регрессионный, дискриминантный и канонический анализы. Данные представлены как Me [Q25; Q75]. Исследование одобрено этическим комитетом (№192-2014 от 11.03.2014).
Результаты. Индекс массы миокарда ЛЖ достоверно выше в группе АГ+ожирение+СД2 (107,5 [92,5; 125,6] г/м²) vs изолированная АГ (96,0 [85,1; 106,1] г/м²; $p<0,05$). Частота гипертрофии ЛЖ значимо выше во 2-4 группах vs 1 группе, с максимальным показателем в 3 группе ($p<0,01$). Дискриминантный анализ выявил связь между увеличением ИМТ, метаболическими нарушениями (↑триглицериды/ХС ЛПВП) и прогрессированием ИР. Канонический анализ подтвердил корреляцию между ростом ИР и ухудшением кардиометаболических показателей во всех группах.
Выводы.
1. Коморбидность АГ, ожирения и СД2 ассоциирована с более выраженным ремоделированием миокарда ЛЖ по сравнению с изолированной АГ.
2. Инсулинорезистентность является ключевым патогенетическим звеном в развитии гипертрофии ЛЖ у данной категории пациентов. 3. Полученные данные подчеркивают необходимость ранней диагностики и коррекции ИР для профилактики кардиальных осложнений при метаболически ассоциированных заболеваниях.

РОЛЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПОЧЕЧНЫХ НАРУШЕНИЯХ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОЖИРЕНИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА

Стаценко М.Е., Макаров Л.А., Деревянченко М.В.
ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. В условиях пандемического роста метаболических заболеваний особую значимость приобретает изучение взаимосвязи инсулинорезистентности (ИР) с поражением органов-мишеней. Несмотря на доказанную роль ИР в патогенезе кардиоваскулярных осложнений, ее вклад в развитие нефропатии у пациентов с различными комбинациями артериальной гипертензии (АГ), ожирения и сахарного диабета 2 типа (СД2) остается недостаточно изученным. Особый интерес представляет выявление ранних маркеров почечной дисфункции, что может способствовать своевременной профилактике прогрессирования хронической болезни почек в данной группе пациентов. Ключевые аспекты актуальности: 1. Высокая распространенность коморбидности АГ, ожирения и СД2 2. Недостаточная изученность механизмов нефропротекции 3. Необходимость разработки персонализированных подходов к лечению 4. Важность ранней диагностики почечных осложнений 5. Потенциальная возможность таргетной коррекции ИР.
Цель исследования. Оценить влияние инсулинорезистентности (ИР) на структурно-функциональные изменения почек у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ожирением и сахарным диабетом 2 типа (СД2).
Материалы и методы. Обследовано 320 пациентов 45-70 лет с АГ II-III стадий и ХБП С1-С3б стадий, разделенных на 4 группы: 1. АГ без ожирения и СД2 (n=102) 2. АГ + ожирение (n=90) 3. АГ + ожирение + СД2 (n=96) 4. АГ + СД2 без ожирения (n=32) Проведена комплексная оценка почечных показателей, уровня инсулина и индексов ИР. Использованы современные статистические методы (непараметрический анализ, множественная регрессия, дискриминантный и канонический анализы). Данные представлены как Me[Q25;Q75]. Исследование одобрено этическим комитетом (№192-2022).
Результаты. Максимальная толщина почек зарегистрирована в группах 2 и 3 (53,0[50,0;58,0] мм) vs группа 1 (46,5[44,3;50,0] мм). Наибольшее снижение СКФ отмечено в группе 3 (62,5[54,8;70,3] мл/мин/1,73 м²). Альбуминурия значительно выше в группах с СД2 (3 и 4) по сравнению с другими.
Выводы.
1. Комбинация АГ, ожирения и СД2 ассоциирована с наиболее выраженными изменениями почечной структуры и функции 2. Инсулинорезистентность является ключевым фактором развития нефропатии при метаболических нарушениях 3. Полученные данные обосновывают необходимость контроля ИР для профилактики почечных осложнений.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С НАЖБП И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Стаценко М.Е., Тыщенко И.А., Титаренко М.Н., Лопушкова Ю.Е., Косивцова М.А., Туркина С.В.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (метаболически ассоциированная жировая болезнь печени, НАЖБП/МАЖБП) — хроническое неинфекционное заболевание, опосредованное кардио-метаболическими нарушениями. У 20-50% пациентов с НАЖБП выявляется хроническая болезнь почек (ХБП). В клинических рекомендация «Хроническая болезнь почек» (2024), НАЖБП рассматривается как модифицируемый фактор риска этого заболевания. Существенный вклад в формирование ХБП у пациентов с НАЖБП вносит ожирение и нарушение липидного обмена, однако у пациентов с нормальной массой тела (НМТ) и НАЖБП также может формироваться ХБП.
Цель исследования. Оценить частоту встречаемости ХБП у пациентов с НМТ и НАЖБП.
Материалы и методы. В исследование было включено 187 пациентов обоего пола с НАЖБП (Неалкогольная жировая болезнь печени. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. ID: 748_2, 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/748_2). В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) все пациенты были разделены на 3 группы. 1 группа — 41 пациент с НАЖБП и ИМТ <25 кг/м^2 (м/ж=16/25, возраст 55 лет [46; 64]). 2 группа — 40 пациентов с НАЖБП и ИМТ от 25 до 29.9 кг/м^2 (м/ж=19/21, возраст 55 лет [42; 63]). 3 группа — 106 пациентов с НАЖБП и ИМТ≥30 (м/ж=30/76, возраст 56,9 лет [52; 64]). Всем пациентам проводилось определение сывороточного креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD EPI (https://www.kidney.org/professionals/KDOQI/gfr_calculator) (Хроническая болезнь почек. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. ID: 469, 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/469_3).
Результаты. У пациентов 3 группы выявлен достоверно более низкий уровень СКФ по сравнению с пациентами 1 и 2 группы (70,32 мл/мин/1,73м^2 [58,3;82,07] vs 77,35 мл/мин/1,73м^2 [64;91] и 77,48 мл/мин/1,73м^2 [65;87,5] соответственно, p1-3=0,01 и p2-3=0,019). При этом у 14,6% пациентов 1 группы и 12,5% пациентов 2 группы выявлено снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73м^2 (С3). Доля пациентов с СКФ от 60 до 89 мл/мин/1,73м^2 (С2) достоверно не отличалась среди пациентов всех трех групп (48,8%vs 67,5% vs 56,6%).
Выводы.
Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с НАЖБП и нормальной массой тела сохраняются риски формирования и прогрессирования ХБП. Повреждение почек с начальным снижением СКФ (С2) обнаруживается с частотой, сопоставимой с пациентами с избыточной массой тела и ожирением. Это свидетельствует о необходимости определения СКФ у больных с НАЖБП и нормальной массой тела, а при снижении СКФ < 60 мл/мин/1,73м^2 — о направление данных пациента к врачу-нефрологу для определения дальнейшей тактики ведения и лечения пациента.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СКРЫТОГО ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПОДВЕРЖЕННЫХ ВЛИЯНИЮ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Степанова М.В., Дехарь В.В., Танков С.В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. ВОЗ определяет ожирение как аномальное или избыточное накопление жира, которое приводит к ухудшению здоровья. Люди с нормальными показателями индекса массы тела (ИМТ) могут иметь долю жировой массы (ЖМ), превышающую 30%, что принято считать скрытым ожирением. В таком случае нормальный ИМТ поддерживается за счет заметного снижения тощей массы тела. Установлено, что на развитие ожирения оказывает влияние нерациональное питание (НП). Несомненно, что изучение вклада НП в развитие скрытого ожирения представляет неугасимый интерес для медицинского сообщества.
Цель исследования. Определить гендерные особенности распространенности скрытого ожирения у лиц молодого возраста, подверженных влиянию НП.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 66 студентов 4-6 курсов института клинической медицины Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ), подверженных влиянию нерационального питания: 43 девушки (65,2%) и 23 юноши (34,8%), средний возраст — 23,0±1,5 года. Всем участникам исследования выполнены биоимпедансометрия Импедансным анализатором состава тела «Диамант-АИСТ», измерение роста и массы тела, расчет индекса массы тела по формуле Кетле. Оценка нерационального питания проводилась посредством прохождения электронных скринингов на базе «Цифровой платформы комплексного медицинского скрининга и коррекции факторов риска хронических неинфекционных и социально-значимых заболеваний» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ№2023686657).
Результаты. Из участников 66 человек: 29 (43,9%) имели нормальный ИМТ, из них у 4 человек (6,1%) отмечалось скрытое ожирение, избыточная масса тела (ИзбМТ) — у 26 человек (39,4%), ожирение — у 7 человек (10,6%). В группе девушек с нерациональным питанием — 23 человека (53,5% от общего числа девушек) имели нормальный ИМТ, из них у 4 человек (9,3%) отмечалось скрытое ожирение; ИзбМТ — у 12 человек (27,9%), ожирение — у 4 человек (9,3%). В группе юношей с НП 6 человек (26,1% от общего числа юношей) имели нормальный ИМТ, из них скрытого ожирения не обнаружено, ИзбМТ — у 14 человек (60,8%), юношей с ожирением 3 (13,1%).
Выводы.
Среди лиц молодого возраста, подверженных влиянию НП, скрытое ожирение чаще всего встречалось у девушек.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ОЗДОРОВЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ — РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Столбова Е.А.
ГАУЗ ГКБ 11, г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Создание центров здоровья является важным направлением профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и улучшения качества медицинской помощи населению. Центр здоровья играет ключевую роль в диагностике ранних стадий болезней сердца и сосудов, формировании здорового образа жизни пациентов и повышении уровня осведомленности населения о факторах риска развития кардиоваскулярных патологий.
Цель исследования. Оценить и показать эффективность работы Центра здоровья в Государственной клинической больнице №11 г. Челябинска по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди населения города.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ работы Центра здоровья за период с сентября 2023 г. по сентябрь 2025 г. Использованы статистические данные медицинских осмотров, анкетирования пациентов, оценка показателей физического состояния и выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Проведено сравнение результатов обследований пациентов, прошедших профилактическое обследование в Центре здоровья, с контрольной группой пациентов без участия в профилактических мероприятиях.
Выводы.
Работа Центра здоровья в ГБ №11 оказывает положительное влияние на состояние здоровья населения Челябинска, способствует снижению заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и повышает уровень профилактической грамотности жителей региона. Необходимо дальнейшее развитие и совершенствование программ первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний для достижения устойчивых положительных изменений в состоянии здоровья населения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Стуров Н.В., Попов С.В., Иванов З.А.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является распространенным заболеванием у пациентов в возрасте от 18 до 60 лет. На сегодняшний день установлены различия в составе кишечной микробиоты (КМ) у пациентов с МКБ в отличие от здоровых людей. В то же время клинические проявления дисбиоза кишечника у данных пациентов изучены недостаточно.
Цель исследования. Исследование клинических проявлений дисбиоза кишечника у пациентов с МКБ в зависимости от состояния КМ.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 35 пациентов с МКБ (16 женщин и 19 мужчин) и 31 здоровый доброволец (17 женщин и 14 мужчин). Средний возраст в группе с уролитиазом составил 45.3±10.1 лет, у здоровых добровольцев — 33.8±11.5 лет. Клинические проявления и связанное с этим изменение качества жизни оценивали с использованием гастроэнтерологической шкалы оценки качества жизни «Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS)». Состав КМ изучали путем оценки концентрации 59 микробных маркеров в образцах фекалий с помощью высокочувствительного и селективного метода газовой хроматографии-масс-спектрометрии.
Результаты. У пациентов с МКБ проявления дисбиоза кишечника наблюдались в 1,58 раз чаще и имели бóльшую выраженность, оцененную по суммарному баллу гастроэнтерологического опросника качества жизни (Me: 26 (15;34) против 15 (15;18), $p<0,001$), чем у здоровых добровольцев ($p=0,03$). Наиболее выраженными были синдром диспепсии ($p=0,004$) и диарейным синдром ($p=0,014$). Нами было выявлено, что выраженность симптомов дисбиоза кишечника у пациентов с уролитиазом напрямую зависит от численности условно-патогенных бактерий с провоспалительным потенциалом, таких как Kingella spp. ($r=0,46$ $p<0,05$), Moraxella spp./Acinetobacter spp. ($r=0,35$ $p<0,05$) и Peptostreptococcus anaerobius 17642 ($r=0,34$ $p < 0,05$) и имеет обратную зависимость от количества бактерий, продуцирующих КЦЖК, в частности от Propionibacterium spp. ($r=-0,36$, $p<0,05$).
Выводы.
При МКБ клинические проявления дисбиоза кишечника имеют достоверно более высокие частоту встречаемости и выраженность по сравнению со здоровыми добровольцами. Повышенное количество условно-патогенных бактерий Kingella spp. Moraxella spp./Acinetobacter spp. и Peptostreptococcus anaerobius 17642 в составе КМ обуславливает бóльшую выраженность клинических проявлений дисбиоза кишечника у пациентов с уролитиазом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЛЕЗНОЙ ТОКСИКОДЕРМИИ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ

Судакова Е.В., Михайлова О.Д., Судакова А.В.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Токсидермия (токсикодермия, токсико-аллергический дерматит) — это острое воспалительное заболевание кожных покровов, развивающееся под действием токсического, токсико-аллергического и аллергического фактора.
Описание случая. Пациентка 27 лет, 28.06.2025 г. заметила высыпания и отеки на лице утром, обратилась к терапевту. Он назначил ей Цетрин, на фоне его приема отеки и высыпания сохранялись. Вечером того же дня пациентка почувствовала тяжесть в груди и ком в горле, сыпь не проходила, отеки нарастали и вызвала бригаду СМП, доставлена в 8ГКБ, после инъекций антигистаминного и кортикостероидов отпущена домой. Высыпания не исчезли, но отеки спали. 30.06.2025 г. сдала анализы. 01.07.2025 г. обратилась к дерматологу в РКВД с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, верхних конечностей, паховых областей, сопровождаемые зудом, пациентка была госпитализирована. Пациентка работает кладовщицей (упаковывает медицинские лабораторные костюмы) в течение 4 лет и связывает развитие заболевания со своим видом деятельности. За время работы аллергических реакций не наблюдалось. Объективно — кожные покровы физиологической окраски, но присутствуют высыпания, представленные множественными отечными пятнисто-папулезными элементами ярко-красного цвета диаметром 0,2-0,8 см, сливающиеся в сплошные очаги поражения в области груди, спины, плеч. На коже туловища, плеч необильное отрубевидное шелушение. На коже бедер, плеч наблюдаются линейные экскориации. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Дермографизм слабый, розовый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 64 удара в минуту. Живот не вздут, безболезненный. В общем анализе крови от 02.07.2025 г. отмечен лейкоцитоз — 17,42*109/л, нейтрофилы повышены до 78,53%. Лимфоциты, эозинофилы снижены до 14,43 и 0,12% соответственно. В биохимическом анализе крови от 02.07.2025 г. снижена мочевая кислота. Проведено лечение: местно на высыпания крем «Акридерм», медикаментозно преднизалон(П), хлоропирамин, омепразол, отмечено улучшение состояния: уменьшение сыпи, спадение отеков, затруднения дыхания не наблюдалось. Выписана 04.07.2025 г. на поддерживающей терапии П с дальнейшим уменьшением его дозировки.
Заключение.
В приведенном случае на основании анамнеза настоящего заболевания, объективного исследования и данных лабораторного исследования поставлен диагноз распространенная пятнисто-папулезная токсикодермия, токсико-аллергическая форма, острое течение. Данное заболевание следует дифференцировать от обычных аллергических реакций (крапивница, атопический дерматит), так как при крапивнице высыпания быстро появляются и так же быстро исчезают, чего нельзя сказать о токсикодермии.

АНАЛИЗ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ТРЕНИРОВОЧНОГО И СОРЕВНОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССОВ

Суздалева И.А., Никулина С.Ю., Кардашова О.О., Чернова А.А.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Текущие показатели заболеваемости со стороны сердечно-сосудистой системы среди профессиональных спортсменов зависят не только от вида спорта, но и от пола, возраста, этнических особенностей, стратегии скрининга, уровня физической нагрузки профессионального спортсмена, ее частоты, длительности и интенсивности. Анализ лейкоцитарных индексов у профессиональных спортсменов позволяет оценить состояние иммунной системы и выявить возможные нарушения, связанные с интенсивными тренировками. Лейкоцитарные индексы, такие как нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение (NLR), тромбоцитарно-лимфоцитарное соотношение (PLR), а также абсолютное и относительное количество различных лейкоцитов, могут изменяться в ответ на физическую нагрузку и указывать на воспалительные процессы, перетренированность или другие проблемы.
Цель исследования. Провести скрининг сердечно-сосудистых заболеваний в группе профессиональных спортсменов с помощью стандартных кардиологических методов исследования, оценить прогностическую значимость лейкоцитарных индексов в диагностике эндогенного воспаления, перетренированности и сопоставить результаты их влияния на процесс выступления на соревнованиях.
Материалы и методы. В период с сентября 2021 г. по август 2022 г. в амбулаторных условиях проведено обсервационное поперечное выборочное одномоментное неконтролируемое исследование 180 профессиональных спортсменов высокой спортивной квалификации. Всем включенным спортсменам до начала соревновательного периода проводился общий анализ крови с последующим подсчетом гематологических лейкоцитарных индексов, инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы с помощью ЭКГ, 24-суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, суточного мониторирования артериального давления, нагрузочная велоэргометрическая проба и ЭХОКГ. Обследование проводилось до соревнований. Конечные точки исследования — неблагоприятные события, произошедшие на соревнованиях: 1) неконтактная травма опорно-двигательного аппарата во время выступления (данный критерий оценивал штатный врач в команде сборной, исключали контактные виды спорта — единоборства, хоккей, футбол); 2) субъективное ощущение утомления (данный критерий оценивал спортсмен); 3) ухудшение спортивного результата по сравнению с тем, который показывал спортсмен во время тренировки (данный критерий оценивала группа тренеров).
Результаты. В когорте обследуемых 180 профессиональных спортсменов высокой спортивной квалификации различных видов спорта (спортивное ориентирование, горные лыжи, биатлон, легкая атлетика, плавание), средний возраст которых составил 20,55 ± 2,69 лет, из них женщины составляют 42,2% (n=76), мужчины — 57,8% (n=104), выявлен высокий процент лиц с разной степенью артериальной гипертонии по данным суточного мониторирования АД (мягкая артериальная гипертензия зафиксирована у 33 спортсменов (18,3%), преимущественно в ночные часы, у 13 (7,2%) была выявлена тяжелая артериальная гипертензия в ночное время), по данным 24-часового холтеровского мониторирования ЭКГ были зафиксированы различные нарушения сердечного ритма и проводимости на электрокардиограмме (неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 27 спортсменов (15%), выявлялась синусовая аритмия — 87 случаев (48,3%).
При определении лейкоцитарных индексов отмечено, что SIRI>1,72 ассоциировано с ухудшением спортивного результата на соревновании (чувствительность — 64,3%, специфичность — 63,9%), при AISI>321,4 чувствительность — 71,4%, специфичность —

60,24%. ИСЛМ>7,4 показал чувствительность 42% и высокую специфичность 87,95% в прогнозировании спортивного травматизма (при p-value = 0,049).

Выводы.

Предварительный скрининг сердечно-сосудистых заболеваний, направленных прежде всего на выявление нарушений, ассоциированных с внезапной сердечной смертью, является необходимостью при проведении углубленного медицинского обследования спортсменов. ИСЛМ>7,4, отражающий взаимоотношение аффекторного и эффекторного звеньев иммунологического процесса, может быть перспективным в качестве маркера риска спортивного травматизма. Ухудшение спортивного результата — показатель, который может зависеть от степени утомления нервной системы, о снижении функционального резерва, что, безусловно, требует уточнения.

МИКРОБИОТА У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ

Сулима М.В., Решетникова Л.К.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Нарушение микробиоты является сопровождающим фактором течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с формированием кишечного синдрома, что требует включения в план лечения пробиотиков.
Цель исследования. Выявить характер изменений микробиоты у лиц с ХОБЛ и определить тактику ведения.
Материалы и методы. Были изучены данные обследований 26 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ (ж — 7, м — 19, средний возраст — 56 ± 7 года). У 4 пациентов (15,3%) диагностирован ХОБЛ с категорией А, с категорией В — у 17 (65,3%), и с категорией Е — у 5 (19,3%). Диагноз ХОБЛ подтвержден анамнезом, клиникой, данными спирометрии. Микробиота исследовалась у всех пациентов.
Результаты. В период обострения у пациентов В и Е категорий снижено количество бифидо- и лактобактерий до 107 КОЕ, что сопровождалось вздутием в 100% случаев. С категорией Е (19,3%) высевались грибы рода Candida 106 КОЕ и количество лактобактерий снизилось до 103 КОЕ, что сопровождалось диареей. В комплексную терапию ХОБЛ включались пробиотики, содержащие бифидо- и лактобактерии курсом 1 месяц (Бифиформ, Бак-Сет форте, ПробиоЛог) и азольные антимикотики (Итраконазол). Контрольное исследование микробиоты показало восстановление бифидо- и лактобактерий до 107-108 КОЕ, грибы рода Candida снизились до 103-104 КОЕ, что способствовало купированию кишечного синдрома.
Выводы.
Для большинства пациентов с ХОБЛ (84,6%) характерно нарушение микробиоты с формированием кишечного синдрома, что требует дифференциального подхода в лечении с назначением пробиотиков.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТОВ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Тарасова О.И., Мазурчик Н.В., Гимадиев Р.Р., Кокорин В.А., Радченко А.В., Щеголев О.Б., Губина Е.В., Артемьева О.А., Адаменко О.А.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы», г. Москва, Россия
ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, Россия

Актуальность. Хронические заболевания печени представляют собой значимую медико-социальную проблему, при этом раннее выявление компенсированного выраженного фиброза (F3-F4) является ключевым фактором определения прогноза и тактики лечения. Перспективным направлением является разработка предиктивных моделей с использованием машинного обучения (МО) для повышения эффективности стратификации пациентов на основе рутинных показателей.
Цель исследования. Разработать и оценить точность модели МО для определения компенсированного выраженного фиброза печени на основе данных эластографии FibroScan, результатов аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), тромбоцитов и возраста; провести сравнительный анализ точности разработанной модели с расчетным методом FIB-4.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 272 пациентов Центра изучения печени им. проф. П.П. Огурцова с установленной стадией фиброза печени согласно показателю жесткости печени (целевая переменная), а также данных АСТ, АЛТ, тромбоцитов и возраста (предикторы). Данные случайным образом были разделены на обучающую и тестовую выборки в соотношении 4:1. Статистический анализ выполнен в SPSS 27.0. Разработана бинарная классификационная модель (платформа LightAutoML) для прогноза выраженного фиброза (F3-F4) согласно критериям Baveno, при котором результат жесткости печени составлял ≥ 10 кПа. В качестве метрики точности классификации выбран показатель площади под кривой ROC-анализа (AUC ROC).
Результаты. Средний возраст пациентов составил 46,2 ± 13,5 лет. Ранжирование предикторов по значимости в модели распределилось следующим образом: тромбоциты > АСТ > возраст > АЛТ. Компенсированный выраженный фиброз печени верифицирован у 132 (48,5%) пациентов. Прогностическая эффективность модели (AUC ROC = 0,82) значительно превзошла диагностическую точность метода FIB-4 (AUC ROC = 0,74) для верификации выраженного фиброза, на тестовой выборке.
Выводы.
Проведенное исследование демонстрирует высокую диагностическую (AUC ROC 0,82) точность разработанной классификационной модели и свидетельствует о ее клинической перспективности для раннего выявления пациентов с компенсированным выраженным фиброзом печени. Полученные результаты обосновывают целесообразность дальнейшего изучения разработанного алгоритма в качестве альтернативы традиционным неинвазивным методам диагностики фиброза печени.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тарасова Л.В., Цыганова Ю.В.
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Непрерывный рост заболеваемости язвенным колитом (ЯК) требует выявления механизмов развития патологии, в том числе, ее системных проявлений и профилактики возникновения осложнений. Роль изменений микробиоты кишечника исключительно значима для развития воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Микробный дисметаболизм приводит к симбиотическим перекрестным «помехам» между микробиомом и организмом хозяина, диагностируется с помощью метаболомики — определения метаболитов микробиоты в биологических жидкостях, содержимом кишечника с изучением и оценкой метаболических профилей исследуемых лиц. Метаболизм микроорганизмов кишечника влияет на обмен веществ целого организма, формируя его метаболический статус.

Цель исследования. Определение особенностей метаболического статуса больных язвенным колитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии. Были обследованы 73 человека: 43 бионаивных пациента с ЯК минимальной или умеренной степенями активности, 30 относительно здоровых пациентов. Используемые методы исследования: общеклинические анализы крови по профилю, фекальный кальпротектин, анализ мочи на аминокислоты, органические кислоты, определение омега-3 индекса в сыворотке крови, результаты фиброколоноскопии, определение индекса активности Мейо. Статистическая обработка информации проводилась с использованием программы StatTech v. 4.8.7 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Результаты. Корреляционный анализ взаимосвязи уровня аргинина, гиппуровой кислоты в моче и индекса активности Мейо позволил идентифицировать между показателями прямую высокую связь и обратную весьма высокую связь соответственно ($\rho=0,771$, $p<0,001$; $\rho=-0,911$, $p<0,001$). Коэффициент корреляции между аргинином в моче и фекальным кальпротектином определяется как умеренный ($\rho=-0,345$, $p=0,057$), что позволяет предположить более ранние изменения уровня аргинина в моче, чем повышение уровня фекального кальпротектина. Корреляционный анализ взаимодействия омега-3 индекса с индексом активности Мейо определяет связь между показателями как обратную, весьма высокую ($\rho=-0,915$, $p= <0,001$), снижение омега-3 индекса увеличивает сердечно-сосудистый риск у пациентов с ВЗК.

Подтверждено явление липидного парадокса у пациентов с ВЗК посредством снижения липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у исследуемых лиц: обнаружена обратная слабая корреляционная связь между уровнем ЛПВП и индексом активности ЯК Мейо ($\rho=-0,265$, $p=0,098$).

Выводы.

Изменения уровней аргинина и гиппуровой кислоты в моче могут служить индикаторами метаболического статуса и состояния здоровья пациентов с различными заболеваниями, включая ЯК. 2. Омега-3-индекс — маркер баланса жирных кислот, значимо сниженный при ЯК и выявляющий высокий риск сердечно-сосудистых-осложнений при иммуновоспалительных заболеваниях. 3. При развитии ЯК наблюдается феномен «липидного парадокса» за счет снижения уровня ЛПВП. Снижение уровня ЛПВП прямо пропорционально активности ЯК.

ПРОТЕЗЫ «БАСЭКС» В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Тарашвили Э.Г., Тахирзаде А.М., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А.
ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Глубокое нагноение послеоперационных ран, инфекция сосудистых протезов, ангиогенный сепсис в реконструктивной ангиохирургии являются жизнеугрожающими осложнениями. Применение антимикробных протезов «БАСЭКС» является одной из профилактических мер в развитии послеоперационных инфекционных осложнений.
Цель исследования. Анализировать эффективность протезов «БАСЭКС» в клинической практике на примере их антимикробности, тромборезистентности, герметичности.
Материалы и методы. С 1996 г. по 2025 г. в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева протезы «БАСЭКС» были использованы у 5066 больным при реконструкции аорты и магистральных артерий. При контрольном обследовании больных применялись УЗИ, контрастная ангиография, КТ, КТА, МРТ, МРА.
Результаты. При изучении результатов оперативных вмешательств за период наблюдения от 2 месяцев до 29 лет у 2.2% больных в ближайшем послеоперационном периоде возник тромбоз протезов, у 4,9% пациентов — в отдаленном периоде. У 92.3% пациентов сохраняется хорошая проходимость протезов без признаков воспаления. Поверхностное нагноение послеоперационных ран возникли у 4,8%, глубокое нагноение у 1,7% пациентов. После санации раны и наложения вторичных швов у всех пациентов наступило полное выздоровление без признаков инфекции протезов. У одного пациента во время операции произошло ятрогенное повреждение мочеточника, в результате чего послеоперационный период осложнился забрюшинной флегмоной. Больной на фоне интоксикации был повторно оперирован через 10 дней. После повторной операции, устранения дефекта мочеточника и дренирования забрюшинного пространства мочеотделение прекратилось, больной без признаков реинфекции протезов в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара. Инфицированный хилоторакс без инфицирования протезов наблюдался у 0,4%, гидро- и гемоторакс после протезирования грудного и торакоабдоминального отделов аорты отмечался у 0,8% больных. После консервативных мероприятий все больные выздоровели, ни в одном случае не произошло инфицирования сосудистых протезов.
Из девятнадцати пациентов, оперированных по поводу аневризмы анастомозов инфекционной этиологии, травматических повреждений подвздошных, бедренных артерий в условиях инфицированной раны, только у одного в послеоперационном периоде возникла поверхностная раневая инфекция без вовлечения протезов. У 0,6% больных после протезирования брюшной аорты произошло инфицирование перипротезного пространства. После санации перипротезного пространства и консервативных мероприятий у всех пациентов наступило выздоровление. В послеоперационном периоде летальный исход наступил у 3,8% пациентов. Причинами летальных исходов оказались острая сердечная, сердечно-легочная и почечная недостаточность, перитонит, аррозивное кровотечение.
Выводы.
Таким образом, отечественные протезы «БАСЭКС» тромборезистентны, бактериорезистентны, герметичны, и поэтому могут широко применяться в реконструктивной сосудистой хирургии.

ФЕОХРОМОЦИТОМЫ (ПАРАГАНГЛИОМЫ) НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ — РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Тарашвили Э.Г., Тахирзаде А.М., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А.
ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Кризовое, стойкое течение артериальной гипертензии (АГ) у больных с феохромоцитомой надпочечников (ФН) способно вызвать серьезные кардиальные, церебральные и другие серьезные осложнения. Современная диагностика и хирургическое лечение способно достичь выраженной гипотензии или нормотензии.
Цель исследования. Изучить частоту параганглиом (феохромоцитом) надпочечников среди больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) или «гипертонической болезнью».
Материалы и методы. В НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева с 1986 по 2025 гг. обследовали 3014 больных с выраженной, длительной АГ. ФН была причиной АГ у 2,2% больных. Вненадпочечниковые формы ФН (сердца, перикарда, плевральной полости, парааортального пространства) со злокачественным течением АГ были выявлены среди 3,8% пациентов. При всестороннем обследовании больных использовались УЗИ, катетерная контрастная ангиография, КТ, КТА, МРТ, МРА.
Результаты. После хирургического лечения у 98% больных с ФН наблюдался хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. У одного пациента через пять лет произошел рецидив АГ. После повторной операции наступила нормотензия. У другого пациента феохромоцитома сердца крупных размеров оказалась неоперабельной. Злокачественная феохромоцитома с отдаленными метастазами была диагностирована у четырех больных только при помощи КТ, КТА, МРТ и МРА. Ввиду поздней диагностики из признаков злокачественного роста ФН информативными оказались только метастазы. Феохромоцитомы небольшие при УЗИ и контрастной ангиографии диагностированы не были, диагноз ФН был установлен у 33,9% больных только при МРТ, МРА, КТ и КТА. У десяти пациентов были выявлены вненадпочечниковые феохромоцитомы диаметром от 1 до 5 мм в забрюшинном пространстве, парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и исследовании уровня гормонов. После операций у больных с односторонним поражением надпочечников у 97% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдался у больных, которым было выполнено удаление ФН со спланхникганглионэктомией, расширенной десимпатизацией.
Выводы.
Широкое применение УЗИ, КТ, КТА, МРТ, МРА, исследование уровня гормонов в дооперационном периоде позволяет своевременно установить диагноз феохромоцитомы, а также значительно снизить риск развития осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ МНОГОЗАДАЧНОГО КОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА В ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Темникова Т.Б., Кухарева И.Н., Горбатовская Е.Е., Трубникова О.А.
ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Министерства науки и высшего образования РФ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Восстановление когнитивных функций у пациентов, перенесших кардиохирургическое вмешательство является важной задачей современной медицины. Применение технологии когнитивного тренинга с использованием трехмерной среды может обладать высоким восстановительным потенциалом с позиции сохранения когнитивных функций пациентов. Изучение механизмов, лежащих в основе эффективности такой технологии у пациентов после кардиохирургического вмешательства, требует проведение исследований.

Цель исследования. Изучить изменения показателей когнитивных функций и динамику нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) у пациентов после коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) в зависимости от применения послеоперационного многозадачного когнитивного тренинга в виртуальной реальности (МКТ).

Материалы и методы. В исследование были с включены 100 пациентов-мужчин, перенесших плановое КШ в условиях ИК с установленной ранней послеоперационной когнитивной дисфункцией (ПОКД) на 2-3-е сутки после КШ: группа с МКТ (n=47) и группа без МКТ (n=53). МКТ проводили с помощью разработанного программно-аппаратный комплекс с использованием виртуальной среды. МКТ проводили, начиная с 3-4-х суток после КШ, длительностью от 5 до 20 минут ежедневно (среднее количество сессий 6±1). Всем пациентам проведено психометрическое тестирование (до операции, на 2-3 и 11-12-е сутки после КШ). Оценка когнитивных показателей проводилась путем расчета комплексных показателей памяти, внимания и нейродинамики. Определение концентрации в крови BDNF помощью твердофазного ИФА анализа по ELISA (за 3-5 дней до, в 1-е сутки и на 11-12-е сутки после КШ).

Результаты. У пациентов с МКТ на 11-12-е сутки после КШ наблюдалось улучшение комплексных показателей внимания (0,42 ± 0,24 и 0,50 ± 0,28, p=0,048) и кратковременной памяти (0,23 ± 0,12 и 0,42 ± 0,26, p=0,018) в сравнении с предоперационными значениями, тогда как в группе без МКТ наблюдалось увеличение только комплексного показателя нейродинамики (0,32 ± 0,12 и 0,35 ± 0,22, p=0,02. Прирост комплексного показателя кратковременной памяти в группе с МКТ составил 18 % а внимания — 16%, тогда как в группе без МКТ — снижение на 6% и отсутствие изменений, соответственно. Межгрупповые различия на 11-12-е сутки после КШ были только по нейродинамике (p=0,05). Увеличение концентраций BDNF в крови на 11-12-е сутки после КШ встречалось на 16% чаще в группе с МКТ по сравнению с группой без МКТ (p = 0,02).

Выводы.

Проведение курса МКТ в виртуальной реальности оптимизирует показатели кратковременной памяти и внимания у пациентов после коронарного шунтирования, что сопровождается повышением нейротрофического фактора головного мозга.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-15-00379, https://rscf.ru/project/23-15-00379/.

КОРРЕКЦИЯ СТРЕСС-АКТИВИРУЕМЫХ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ЛИМФОЦИТАХ У ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ ПАЦИЕНТОВ

Терехов И.В.
ФГБОУ ВО КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, Россия

Актуальность. Актуальность дальнейшего совершенствования методов реабилитации пациентов, перенесших пневмонию, определяется с одной стороны, высокой распространенностью заболевания среди населения все возрастных периодов, а с другой, значительным периодом восстановления утраченной трудоспособности.
Цель исследования. Исследовать возможность нормализации иммунологической реактивности у пациентов, перенесших пневмонию путем воздействия на стресс-активируемые сигнальные механизмы в мононуклеарных клетках периферической крови (МНК).
Материалы и методы. Методом иммуноферментного анализа в МНК цельной крови пациентов с внебольничной пневмонией (ВП), на 15 сутки заболевания в возрасте от 22 до 35 лет (n=57 чел.), а также у 15 практически здоровых лиц, оценивали содержание компонентов стресс-активируемых сигнальных путей, в частности, адапторных протеинов GRB2, SOS, киназ RAF1, RAC1, протеинкиназ ERK, JNK, p38. В клеточном супернатанте определяли концентрацию интерлейкинов (ИЛ) ИЛ-2, ИЛ-6.
Результаты. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о тесной связи состояния сигнальных путей в МНК с концентрацией исследуемых цитокинов. Наибольшей величиной отличались коэффициенты корреляции содержания в МНК протеинкиназы JNK и уровня интерлейкина-6 (r=0,65, p=0,02), а также содержания протеинкиназы p38 и уровня ИЛ-2 (r=0,61, p=0,033). В тех культурах МНК, в которых средние значения содержания протеинкиназы JNK находились в диапазоне 0,12-0,21 пг/мл, отмечалась нормальная продукция ИЛ-6, не превышавшая 5 пг/мл. В тех же клетках, где отмечался повышенный уровень JNK, отмечалось сохранение высокой продукции ИЛ-6, превышавшей 50 пг/мл.
Выводы.
Внутриклеточное содержание протеинкиназ, регулирующих воспалительную реактивность МНК может рассматриваться в качестве терапевтической мишени в случае высокой активности воспалительного ответа у лиц с ВП. Вместе с тем, учитывая тесные связи между иммунологической реактивностью и внутриклеточным уровнем компонентов стресс-активируемых сигнальных путей, назначение соответствующих лекарственных препаратов целесообразно осуществлять с учетом предварительной оценки состояния иммунологической реактивности.

АНАЛИЗ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ КАСПАЗЫ-8 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Тимофеев Ю.С., Гострый А.В., Джиоева О.Н., Драпкина О.М., Рахмонова Ш.М.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является актуальной проблемой в современной кардиологии, что обусловлено сложностью ее диагностики, и увеличением частоты заболеваемости. Значительную роль в патогенезе ХСН играет неспецифическое хроническое воспаление и програмируемая клеточная гибель, одной из разновидности которой является апоптоз. При апоптозе наблюдается повышение экспрессии каспазы-8, что позволяет рассматривать ее в качестве биомаркера, отражающего процессы ремоделирования миокарда при ХСН.
Цель исследования. Проанализировать уровень биомаркера апоптотической гибели клетки каспазы-8 в сыворотке крови больных ХСН
Материалы и методы. В исследование было включено 54 пациента с диагнозом ХСН в возрасте от 59 до 72 лет (медиана 67 лет). В качестве контрольной группы была набрана группа из 100 практически здоровых людей без ХСН в возрасте от 59 до 69 лет (медиана 64 лет). Анализ концентрации каспазы-8 проводился в сыворотке крови с помощью твердофазного иммуноферментного анализа, с применением набора Human Caspase-8 ELISA Kit (Ray-Biotech, США) с детекцией оптической плотности на фотометре Multiscan FC (США).
Результаты. При проведении корреляционного анализа между значением фракции выброса левого желудочка % (ФВ ЛЖ) и сывороточными концентрациями каспазы-8 была выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь ($R=-0,28$, $p=0,04$), таким образом более низкая ФВ ЛЖ, была связана с повышенным уровнем каспазы-8. Дополнительно проведенный дисперсионный анализ показал, что медиана каспазы-8 при ХСН в подгруппе больных с низкой ФВ (ХСНнФВ, $n=14$) 422,2 [139,7-1246,2] пг/мл в была в 3 раза выше ($p=0,008$), чем в группе больных ХСН с сохраненной ФВ (ХСНсФВ, $n=33$), 126,8 [46,8-293,5] пг/мл.
Выводы.
Нами впервые проанализированы концентрации каспазы-8 в сыворотке крови больных ХСН, при этом более высокий уровень фермента был ассоциирован с более низкой ФВ ЛЖ. Подобная зависимость может отражать повышенную активность процессов апоптоза при ХСНнФВ.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Толмачева А.А., Тулупова Д.В., Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Изучение ассоциаций полиморфизмов генов натрийуретических пептидов у пациентов с кардиометаболическими заболеваниями представляет особую актуальность.
Цель исследования. Оценить ассоциацию однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) генов натрийуретических пептидов NPPA (rs5065) и NPPB (rs632793) с риском развития сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ) и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ).
Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» г. Новосибирска с участием 260 пациентов с перенесенным ИМ и ХСНсФВ. Средний возраст пациентов общей группы составил 65,4±8,6 лет, из них: мужчины — 167 (64,2%), женщины — 93, (35,8%). Молекулярно-генетическое тестирование выполнено методом ПЦР в режиме реального времени на базе лаборатории молекулярно-генетических исследований в ИХБФМ СО РАН (анализ ОНП: rs5065 гена NPPA (кодирует предсердный натрийуретический пептид) и rs632793 гена NPPB (кодирует мозговой натрийуретический пептид). Первичный ИМ зарегистрирован у 88,8% (n=231), повторный ИМ — у 11,2% (n=29) пациентов. Гипертоническая болезнь выявлена у 94,2% (n=245) пациентов; фибрилляция предсердий у 26,5% пациентов (n=69); ХБП 3а-4 стадии диагностирована у 33,5% (n=87); СД 2 типа выявлен у 29,6% (n=77); ожирение у 42,3% (n=110). Проведено сравнение распределения генотипов между группами пациентов с ХСНсФВ в сочетании с СД 2 типа и без него.
Результаты. При анализе распределения генотипов ОНП rs5065 гена NPPA была выявлена тенденция к ассоциации генотипа G/G с повышенным риском развития СД 2 типа у пациентов с ХСНсФВ, однако результат не достиг статистической значимости (ОШ 1,849; 95% ДИ 0,619-5,519; p = 0,265). Генотип A/A продемонстрировал тенденцию к протективному эффекту (ОШ 0,605; 95% ДИ 0,347-1,055; p = 0,075). Наиболее значимый результат был получен при анализе полиморфизма rs632793 гена NPPB. Установлено, что носительство гомозиготного генотипа C/C обладает статистически значимым протективным эффектом в отношении развития СД 2 типа в исследуемой когорте (ОШ = 0,161; 95% ДИ 0,037-0,693; p = 0,006).
Выводы.
Результаты исследования свидетельствуют о возможной роли генетических вариаций в системе натрийуретических пептидов у пациентов с СД 2 типа и ХСНсФВ. Полученные данные являются перспективным направлением научных исследований, посвященных изучению ассоциаций генетических маркеров с кардиометаболическими заболеваниями.

КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Толмачева А.А., Герасименко О.Н., Зимина Ю.Д.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Кардиореабилитация представляет собой систему мероприятий, нацеленных на физическую и психологическую реабилитацию пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, профилактику инвалидизации и сохранение профессиональной активности.
Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности медицинской реабилитации в когортах пациентов с наличием и отсутствием сахарного диабета 2 типа
Материалы и методы. Исследование проведено в ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» (г. Новосибирск) в период 11.2022-12.2024 гг., куда включены 132 коморбидных пациента с перенесенным инфарктом миокарда и ХСНсФВ, завершившие годичную программу медицинской реабилитации (МР). Пациенты были разделены на 2 группы — основная (с наличием сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа), n=40) и группу сравнения (без СД 2 типа, n=92). Программа реабилитации включала физические тренировки (аэробные, ЛФК, дыхательные), образовательные модули (школы по основному заболеванию, ЗОЖ, питанию) и психологическую коррекцию (занятия с психологом — индивидуальные и групповые). Динамическое наблюдение за пациентами осуществлялось на протяжении 12 месяцев после индексного события с фиксацией «мягких» и «жестких» конечных точек.
Результаты. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Через 12 месяцев наблюдения в обеих группах зафиксировано статистически значимое и клинически важное улучшение ключевых показателей. Прирост фракции выброса левого желудочка составил 8,9% в основной группе, в группе сравнения — 9,1% (p=0,06). Результаты теста шестиминутной ходьбы улучшились на 124,8 м в основной группе, в группе сравнения — 126,0 м, (p=0,02). Качество жизни по опроснику EQ-5D достоверно увеличился на 21,8 балла в основной группе, в группе сравнение — 22,4 балла (p=0,01). При оценке функционального класса ХСН, отмечено, что статистически значимая положительная динамика была получена только в группе без наличия СД 2 типа (увеличение доли пациентов с ФК II (исходно: n=45 (48,9%) и через 12 месяцев: n=58 (63,7%), p=0,04) и уменьшение с ФК III (исходно: n=41 (44,6%) и через 12 месяцев: (n=24 (26,4%), p=0,01). Распределение по стадиям ХСН достоверно не изменилось в обеих группах.
Выводы.
Комплексная медицинская реабилитация эффективна для пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и ХСНсФВ, однако наличие комобидной патологии, в частности сахарного диабета 2 типа, требует модификации реабилитационных программ с включением персонализированных стратегий контроля сахарного диабета 2 типа с целью улучшения прогноза.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тополянская С.В., Голимбекова М.В., Бубман Л.И., Пилярова М.Х., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г., Куржос М.Н.
Госпиталь для ветеранов войн №3, г. Москва, Россия

Актуальность. Проблема боли у раненых требует глубокого изучения и выявления новых факторов, способных улучшить результаты лечения этой категории молодых пациентов.
Цель исследования. Изучить особенности болевых синдромов у пациентов с боевыми травмами конечностей.
Материалы и методы. В наблюдательное исследование включено 100 пациентов, перенесших ранения конечностей. Средний возраст пациентов составлял 35,4+8,8 лет (от 19 до 54 лет). Медиана времени от момента ранения достигала 32 дней (Q1-Q3: 15-64 дня). 53,7% пациентов перенесли ампутацию конечностей. Выраженность болевого синдрома (постоянного и послеоперационного) оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), также применяли опросники DN4, Pain Detect, Мак-Гилла, шкалу катастрофизации боли, опросник фантомных болей и фантомных ощущений.
Результаты. Выраженность постоянной боли по шкале ВАШ достигала в среднем 4,8+1,8 балла (от 2 до 9 баллов), послеоперационной — 7,3+2,0 (2-10) баллов. Средние показатели DN4 составляли 4,4+1,9 балла (0-10 баллов), Pain Detect — 16,2+8,7 баллов (0-47 баллов). В соответствии со значениями шкалы DN4 нейропатическая боль регистрировалась у 71,4% пациентов, Pain Detect — у 64,3%. Показатели опросника боли Мак-Гилла достигали в среднем 58,3+36,5 баллов (0-163 балла), шкалы катастрофизации боли — 8,5+6,3 баллов (0-23 балла). Лишь у 3 обследованных пациентов значения шкалы катастрофизации боли превышали 21 балл («катастрофизаторы»). Наблюдалась обратная корреляция между показателями DN4 и временем с момента ранения ($r=-0,23$; $p=0,02$) и между давностью ранения и выраженностью депрессии ($r=-0,27$; $p=0,05$). Установлена прямая корреляция между выраженностью постоянной боли по ВАШ и значениями: послеоперационной боли ($r=0,49$; $p=0,00008$), Pain Detect ($r=0,46$; $p=0,000003$), опросника Мак-Гилла ($r=0,6$; $p<0,000001$).
Выводы.
Результаты исследования свидетельствуют о наличии значимого болевого синдрома у пациентов с боевыми травмами конечностей. Обнаружены достоверные взаимосвязи между показателями болевого синдрома, оцененными с помощью разных шкал и опросников.

ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ

Тополянская С.В., Костоева Х.Я., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Буриев И.М., Мелконян Г.Г., Пилярова М.Х.
Госпиталь для ветеранов войн №3, г. Москва, Россия

Актуальность. Учитывая крайне немногочисленные и противоречивые литературные данные по ОПП у пациентов с боевыми травмами, мы предприняли свое исследование, целью которого было изучение почечного повреждения у раненых в ходе текущего военного конфликта.
Цель исследования. Оценить характер и исходы острого почечного повреждения у пациентов с боевыми ранениями.
Материалы и методы. В проспективное наблюдательное исследование включено 54 пациента, перенесших боевое ранение в сроки от 2 до 101 дня (медиана 10,5 дней; Q1-Q3: 5-21 день) до поступления в стационар. Все участники исследования были мужчинами. Средний возраст пациентов достигал 38,9+9,9 года, варьируя от 21 до 65 лет. Всем раненым проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование с использованием стандартных методов обследования пациентов с боевыми травмами. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали с использованием двух уравнений — CKD-EPI и MDRD.
Результаты. Средняя концентрация креатинина на момент госпитализации в стационар составила 296,6+174,5мкмоль/л, мочевины — 20,9+9,6 ммоль/л, СКФ (MDRD) — 33,8+24,2 мл/мин, СКФ (CKD-EPI) — 37,8+27,8 мл/мин. На предыдущих этапах эвакуации средняя концентрация креатинина достигала 396,7+203,2 мкмоль/л, мочевины — 23,0+11,3 ммоль/л, СКФ (MDRD) — 22,8+17,7 мл/мин, СКФ (CKD-EPI) — 24,1+19,7 мл/мин. Установлены достоверные корреляции между уровнем креатинина крови и: мочевины ($r=0,73$; $p<0,000001$), общего белка ($r=-0,33$; $p=0,01$), гемоглобина ($r=-0,43$; $p=0,001$). Концентрация мочевины в крови коррелировала с альбумином ($r=-0,32$; $p=0,02$), числом тромбоцитов ($r=-0,31$; $p=0,02$) и процентной долей нейтрофилов ($r=0,33$; $p=0,01$). Средняя продолжительность наблюдения в стационаре составила 58,2+35,6 дня. За время наблюдения умерло 9 пациентов (16,7%), выписаны или переведены в другие стационары — 37 пациентов (68,5%), продолжают лечение в стационаре 8 раненых (14,8%).
Выводы.
У пациентов с тяжелыми боевыми ранениями нередко развивается острое почечное повреждение — преренальное (обусловленное, главным образом, травматическим шоком) или ренальное. В большинстве случаев это почечное повреждение обратимо.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПАЦИЕНТАМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Топоркова В.Р., Шокина С.В.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Актуальность. Современная стратегия оказания неотложной помощи при инфаркте миокарда заключается в восстановлении кровотока в коронарных артериях до наступления необратимых изменений миокарда. Одним из основных методов восстановления коронарного кровотока является тромболитическая терапия (ТЛТ).
Цель исследования. Оценка половых, возрастных и социальных характеристик пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) на догоспитальном этапе в Республике Мордовия.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 77 карт вызова скорой медицинской помощи ГБУЗ РМ «Станция скорой медицинской помощи» пациентов с ОКСпST, которым был проведен догоспитальный тромболизис и 77 историй болезни ГБУЗ РМ «МРЦКБ» тех же пациентов за 2024 г. Проводился анализ половозрастных особенностей пациентов и частоты осложнений у пациентов с ОКСпST.
Результаты. В 2024 г. в Республике Мордовия было 183895 вызовов скорой медицинской помощи, поводом для 15716 (8,5%) вызовов послужил такой симптом как «боль в груди». Диагноз острый коронарный синдром на догоспитальном этапе был выставлен 840 пациентам (0,7%, от общего числа вызовов), из них у 342 пациентов — ОКСпST (0,2% от общего числа вызовов). 77 пациентам с ОКСпST был проведен догоспитальный тромболизис. Среди этих пациентов преобладали сельские жители: 65% — сельское население, 35% — городское население. Из пациентов в возрасте: 18-44 лет — 1 мужчина, 45-59 лет — 6 пациентов (67% мужчин и 23% женщин), 60-74 лет — 17 пациентов (59% мужчин и 41% женщин), 75-89 лет — 3 пациента (67% мужчин и 33% женщин). Из пациентов сельского населения в возрасте: 18-44 лет — 2 пациента (100% — мужчин), 45-59 лет — 9 пациентов (89% мужчин и 11% женщин), 60-74 лет — 29 пациентов (79% мужчин и 21% женщин), 75-89 лет — 10 пациентов (50% мужчин и 50% женщин). Догоспитальные осложнения ОКСпST у пациентов чаще отмечались у пациентов в сельской местности 21 (42%) пациент, в городской — 3 (11%) пациента. Пять пациентов (6,5%) умерло в течение 3 дней с момента поступления в стационар. Самым часто встречающимся осложнением в городской местности был кардиогенный шок (ОСН IV класс по Killip) — 66,6%, в сельской местности — тахиаритмии — 38%.
Выводы.
Среди пациентов с ОКСпST, которым на догоспитальном этапе была проведена ТЛТ преобладают лица мужского пола. Подавляющее большинство ТЛТ было проведено пациентам сельских населенных пунктов. Большинство пациентов находится в возрастной категории 60-74 года.

ОЦЕНКА ИНДЕКСА ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Туркина С.В.
ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) независимый предиктор фатальных и не фатальных сердечно-сосудистых событий. Индекс воспалительной нагрузки (ИВН) показатель, повышенный уровень которого рассматривается как предиктор неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС).
Цель исследования. Оценить показатель ИВН у пациентов НАЖБП и ИБС, и его взаимосвязь с выраженностью фиброза печени, структурными изменениями миокарда, изменениями эластичности сосудистой стенки.
Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов с ИБС. Основная группа — 32 человека с НАЖБП (Неалкогольная жировая болезнь печени. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. ID: 748_2, 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/748_2) и ИБС (средний возраст — 59,5±5,3 лет, 13 мужчин и 19 женщин, ИМТ 18-24,9 кг/м^2. Контрольная группа 28 пациентов с ИБС, не страдающими НАЖБП (средний возраст — 61,9±8,7 лет), 11 мужчин и 17 женщин, ИМТ 18-24,9 кг/м^2). Рассчитывали ИВН=СРБ ×(нейтрофилы/лимфоциты) (Smolen J.S., et al., 2003). ИВН ≥45.68 и более принят как маркер неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациента с ИБС (Lu W, et al., 2025). Количественное определение содержания высокочувствительного СРБ проводили унифицированным колориметрическим методом на биохимическом анализаторе. Индекс фиброза печени (FIB-4) рассчитывали по Bedogni et al. (2006). Проводилась оценка структурно-функционального состояния миокарда (аппарат SIEMENS SONOLINE G 50 (Германия), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического (СПРВэ) и мышечного типов (СПРВм) (ПолиСпектр 8/Е с модулем СРПВ) (Нейрософт, Россия). Обработку результатов осуществляли с помощью программы «STATISTICA 7.0».
Результаты. ИВН в основной группе составил 23,8 [2,4; 81,4], в контрольной — 9,1 [2,1; 78,2].
Выводы.
Полученные результаты свидетельствует о выраженном хроническом системном воспалительном процессе у пациентов с ИБС и НАЖБП, определяющим повышение жесткости сосудистой стенки, ИММ ЛЖ, выраженность фиброза печени.

ОЦЕНКА ИНДЕКСА ОКРУГЛОСТИ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Туркина С.В., Горбачева Е.Е.
ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП)-заболевание, ассоциированное с висцеральным ожирением (ВО). Пациенты с НАЖБП и нормальной массой тела (НМТ) являются особой когортой, трудной для диагностики ВО. Индекс округлости тела (ИОТ) — это расчетный показатель, который по сравнению с традиционными показателями индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ) или окружность бедер (ОБ) более точно оценивает процентное содержание жира и процентное содержание висцерального жира.
Цель исследования. Оценить показатель ИОТ у пациентов НАЖБП и НМТ, его взаимосвязь с индексом висцерального ожирения (ИВО).
Материалы и методы. В исследование было включено 105 пациентов с НАЖБП. Первая группа — 32 человека с НАЖБП (Неалкогольная жировая болезнь печени. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. ID: 748_2, 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/748_2) и НМТ (ИМТ 18-24,9 кг/м2), средний возраст — 59,5±5,3 лет, 13 мужчин и 19 женщин. Вторая группа — с избыточной массой тела (ИМТ 25-29,9 кг/м^2), (n=29), средний возраст — 58,7±6,4 лет, 18 мужчин и 11 женщин. Третья с ожирением I-II ст. (ИМТ 30-39,9 кг/м^2), (n=44), средний возраст — 57,8±4,8 лет, 18 мужчин и 26 женщин. ИОТ рассчитывали в онлайн калькуляторе (http://www.pbrc.edu/bodyroundness). Норма показателя для мужчин составляет менее 5 и менее 4,5 для женщин. Пациентам рассчитывали ИВО по Amato M.C., et al., 2010. Обработку результатов осуществляли с помощью программы «STATISTICA 7.0».
Результаты. ИОТ в 1 группе пациентов среди мужчин составил 4,7 [2,3; 5,4] и 4,8 [2,6; 5,1] для женщин, во 2 группе у мужчин — 5,1 [2,5; 5,6] и 5,3 [2,8; 5,7] у женщин ($p_{1,2} < 0,05$), в 3 группе у мужчин — 5,9 [3,2; 6,2] vs 5,4 [2,9; 5,7] у женщин ($p_{2,3} < 0,05$). Частота встречаемости ИОТ> 4,5 у женщин (79 %) и> 5 у мужчин (38%) у пациентов с НАЖБП и НМТ, 86% у женщин и 50% у мужчин vs 96% у женщин и 88% у мужчин с избыточной массой тела и ожирением соответственно. Отмечена корреляционная взаимосвязь между ИОТ и ИВО ($r = 0,96$ $p<0,05$; $r = 0,93$ $p<0,05$; $r = 0,9$ $p<0,05$ в 1, 2, 3 группах соответственно).
Выводы.
Полученные результаты позволяют использовать расчетный показатель ИОТ для ранней диагностики ВО у лиц с НАЖБП и НМТ в реальной клинической практике.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ — ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Тюрин А.В., Ахиярова К.Э.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически обусловленный дефект развития и метаболизма волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, имеющий проградиентное течение. Одним из фенотипических признаков ДСТ считается гипермобильность суставов (ГМС), однако данные о влиянии ГМС и ДСТ на состояние костной ткани противоречивы и требуют дальнейшего изучения.
Цель исследования. Поиск ассоциаций минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и болевого синдрома (БС) у молодых лиц с ДСТ и ГМС.
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 84 практически здоровых лиц молодого (20,89 ± 0,30 лет) возраста: 10,7% мужчин (N = 9), 89,3% женщин (N = 75). ГМС определялась по шкале Beighton, ДСТ: балльно-количественным методом; БС определялся по визуально аналоговой шкале, МПКТ методом рентгеновской абсорбциометрии. Статистическая обработка полученных данных: Statistica 13.0, t-критерий Стьдента, U-критерий Манна-Уитни, логистический регрессионный анализ с построением ROC-кривой.
Результаты. На основании шкал ДСТ и Beighton были сформированы группы и соответствующий контроль. ГМС была выявлена у N=15 (17,6%), ДСТ у N=40 (47,6%). Значения МПКТ в группах ГМС, ДСТ и контроле были сопоставимыми.
ДСТ ассоциировалась с более интенсивным БС в позвоночнике (p = 0,046), но не в суставах. БС в суставах и позвоночнике в группе ГМС и контроле были сопоставимыми. Учитывая отсутствие общепринятой нормы значений Z-критерия для молодых лиц, был проведен логистический регрессионный анализ с построением ROC-кривой для определения порогового значения, при котором возникает БС в суставах и позвоночнике в общей выборке. По результатам анализа точкой отсечения для Z-критерия было определено значение, равное 1,0; далее все обследуемые были разделены на две группы: в первую вошли мужчины и женщины со значением Z <1,0 (N=27), во вторую Z>1,0 (N=32). Z <1,0 был ассоциирован с БС в позвоночнике в течение последнего месяца (p = 0,009;), с частотой возникновения БС в позвоночнике в неделю (p = 0,015) и интенсивностью (p = 0,021).
Выводы.
Таким образом наличие ГМС и ДСТ не ассоциировалось со снижением МПКТ.
ДСТ ассоциировалась с более интенсивными болями в позвоночнике. БС в позвоночнике и суставах в группах ГМС и контря был сопоставим. Снижение Z-критерия <1.0 ассоциировалось с более высокой частотой и интенсивностью болей в позвоночнике у молодых лиц.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОАРТРИТА У ЖЕНЩИН С НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

Тюрин А.В., Галина И.И.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Остеоартрит (ОА) и остеопороз (ОП) — наиболее распространенные заболевания опорно-двигательного аппарата в популяции. Частота их увеличивается с возрастом, однако до сих пор остается открытым вопрос о их возможном сочетании. При этом оба заболевания характеризуются длительным субклиническим течением, что делает актуальным поиск маркеров предрасположенности и выявления патологии на ранних стадиях.
Цель исследования. Оценить наличие остеоартрита различной локализации у женщин с остеопорозом без переломов и выявить предикторы сочетанной патологии.
Материалы и методы. В исследование, проводимое на базе Клиники Башкирского государственного медицинского университета, были включены 231 женщина с ОП без переломов, контрольную группу составили 50 женщин без ОП. Средний возраст в исследуемых группах составил 65,5±3,14 лет. Была проведена оценка индекса массы тела (ИМТ), длительности менопаузы, наличия ОА в целом и отдельных его локализаций, уровней минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ Statistica 13.0.
Результаты. ОА коленных суставов чаще встречался в группе контроля, хотя различия носили характер тенденции (9% и 21% соответственно, p=0,062), частота встречаемости ОА других локализаций была сопоставима. Женщины с сочетанием остеопороза и остеоартрита были статистически значимо старше, чем женщины с изолированным остеопорозом (67,03±1,09 и 63,9±0,84, p=0,021). Выявлена тенденции к большему ИМТ в контрольной группе (p=0,059) и меньшей длительности менопаузы у женщин с остеопорозом (p=0,065) при несколько более высоком уровне среднего возраста. ИМТ у женщин с ОА коленного сустава был наибольшим, различия достигли уровня статистической значимости по сравнению с контрольной группой (28,60±0,89 и 25,43±0,35 p=0,0003). МПКТ поясничного отдела позвоночника была значительно выше в группе с ОА коленного сустава (0,86±0,07 и 0,76±0,14; p=0,00005).
Выводы.
Не было выявлено статистически значимых различий в частоте встречаемости ОА у женщин с остеопорозом. У женщин с ОА коленных суставов были выявлены повышенный уровень МПКТ поясничного отдела позвоночника и высокий ИМТ, что может служить инструментом оценки развития заболевания.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ОСНОВЕ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Тяжельников А.А., Святов И.С., Дорожкова В.С., Носкова К.К., Гимадиев Р.Р., Юмукян А.В., Учаева О.Н., Гольдберг А.С., Чаусова С.В., Радченко А.В., Макарчев А.И.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, Россия
ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова» ДЗМ, г. Москва, Россия
ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, Россия
ГБУЗ «ГП №220 ДЗМ», г. Москва, Россия
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Гиперурикемия (ГУ) — повышенный уровень мочевой кислоты (МК) — является ключевым фактором риска развития подагры, мочекаменной болезни, а также ассоциирована с сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическим синдромом и патологией почек. Раннее выявление ГУ позволяет своевременно начать профилактические мероприятия и снизить риск развития осложнений. Стандартное обследование профилактических медицинских осмотров (ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН) предоставляет большой объем данных, который с помощью методов машинного обучения (МО) может быть использован для создания эффективных скрининговых инструментов.
Цель исследования. Разработка и оценка точности модели МО для раннего выявления ГУ на основе показателей диспансеризации.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ обезличенных данных 84 335 пациентов, проходивших обследование в федеральных медицинских лабораториях. Для прогнозирования ГУ использовались рутинные параметры диспансеризации: пол, возраст, показатели общего анализа крови (ОАК), скорость оседания эритроцитов (СОЭ), уровень общего холестерина (ОХС) и глюкозы плазмы натощак (ГПН). Целевым параметром было содержание МК. Для определения ГУ применялись различные пороговые значения: >420 мкмоль/л для лиц мужского пола и >360 мкмоль/л для женского пола (согласно рекомендациям ЭССЕ-РФ), а также универсальные пороги >360 мкмоль/л (Американская коллегия ревматологов, 2020 г.) и >300 мкмоль/л (Британское общество ревматологов, 2017 г.) независимо от пола. Разработка модели проводилась на платформе LightAutoML.
Результаты. Распространенность ГУ в выборке (по критериям ЭССЕ-РФ) составила 21,9% (n=18 438). Среди мужчин повышенный уровень МК был выявлен у 24,4% пациентов, среди женщин — у 20,2%. Модель МО продемонстрировала хорошую прогностическую способность на тестовой выборке, особенно у женщин (AUC ROC = 0,77), тогда как для мужчин показатель был несколько ниже (AUC ROC = 0,65). При прогнозировании ГУ по универсальным порогам (>360 и >300 мкмоль/л) AUC ROC составила 0,77 и 0,72 соответственно. Наиболее важные переменные в прогнозе ГУ: ГПН, возраст, лейкоциты, СОЭ, ОХС, гематокрит, тромбоциты.
Выводы.
Разработанная модель МО на основе данных ПМО и ДОГВН показала свою эффективность, особенно для скрининга ГУ у женщин (AUC ROC 0,77), и может быть использована в качестве инструмента для раннего выявления бессимптомной ГУ и профилактики ассоциированных с ней осложнений.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Уклистая Е.А., Белякова И.С., Уклистая Т.А.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность. Прогнозирование формирования хронического легочного сердца (ХЛС), определяющего исход заболевания при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), является актуальной проблемой.
Цель исследования. Определение возможных генетических предикторов формирования ХЛС при ХОБЛ и разработка модели прогнозирования риска развития ХЛС.
Материалы и методы. Была использована выборка больных из 76 пациентов, I группу составили 39 человек без ХЛС, II группу — 37 с ХЛС. Влияние ряда показателей (пол, возраст, длительность заболевания, частота обострения, индекс курения, индекс массы тела, показатели функции внешнего дыхания, пульсоксиметрии, вариабельности ритма сердца, полиморфизмов генов: ангиотензинпревращающего фермента (ACE (I/D)), рецептора ангиотензина 2 типа 1 (AGT2R1(1166A>C)), фактора некроза опухоли α (TNF α(-308G>A)), интерлейкина 1в (3953 C>T)) на риск развития ХЛС изучали, используя метод бинарной логистической регрессии. Путем многофакторного пошагового регрессионного анализа отбирали наиболее значимые факторы. Статистикой Вальда оценивали относительный вклад отдельных предикторов. Критерием согласия реального распределения наблюдений выступал процент правильной переклассификации.
Результаты. Выявлены наиболее значимые независимые предикторы для прогнозирования ХЛС: полиморфизм генов ACE и AGT2R1, среднее стандартное отклонение интервалов RR, рассчитанных на всех 5-минутных участках ЭКГ (SDNNi). Конечная модель прогноза формирования ХЛС при ХОБЛ выглядит следующим образом: P = 2,71828 в степени (3,701+1,572 х генотип по полиморфизму I/D гена ACE -0,085 х SDNNi - 1,858 х генотип по полиморфизму A1166C гена AGT2R1) /(1+ 2,71828 в степени (3,701 + 1,572 х генотип по полиморфизму I/D гена ACE -0,085 х SDNNi -1,858 х генотип по полиморфизму A1166C гена AGT2R1)) При этом: генотип по полиморфизму I/D гена ACE принимается равным 1, если у пациента генотип II, 2 — если ID и 3 — если DD; генотип по полиморфизму A1166C гена AGT2R1 принимается равным 1, если у пациента генотип AA, 2 — если AC, 3 — если CC. P<0,5 (0,5 (>50%) — на высокий. В целом р модели составило <0,001, х2 = 40,5. Коэффициент конкордации 81,6%. Чувствительность 81,1%, специфичность 82,1%.
Выводы.
Генетические факторы могут определять предрасположенность к развитию ХЛС при ХОБЛ, а полученная модель позволяет дифференцировано подходить к расчету индивидуального риска формирования ХЛС.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ — САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Урясьев О.М., Соловьева А.В., Глотов С.И., Чуфистова Ю.Ю., Волкова Е.В., Берстнева С.В.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Сочетание сахарного диабета (СД) и артериальной гипертензии (АГ) является фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, диабетической нефропатии, ретинопатии. При первичном гипотиреозе (ПГ) АГ встречается в 20-40% случаев, что делает актуальным изучение особенностей АГ при коморбидной патологии — СД 2 типа в сочетании с гипотиреозом.
Цель исследования. Определить особенности АГ у пациентов с СД 2 типа в сочетании с ПГ при анализе суточного мониторирования артериального давления (СМАД).
Материалы и методы. Обследовано 203 пациента с СД 2 типа: 1-я группа (76 чел.) — с СД 2 типа и ПГ; 2-я группа (127 чел.) — с СД 2 типа без тиреоидной патологии. Группы не различались значимо по возрасту, полу, длительности СД, получаемой терапии. Уровень тиреотропного гормона в 1-й группе — 5,51 [2,93;11,08] мМЕ/л, во 2-й группе — 1,66 [1,26;2,50] мМЕ/л.
Результаты. В 1-й группе в сравнении со 2-й группой отмечено увеличение частоты АГ — 80,3% и 67,7% (p=0,044). При анализе СМАД показатели систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) в группах на фоне терапии значимо не различались. Индекс времени (ИВ) ДАД был повышен у пациентов обеих групп и был выше в 1-й группе в ночное время (ИВ ДАДн) (88,8 [83,2;90,3]% и 70,8 [50,0;77,5]%, p=0,013) и за 24 часа (ИВ ДАД24) (85,9 [76,4;92,9]% и 72,8 [42,9;85,8]%, p=0,016), соответственно, что подчеркивает диастолический характер АГ при гипотиреозе. У пациентов обеих групп отмечено нарушение циркадности ритма АД. Суточный индекс (СИ) САД был снижен в обеих группах, СИ ДАД — только в 1-й группе (p>0,05). Профиль диппер зарегистрирован у пациентов 1-й группы в 24,4% случаев, во 2-й — в 37,5% случаев (p=0,042); нон-диппер — у 50,0% и 37,5% пациентов, соответственно (p=0,039). Максимальные значения скорости утреннего подъема (СУП) ДАД отмечены у пациентов 1-й группы с некомпенсированным гипотиреозом — 9,3±1,3 мм рт.ст. (p=0,036). Выявлена корреляция СКФ с параметрами СМАД в 1-й группе: ИВ САДн (r=-0,484, p=0,048); СИ САД (r=0,575, p=0,012); ИВ ДАДн — с уровнем альбуминурии (r=0,434, p=0,041).
Выводы.
Особенностями артериальной гипертензии при СД 2 типа в сочетании с гипотиреозом являются: увеличение индекса времени ДАД, нарушение циркадности ритма с формированием профиля нон-диппер, умеренное повышение СУП ДАД, что сопряжено с риском развития кардиоренальных осложнений.

ВИЗУАЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА ХОБЛ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО И БРОНХИТИЧЕСКОГО ФЕНОТИПОВ

Устинова В.М., Макова Е.В., Устинов М.С.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) — основной метод диагностики ХОБЛ. С 2012 года изменены нормативы спирометрии и начала применятся система GLI 2012. Автоматическая обработка компьютерных томограмм позволяет оценить различные варианты объемов легочной ткани у больных ХОБЛ.
Цель исследования. Сравнение объемных соотношений, основанных на автоматизированной обработке КТ-изображений и новых нормативов ФВД у лиц с факторами риска ХОБЛ различных фенотипов.
Материалы и методы. Были проанализированы 207 КТ грудной клетки, у пациентов с индексом курения не менее 30 пачко-лет из когортного исследования по скринингу рака легких, выполненных на 32-срезовом компьютерном томографе GE (США). Количественные параметры легочной ткани оценивались программой АВТОПЛАН (СамГМУ). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я — 76 человек (70 мужчин и 6 женщин) с преимущественно эмфизематозным фенотипом (ПЭТ) — объем легких плотностью менее -950 единиц Хаунсфилда (HU) >1%, 2-я группа — 131 человек (67 мужчин и 64 женщины) с преимущественно бронхитическим фенотипом (ПБТ) — объем легких плотностью менее -950HU < 1%. Средний возраст в группах с — 61,3 и 60,6 лет соответственно. Рассчитывались объемные соотношения — объем легких (ОЛ) в мл по программе Автоплан к показателям — форсированная жизненная емкость легких (FVC) и общая емкость легких (TLC) (должные значения (ДЗ) и нижняя граница нормы (НГН)) по нормативу GLI 2012 (https://gli-calculator.ersnet.org/), выраженные в процентах.
Результаты. При анализе объемных соотношений у лиц с факторами риска ХОБЛ были выявлены достоверно более высокие значения объемных соотношений в группе ПЭТ по сравнению с группой ПБТ: ОЛ/FVC (ДЗ) (149,1% (143,1-155,1%) против 120,34% (115,7-125,1%).
Выводы.
Лица из группы преимущественно эмфизематозного фенотипа с факторами риска ХОБЛ имеют достоверно более высокое значение объемных соотношений — объем легких/форсированная жизненная емкость легких и объем легких/общая емкость легких по должным значениям и нижней границы нормы по нормативу GLI 2012 по сравнению с лицами из группы преимущественно бронхитического фенотипа.

ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВИБРАЦИИ

Устьянцева Н.П., Соколова Т.А.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Производственная вибрация является распространенным вредным производственным фактором, оказывающим системное воздействие на все органы и системы, что может привести к развитию кардиоваскулярной патологии.
Цель исследования. Оценить возможность развития кардиоваскулярной патологии при длительном воздействии производственной вибрации
Материалы и методы. В исследование включено 100 пациентов с вибрационной болезнью 1 и 2 степени от локальной вибрации (группа ВБ). Контроль составили 78 практически-здоровых лиц (группа К), которым проводилось электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое (ЭхоКГ) обследование с измерением стандартных показателей.
Результаты. Рабочие, контактирующие с производственной вибрацией, должны войти в группу повышенного риска по кардиоваскулярной патологии, что должно обусловить диагностическую настороженность, своевременные меры профилактики. Необходимо рассмотреть необходимость формирования групп наблюдения с развитием кардиоваскулярной патологии у лиц, подвергшихся воздействию производственной вибрации.
Выводы.
Рабочие, контактирующие с производственной вибрацией, должны войти в группу повышенного риска по кардиоваскулярной патологии, что должно обусловить диагностическую настороженность, своевременные меры профилактики. Необходимо рассмотреть необходимость формирования групп наблюдения с развитием кардиоваскулярной патологии у лиц, подвергшихся воздействию производственной вибрации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕКУКИНУМАБОМ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Фадеева С.С., Григорьева О.Г., Хичина Н.С., Комаров В.Т.
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, Россия

Актуальность. Пациентам в лечении с активным спондилоартритом (АС) при неадекватном ответе на нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) используется генно-инженерная биологическая терапия (ГИБП). Медицинская реабилитация, используемая при АС, также значительно повысила эффективность терапии этого тяжелого заболевания.
Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения секукинумаба (СКМ) в комплексном реабилитационном лечении у пациентов при АС.
Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 28 больных с достоверным АС (20 мужчин и 8 женщин, среднего возраста — 34,5 года) HLA-B27 ассоциированным, в развернутой стадии, с двусторонним сакроилеитом 2-3 стадии, получивших лечение в отделении ревматологии. Раннее 6 пациентов получали адалимумаб, 2 больных — цетролизумаб и 2 пациента — нетакимаб с ускользанием эффекта. В клинике всех пациентов отмечается поражение позвоночника, внескелетные проявления: артрит коленных, голеностопных и тазобедренных суставов, у 1/2 пациентов отмечается энтезиты: ахиллобурсит и трохантерит. Перед началом лечения проводились лабораторные исследования: С реактивный белок (СРБ), общий анализ крови, рентгенография кистей, стоп и костей таза. Для оценки эффективности терапии определялись динамика индексов BASDAI, BASFI, число припухших суставов (ЧПС) и число болезненных суставов (ЧБС), показатели визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) исходно и через 48 недель. Улучшение состояния определялось по критериям ASAS. До начала терапии пациенты получали НПВС и базисную терапию сульфасалазином 2,0 в сутки — 18 человек и метотрексатом 15 мг в неделю — 10 человек. Основным показаниями для назначения СКМ явились неэффективность двух последующим применяемых НПВС и базисной терапии, наличие коксита, высокой активности болезни по индексу BASDAI > 5 баллов. Пациенты получали в стационаре СКМ после инициации 150 мг подкожно 1 раз в месяц вместе с НПВС, сульфасалазином и метотрексатом в течение 48 недель. Для реабилитации пациентов назначались параллельно ЛФК, массаж мышц спины, плеч и бедер, физиолечение, микроволновой и лазерной терапией, парафинотерапии в течении 2 недель.
Результаты. Исходно у всех пациентов отмечалась высокая активность заболевания по индексу BASDAI, BASFI, которые составляли 7,6 и 6,2 соответственно. В результате лечения частичная ремиссия отмечена у 20%, улучшение у 80% больных. Через 48 недель подкожного введения СКМ отмечался значимый клинико-лабораторный эффект у всех пациентов. В результате лечения СКМ, базисной терапии и НПВС через 48 недель наблюдения снизился индекс BASDAI с 7,6 до 3,2, ЧБС уменьшилось в среднем с 6,8 до 2,3, ЧПС уменьшилось в среднем с 4,2 до 2,5, уменьшились проявления этезитов, индекс BASFI снизился с 6,2 до 3,5, отмечено снижение СОЭ с 5,6 до 23 мм/ч, уровень СРБ с 47,4 до 17,5 г/л, отмечено снижение потребности в НПВС. Местных и системных нежелательных реакций на СКМ не отмечено. При наблюдении фтизиатром латентной туберкулезной инфекции не было выявлено.
Выводы.
Таким образом, использование СКМ вместе с метотрексатом, сульфасалаизом, НПВС в комплексом реабилитационном лечении больных АС с высокой степенью активности, не отвечающих на противовоспалительную терапию, свидетельствуют о высокой эффективности СКМ в комплексной реабилитационной терапии.

СПИРОМЕТРИЯ КАК ВАЖНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ У ЛИЦ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНЕБОЛЬНИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ

Фаденберг Н.Э., Клещева А.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Диспансеризация позволяет выявить патологию на ранних этапах развития. Спирометрия — это доступный и информативный метод диагностики.
Цель исследования. Анализ результатов неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрии) лиц, перенесших внебольничную пневмонию и прошедших обследование на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.
Материалы и методы. Проведено исследование 684 пациентам различных групп здоровья, перенесших внебольничную пневмонию, поликлиники №3 Государственного автономного учреждения здравоохранения «Кемеровский клинический диагностический центр имени И.А. Колпинского» с 01 января по 12 сентября 2025 г. (220 мужчин, 464 женщины), возраст больных от 18 до 87 лет. Проведен анализ интерпретированных данных.
Результаты. Нарушений проходимости дыхательных путей не выявлено, ЖЕЛ в пределах нормы у 352 пациентов (51% от общего числа обследованных). В возрасте от 18 до 45 лет. (средний возраст 28-35 лет) Без нарушений проходимости дыхательных путей, умеренное снижение ЖЕЛ выявлено у 301 пациентов (45% от общего числа обследованных). Из них — в 187 случаях у лиц с хроническими заболеваниями легких, у 114 пациентов без предшествующей хронической патологии. Умеренное нарушение проходимости дыхательных путей, значительное снижение ЖЕЛ обнаружено у 23 пациентов (3% от общего числа обследованных). Из них — в 18 случаях у лиц имеющих хронических заболеваний легких, у 5 пациентов не имеющих хронических заболеваний бронхолегочной системы. Значительное нарушение проходимости дыхательных путей со значительным снижение ЖЕЛ выявлено у 9 пациентов (1% от общего числа обследованных). Из них — в 6 случаях при направлении на дообследование в анамнезе имели хронические заболевания бронхолегочной системы: (2 мужчин 65 и 76 лет (БА), 6 женщин 45 (БА), 51 (ХОБЛ, БА), 65 (БА), 68 (БА), 70 (БА) и 86 (БА) возраста), у 1 пациента (мужчина 70 лет (БА) патология выявлена при прохождении диспансеризации взрослого населения. Тяжелое нарушение проходимости дыхательных путей с умеренным снижением ЖЕЛ обнаружена у 1 пациента (мужчина 67 лет (Рак легкого) при дообследовании по заболеванию (0,01% от общего числа обследованных).
Выводы.
Диспансерное наблюдение важный этап в диагностике заболеваний. Проведение спирометрии является дополнительным методом исследования и выявляет патологию в 1,3% от общего числа обследованных. Тяжесть результата обследования в большей мере обусловливает имеющаяся сопутствующая патология органов грудной клетки.

ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Федоренко А.А., Поправко Е.М., Суворов М.А., Курышева М.А.
ГБУЗ НО ГКБ 33, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. В последние годы увеличилось количество больных с сочетанием патологии пищевода и ишемической болезни сердца (ИБС): до 40% больных ИБС имеют поражения гастроэзофагеальной зоны, а в 62,7% у гастроэнтерологических больных встречаются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы.
Цель исследования. Изучение распространенности, структуры и коморбидности патологии пищевода у пациентов с ИБС в отделении кардиологии.
Материалы и методы. Методом случайной выборки проведен ретроперспективный анализ 309 историй болезни пациентов, выписанных из кардиологического отделения ГКБ №33 за 2024 г., г. Нижний Новгород. Изученные параметры включали: наличие основных критериев ИБС и патологии пищевода. Были обследованы пациенты в возрасте от 32 до 75 лет, среди которых 135 мужчин (43,7%) и 174 женщин (56,3%).
При эзофагогастродуоденоскопии патология пищевода выявлена у 104 больных (32,1%). Структура патологии пищевода: ГЭРБ — 91 пациент (87,5%), из них: эрозивный эзофагит у 32 (35,2%), неэрозивная форма — у 59 (64,8%); грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — у 13 человек (12,5%). Для уточнения диагноза неэрозивной ГЭРБ проводился тест с ингибиторами протонной помпы (ИПП) и у ряда больных суточная pH-метрия пищевода.
Результаты. У больных ИБС симптомы ГЭРБ проявлялись болью в груди и эпигастрии, изжогой, отрыжкой, уменьшались при назначении ИПП и антацидов. Была изучена коморбидность: встречаемость со стенокардией напряжения выявлена у 59 пациентов с патологией пищевода (56,7%), с артериальной гипертензией — у 66 пациентов (63,4%), с ожирением — у 58 пациентов (55,8%), с хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка — у 77 пациентов (74,0%).
Выводы.
Распространенность патологии пищевода в кардиологическом отделении у больных ИБС составила 32,1%, чаще наблюдалась при стенокардии напряжения, в сочетании с ожирением, артериальной гипертензией и патологией желудка. Наиболее часто встречалась неэрозивная форма ГЭРБ. Одной из причин поражения пищевода при ИБС возможно был прием аспирина, поэтому назначение ИПП у пациентов, это не только профилактика НПВП-гастропатии, но и эзофагита. Диагностика и лечение патологии пищевода при ИБС позволит снизить тяжесть синдрома взаимного отягощения, улучшить качество жизни и прогноз у кардиологических больных.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Федорова Г.С.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) — это хронический воспалительный артрит, связанный с псориазом. Распространенность его в общей популяции составляет от 0,16 до 0,32%. У пациентов с ПсА риск сердечно-сосудистых заболеваний на 43% выше, чем у общей популяции, и ПсА является независимым фактором риска основных сердечно-сосудистых событий.
Цель исследования. Выявить особенности поражения миокарда у пациентов с псориатическим артритом.
Материалы и методы. В исследовании участвовали 55 пациентов, из которых 37 — с ПсА, средний возраст 56,8±10,9 лет (1 группа), и 18 человек — с псориазом (Пс) без признаков артрита, средний возраст составил 61,2±12,8 лет (2 группа). Всего 29 мужчин и 26 женщин. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем пациентам проводились стандартные лабораторные исследования и трансторакальная эхокардиография. Для оценки диастолической функции использовался метод тканевой доплерографии. Статистический анализ был выполнен с использованием программы StatTech v. 4.8.11 (разработчик — ООО Статтех, Россия). Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.
Результаты. У пациентов 1-й группы пик Е трикуспидального клапана составил 47 [41,5-56] см/с, что было достоверно ниже, чем во 2-й группе: 57,5 [54,3-61,3] см/с ($p<0,001$). Пик А в 1-й группе оказался выше: 47 [42-53] см/с, чем во 2-й: 36,5 [34,5-43,8] см/с, соответственно ($p=0,032$). В связи с этим, отношение Е/А трикуспидального клапана у лиц с ПсА было достоверно ниже по сравнению с пациентами с Пс: 1,04 [0,79-1,28] и 1,52 [1,37-1,54], соответственно ($p<0,001$). Эти результаты свидетельствуют об ухудшении диастолической функции правых отделов сердца у пациентов с ПсА. В то же время у пациентов с Пс без ПсА отмечалось достоверное увеличение толщины задней стенки, межжелудочковой перегородки левого желудочка, относительной толщины стенки, увеличение массы миокарда и его индекса по сравнению с пациентами 1-й группы. При сравнительном анализе частоты развития гипертрофии миокарда выявлено, что в 1-й группе преобладала эксцентрическая форма (54,1%), а во 2-й — концентрическая (92,3%) ($p<0,001$). Также при ПсА реже встречалась диастолическая дисфункция левого желудочка по сравнению с Пс: 13,5 и 38,9%, соответственно ($p=0,043$).
Выводы.
Таким образом, наличие псориатического артрита характеризуется ухудшением диастолической функции правых отделов сердца и развитием эксцентрической гипертрофии миокарда левого желудочка по сравнению с пациентами с псориазом без признаков псориатического артрита.

ВЫЯВЛЕНИЕ КЛАСТЕРА ВЫСОКОГО РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СО СХОДНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ТЕРАПИИ

Федорова Е.В., Шерегова Е.Н., Безымянный А.С., Кладовикова О.В., Ларина В.Н., Лунев В.И.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Выявление кластеров с высоким риском неблагоприятного исхода среди пациентов со сходной приверженностью терапии позволит разработать персонализированные стратегии ведения для уязвимых групп.
Цель исследования. Идентификация кластера амбулаторных пациентов кардиологического профиля, имеющих неблагоприятный прогноз, среди лиц с сопоставимой приверженностью лечению по шкалам Мориски-Грина (MMAS-4) и Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ).
Материалы и методы. Включено 842 амбулаторных кардиологических пациента (37% — мужчины) в возрасте 69 (62-75) лет. Иерархическая кластеризация проводилась методом Уорда с использованием квадрата евклидова расстояния в качестве меры подобия и стандартизацией переменных z-оценками.
Результаты исследования. Выделены кластеры: К1 — 742 пациента в возрасте 69 (61-75) лет, К2 — 100 пациентов в возрасте 71 (66-77) лет (p=0,008). Статистически значимых различий в приверженности между кластерами К1 и К2 не выявлено (НОДФ: p=0,075; MMAS-4: p=0,110). Кластер высокого риска неблагоприятного прогноза — К2 (частота летального исхода: 17% против 0% в К1, p<0,001) — значимо ассоциирован с мужским полом (61% против 34% в К1, p<0,001), курением (16% против 6% в К1, p=0,001), высокой коморбидностью (хроническая сердечная недостаточность: 56% против 31% в К1, p<0,001; фибрилляция предсердий: 27% против 18% в К1, p=0,030; хроническая болезнь почек: 31% против 17% в К1, p<0,001), высокой лекарственной нагрузкой (среднее количество препаратов: 6 [4-6] против 4 [2-5] в К1, p<0,001), парадоксально низкой осведомленностью об уровне холестерина (56% против 68% в К1, p=0,021) и гликемии (67% против 78% в К1, p=0,017) на фоне преобладающей кардиометаболической патологии (ишемическая болезнь сердца: 86% против 27%.
Выводы.
Для снижения риска неблагоприятных исходов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходим персонализированный подход, включающий целевое обучение через образовательные микромодули, оптимизацию лекарственной терапии и мониторинг приверженности лечению.
Работа выполнена при поддержке АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении» (Соглашение №0703-11/23; Договор №0703-11/23-1НИР).

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Феофанова Т.Б., Залетова Т.С.
ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, г. Москва, Россия

Актуальность. Стандартные подходы к диетотерапии при морбидном ожирении часто неэффективны из-за индивидуальных особенностей основного обмена. Непрямая калориметрия позволяет точно определить энергетические потребности.
Цель исследования. Оценить эффективность персонализированной диетотерапии с расчетом калорийности по данным непрямой калориметрии у пациентов с морбидным ожирением (ИМТ≥50).
Материалы и методы. В исследование включены 145 пациентов с морбидным ожирением (ИМТ≥50 кг/м²), соответствующие следующим критериям: возраст 25-60 лет, отсутствие тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, отсутствие эндокринной патологии (кроме СД2), подписанное согласие. Методика исследования: первичное обследование (проведение непрямой калориметрии для определения основного обмена), расчет индивидуальной калорийности рациона, определение состава тела методом биоимпедансного анализа, лабораторная диагностика. Диетотерапия: белковая составляющая (1,8-2.2 г/кг идеальной массы тела), углеводы преимущественно сложные с низким гликемическим индексом, жиры 25-30% от общей калорийности (акцент на ненасыщенные жирные кислоты). Режим питания: 5-6 приемов пищи в день. Контрольные точки: первая коррекция рациона через 3 недели на основании динамики снижения массы тела и переносимости, окончательная оценка эффективности через 6 месяцев.
Результаты. По истечении трех недель в основной группе зафиксировано снижение массы тела в среднем на 4,2% от исходного показателя, что почти в два раза превышало результат контрольной группы (2,3%). Биоимпедансный анализ выявил значимые различия в составе тела: пациенты основной группы теряли преимущественно жировую массу (5,8 кг против 2,9 кг в контроле), при этом лучше сохраняя мышечную ткань (потеря всего 0,4 кг против 2,1 кг). Важным аспектом стала лучшая переносимость терапии в основной группе — 89% пациентов не отмечали существенных трудностей при соблюдении диеты, тогда как в контрольной группе этот показатель составил лишь 54%. Частота нежелательных явлений (слабость, головокружение) в основной группе была в три раза ниже (11% против 32%). По завершении шестимесячного периода наблюдения преимущества персонализированного подхода стали еще более очевидными. Средняя потеря веса в основной группе достигла 21,4% (28,3 кг), значительно превышая результат контрольной группы (12,3% или 15,1 кг). Окружность талии уменьшилась на 18,2 см против 9,8 см в контроле. Метаболические показатели также демонстрировали выраженную положительную динамику. Уровень глюкозы натощак снизился на 18,2% (против 8,7%), ЛПНП — на 23,5% (против 12,1%); индекс инсулинорезистентности HOMA-IR уменьшился на 32,4% в основной группе по сравнению с 15,3% в контроле. Качество жизни, оцениваемое по опроснику IWQOL-Lite, улучшилось на 42,3 балла в основной группе против 23,5 баллов в контроле. Крайне важным показателем стала приверженность терапии: через 6 месяцев 91% пациентов основной группы продолжали следовать рекомендациям, тогда как в контрольной группе — лишь 47%. Основные клинически значимые различия между группами: плавное и стабильное снижение веса без длительных периодов плато в основной группе, существенно лучшее сохранение мышечной массы, значительно меньшая частота рецидивов и возврата веса (9% против 41%).
Выводы.
Индивидуальный подход к диетотерапии, основанный на точных измерениях основного обмена, обеспечивает не только более выраженное снижение веса, но и стабильность метаболических показателей, высокую приверженность лечению в долгосрочной перспективе.

ПЛАТНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ И НИЗКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Филимонов В.И., Белова Б.Г., Смирнова М.А., Ромащенко О.В.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Обучение в современном медицинском вузе России осуществимо в трех формах — бюджетной, целевой и платной (договорной). Известно, что при одинаковых правилах приема проходной балл для поступления на договорной основе является наименьшим. Как в последующем отражается форма обучения на успеваемости студентов и их психологическом благополучии?

Цель исследования. Оценить уровень психологического благополучия и успеваемость студентов медицинского университета различных форм обучения в сравнительном аспекте, с определением значимости платной формы обучения для анализируемых параметров.

Материалы и методы. Проводили анкетирование 117 студентов Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ) лечебного и педиатрического факультетов 2,3,5 курсов. Студентов поделили на три группы в зависимости от формы обучения: первую составили 39 человек (33%) бюджетной формы обучения, вторую — 57 человек (49%) целевой формы и третью группу составили 19 человек (18%) платной формы обучения. Анализировали показатели психологического благополучия по методике Киз К., адаптированной Е. Осиным, «Спектр психического здоровья», применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (Zigmond AS, Snaith RP) и тест смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев). Успеваемость оценивали по рейтингу (коэффициенту успешности) от 0 до 1, рассчитанному на основе результатов последней экзаменационной сессии. Выполняли статистическую обработку данных с помощью программы Microsoft Excel 2016, достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты. Обнаружили достоверное снижение параметра эмоционального благополучия в группе студентов договорной формы обучения до уровня 10,0±0,6 баллов в сравнении с 11,0±0,4 баллами у «бюджетников» ($p<0,05$) и 11,0±0,6 баллами у «целевиков» ($p<0,05$). Уровень тревоги и депрессии также были максимальными среди «платников» (7,6±0,8 и 4,8±0,7 баллов по шкале HADS), промежуточными среди «целевиков» (7,5±1,9 и 4,6±1,8 баллов) и наименьшими среди «бюджетников» (7,2± 0,6 и 3,9±0,5 баллов). Согласно результатам теста смысложизненных ориентаций интересным, эмоционально насыщенным и наполненным смыслом процесс жизни воспринимается только студентами бюджетной формы обучения (по шкале «процесс» 31,0±1,2 балл), у студентов целевой формы обучения данный показатель ниже (29,0±2,5 баллов), и самый низкий — у «платников» (27,0±1,3 баллов) ($p<0,05$ в сравнении с «бюджетниками»). Общий показатель осмысленности жизни также был максимальным у «бюджетников» (108,0±3,0 баллов), снижался у «целевиков» (103,0±4,4 баллов).

Выводы.

У студентов договорной формы обучения обнаружены признаки снижения психологического благополучия, смысложизненных ориентаций и успешности обучения в сравнении со студентами, обучающимися на бюджетной и целевой основах, в связи с чем платную форму обучения в медицинском вузе можно считать фактором риска развития психологического неблагополучия и низкой успеваемости студентов.

СТРЕСОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА МИОКАРД — КРАЕУГОЛЬНЫЙ КАМЕНЬ ИЛИ НЕДООЦЕНЕННЫЙ ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Филюшин О.В., Филатова Т.Е.
ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», г. Рязань, Россия

Актуальность. Стресс рассматривается как потенциально модифицируемый фактор риска острых и хронических сердечно-сосудистых заболеваний (Vancheri F. et al., 2022 и др.). Это связано с повышением концентрации кортиколиберина, эндотелина 1, кортизола, приводящих к увеличению концентрации активных форм кислорода, глюкозы и свободных жирных кислот в крови. Вырабатываются противовоспалительные цитокины. Возникает временная дисфункция эндотелия и — уменьшается перфузия и вазодилатация миокарда с последующим развитием ишемии. Стресс не зависимо от других факторов риска увеличивает вероятность развития ишемической болезни сердца от 40 до 60%. Ишемия миокарда, вызванная психическим стрессом (MSIMI), возникает у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин (Vaccarino V. et al., 2018).

Описание случая. Пациентка Г., 66 лет с профилем артериальной гипертонии 15 лет, полной блокадой правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ). Принимает телмисартан 40 мг, индапамид 1,5 мг, сотагексал 40 мг. Неделю назад на фоне хронических переживаний стали беспокоить боли в груди давящего и сжимающего характера, проходящие самостоятельно в покое. Ухудшение связано с конфликтом при дорожно-транспортном происшествии (30.10.2024 г.), когда возникла дрожь в теле, повышение давления до 180/100 мм рт.ст., сопровождающиеся болью в сердце. При поступлении в 14:00 на электрокардиограмме — синусовый ритм, горизонтальное положение электрической оси сердца. ПБПНПГ. Рубцовые изменения в миокарде нижней стенки левого желудочка; тропонин I 66,3 нг/л (N до 29 нг/л). На эхокардиографии — фракция выброса 57%, нарушение диастолической функции. Повторный эпизод болей в 18:00, продолжавшийся 30 минут, купировался самостоятельно. Тропонин I в динамике 600 нг/л. На коронарографии — эпикардиальные артерии с ровными четкими контурами. Основной диагноз: Ишемическая болезнь сердца: не-Q-передний инфаркт миокарда левого желудочка без обструктивного поражения коронарных артерий (MINOCA) 30.10.24. ПИКС (неизвестной давности). Фоновое: Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая АГ. Риск 4. Дислипидемия. Осложнения: Killip I. ПБПНПГ. Общий холестерин 7,04 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 5,07 ммоль/л. Контрольная эхокардиография: зон гипо- и акинезии нет. Назначенная лекарственная терапия: клопидогрел 75 мг, ацетилсалициловая кислота 100 мг, пантопразол 20 мг, аторвастатин 80 мг + эзетимиб 10 мг, валсартан 160 мг 2 раза в день, метопролола сукцинат 25 мг.

Заключение.
Данный клинический случай демонстрирует значимость стрессогенного повреждения миокарда и указывает на целесообразность своевременного поиска эмоциональных триггеров у пациентки с возможным дальнейшим направлением ее к психологу или психотерапевту для укрепления психологического здоровья и профилактики повторного инфаркта миокарда.

ВАЗОСПАСТИЧЕСКАЯ СТЕНОКАРДИЯ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Фомина Н.В., Скрипко В.А.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Вазоспастическая стенокардия, также известная как стенокардия Принцметала, отмечается у 2-3% пациентов с ИБС, причем чаще всего ее диагностируют у мужчин. Ключевым механизмом ее развития является продолжительный спазм коронарных сосудов в разных участках коронарного кровотока, который вызван эндотелиальной дисфункцией.

Описание случая. Пациент Е, 73 года болен с 2009 г., когда впервые отметил давящую боль в области грудины, суетливость, чувство страха. Приступ начался в покое в 4:30 утра, эффекта от нитроглицерина не было. Вызвана БСМП и проведена запись ЭКГ, которая не выявила специфических изменений. Позже приступ повторился еще дважды в течении 2-х часов в покое, после чего пациента госпитализировали в кардиоцентр г. Кемерово для проведения коронароангиографии (КАГ), где атеросклеротического поражения и стенозов сосудов не выявлено. Выставлен диагноз: «ИБС. Вазоспастическая стенокардия», рекомендовано применение нитроглицерина для купирования приступов. Приступы возникали несколько раз в месяц на фоне физического и эмоционального покоя, сопровождались паническими атаками, были назначены антидепрессанты. В последующем неоднократно проводились КАГ, где также не отмечалось никаких изменений. При записи ЭКГ во время приступа пульс в пределах 100-120 ударов в минуту, регистрировалась элевация сегмента ST, которая исчезала при стихании симптомов через 15-20 минут, наблюдалось снижение SpO2 до 89% по данным пульсоксиметрии. За последние полгода произошло 44 болевых приступа, возникающих в утренние и вечерние часы в покое, каждый из которых сопровождался разрывающими болями за грудиной, иррадиирующими в левую часть нижней челюсти, удушьем, чувством сердцебиения, гипергидрозом, суетливостью, чувством страха. Иногда наблюдались серии приступов в течение дня, наблюдались в покое длительностью более 20 минут. Физическую нагрузку переносит хорошо. При ходьбе по ровной поверхности проходит около 750 м без остановки, отмечает умеренную одышку и сердцебиение. При возникновении приступа применяет спрей нитроглицерина, стихание болевого синдрома в течение 20 минут. В дополнении к нитроглицерину в виде спрея назначены блокаторы кальциевых каналов (амлодипин 7,5 мг в сутки) для постоянного приема, приступы болей стали реже.

Заключение.

Диагноз выставлен с учетом клинической картины, отсутствия атеросклероза и стенозов по данным КАГ. Приступы сопровождаются повышением сегмента ST на электрокардиограмме и купируются после приема нитроглицерина через 20 минут.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП С5 В ГРУППЕ С САРКОПЕНИЕЙ

Фомина Н.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Согласно современным исследованиям исследования низкий уровень качества жизни (КЖ) у пациентов с ХБП связывают с саркопеней.
Цель исследования. Оценить КЖ пациентов с ХБП С5, получающих лечение хроническим гемодиализом (ХГД) в группах с саркопений и без саркопении.
Материалы и методы. Обследовано 182 пациента с ХБП С5, получающих лечение ХГД. Диагностика саркопении выполнялась с использованием критериев EWGSOP2.
КЖ у больных на ХГД оценивалось с помощью российской версии опросника Kidney Disease Quality of Life Short Form, v. 1.3 (KDQOL-SF™) и Sarcopeni-Quality of Life (SarQol).
Исходя из проведенной биоимпендасометрии (БИМ) по данным индекса аппендикулярной массы скелетных мышц (IASM, для мужчин ≤20 кг, для женщин ≤15 кг) пациенты были разделены на две группы: n=56 (30%) с саркопенией и n=126 (70%) без саркопении.
Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы «Statistica 10».
Результаты. Подгрупповой анализ компонентного состава тела показал, что у пациентов с ХБП С5 и саркопенией медиана уровня аппендикулярной массы скелетной мускулатуры (ASM 14,6 [13,7; 16,4] кг и 27,1 [22,4; 32,5] кг.
Выводы.
Саркопения влияет на КЖ пациентов с ХБП С5. Установлено, что КЖ у пациентов с саркопений, получающих лечение ХГД, достоверно снижено по сравнению с лицами без саркопении.

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХБП С5 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САРКОПЕНИИ

Фомина Н.В., Уткина Е.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Кемерово, Россия

Актуальность. Саркопения и когнитивные нарушения (КН) часто встречаются у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) С5, находящихся на хроническом гемодиализе (ХГД). Распространенность КН в данной группе составляет 75-90%, затрагивая все когнитивные сферы.
Цель исследования. Исследовать когнитивный статус пациентов с ХБП С5, находящихся на (ХГД), в зависимости от наличия саркопении.
Материалы и методы. Были обследованы 182 пациентов из них 103 (57%) женщины и 79 (43%) мужчин. Для исследования когнитивных функций использовали краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE) и программно-аппаратный комплекс Status PF для персонального компьютера типа IBM, разработанный на базе Кемеровского государственного университета. Изучались показатели памяти и внимания. У 1 пациента с ХБП С5 результат MMSE составил 24-27 (преддементивные КН), в связи с чем, он был исключен из дальнейшего обследования. Саркопения была диагностирована у 56 пациентов (44 женщины и 12 мужчин) согласно диагностическим критериям (мышечная масса, мышечная сила, мышечная функция (физическая работоспособность), предложенными EWGSOP2. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».
Результаты. В группе пациентов с ХБП С5 и саркопений (n=56) снижение объема внимания выявляли у 55 (98,2%); снижение памяти: числа — у 49 (87,5%), слоги — 55 (98,2%) и слова у 44 пациентов (78,6%). Полученные результаты исследования показывают, что в сравниваемых группах не наблюдалось статистических различий в отношении запоминания количества чисел (4 [3; 5] vs. 4 [4; 5], соответственно, p=0,2939), запоминания количества слогов (3 [2; 4] vs. 3 [2; 4], соответственно, p=0,4285), запоминания количества слов (4 [4; 6] vs. 5 [4; 5], соответственно, p=0,9143) и объема внимания (3 [2; 4] vs. 3 [3; 4], соответственно, p=0,4021).
Выводы.
У пациентов с терминальной стадией ХБП, получающих лечение ХГД, есть когнитивный дефицит. При этом в настоящем исследовании группы с саркопенией и без нее не различались по показателям показатели памяти и внимания.

РАСЧЕТ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РИСКОВ У КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО ХОБЛ

Фомина Е.И., Саморукова Е.И., Ахмедярова Л.Б., Саможенова П.С.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Для расчета периоперационных рисков у коморбидного пациента с ХОБЛ используются клинические шкалы и оценка функциональных показателей в сочетании с анализом сопутствующих заболеваний, таких как сердечно-сосудистые патологии. Комплексная оценка позволяет определить степень риска и разработать индивидуальный план ведения пациента.

Описание случая. Пациент Р., мужчина 77 лет поступил в Больницу Центросоюза РФ г. Москвы для проведения простатэктомии. Страдает хронической обструктивной болезнью легких, бронхитический фенотип, легкие функциональные нарушения (GOLD 1), низкий уровень симптомов (CAT 8, mMRC 2), редкие обострения, ДН 0. Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Хроническая сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ 46%), 2 стадия, ФК 2. Гипертоническая болезнь 3 стадия, контролируемая АГ, очень высокий риск ССО. Хроническая болезнь почек С3А. Сахарный диабет 2 типа, цель HbA1C менее 7,5%, цель достигнута. Ожирение 2 степени. Синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна тяжелой степени, выраженная ночная гипоксемия. Доброкачественная гиперплазия простаты. Хронический простатит. Желчнокаменная болезнь. Варикозная болезнь нижних конечностей. Спирометрия: ОФВ1=86% = 1.96л; ЖЕЛ = 126% = 3.56 л — низкие риски периоперационных осложнений со стороны дыхательной системы. ЭхоКГ: гипокинез среднего и базального сегментов передней стенки, снижение ФВ ЛЖ 46.6%. Проведена оценка рисков периоперационных осложнений и летальности по стандартным анестезиологическим шкалам: средние риски. RCRI: 2 балл — 10.1% (8.1-12.6%) — риск большого кардиального события; NSQIP MICA (Шкала Gupta): 0.28%. 51-й — 90-й перцентиль, риск выше среднего; DASI (Duke Activity Status Index): VO2max, мл/кг/мин — 16.6, MET — 4.73; ACS NSQIP: риск серьезных осложнений — 5.3%, риск других осложнений — 5.8%, риск послеоперационной пневмонии — 0,2%, риск смерти — 0,1%; POSSUM: вероятность осложнений — 36,82%, прогнозируемая смертность — 6,66%; ARISCAT: риск внутрибольничных послеоперационных легочных осложнений — 13,3% — низкий риск; риск послеоперационной дыхательной недостаточности Гупты (риск ИВЛ в течение > 48 часов после операции или незапланированной интубации ≤30 дней после операции): 3,2%; риск послеоперационной пневмонии Гупты: 2,1%. По результатам теста 6-минутной ходьбы пациент показал низкую толерантность к физической нагрузке (прошел 114% от должных величин — 360 м), Ср ЧСС=115,1 уд/мин, макс ЧСС=139 уд/мин, SpO2 исходно=95,4%, SpO2 макс=96%, SpO2 мин=91%, SpO2 Ср=93,7% плохой функциональный статус: VO2max = 12,02 мл/кг/мин, MET = 3,44 (< 4 MET — плохой функциональный статус). Пациент не допущен к оперативному вмешательству, рекомендовано консервативное лечение, CPAP-терапия апноэ сна.

Заключение.

Коморбидным пациентам с ХОБЛ необходимо оценивать функциональный статус с расчетом VO2max, MET для оценки периоперационных рисков, нельзя полагаться только на результаты спирометрии. У коморбидных пациентов с ХОБЛ стандартные анестезиологические шкалы не дают точной оценки периоперационных рисков.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ОЦЕНКА САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Хайрулин Р.И., Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н., Абдулганиева Д.И.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. УЗИ и биоимпедансметрия (БИМ) — доступные и сравнительно простые методы оценки саркопении у пациентов с циррозом печени (ЦП).
Цель исследования. Оценить мышечную массу пациентов с ЦП с помощью ультразвукового (УЗ) исследования и БИМ.
Материалы и методы. Включено 26 пациентов с ЦП: 11 (43%) мужчин, класс В по Чайлд-Пью — 10, класс С — 16. Средний возраст — 50,38±10,25 лет. Оценивались толщина двуглавой мышцы доминантной (ТДМД) и субдоминантной (ТДМС) руки, толщина четырехглавой мышцы левого (ТЧМЛБ) и правого бедра (ТЧМПБ) с помощью УЗ-аппарата (Sonoscape S2N линейным датчиком), нормы — Arts et al., 2010; величина фазового угла (ФУ), индекс скелетно-мышечной массы (ИСММ), скелетно-мышечная масса (СММ) по БИМ. Проведена динамометрия (результаты оценивались в соответствие с половозрастной нормой).
Результаты. По данным УЗИ было выявлено снижение толщины мышц: ТДМД — 84,6% (n=22), ТДМС — 84,6% (n=22), ТЧМЛБ и ТЧМПБ — 100%. По данным БИМ: ФУ — норма у 15,4% (n=4), снижен у 57,7%(n=15), существенно снижен у 26,9%(n=7); ИСММ — снижен у 42,3% (n=11); СММ — снижен у 30,8% (n=8). Снижение силы сжатия по данным динамометрии наблюдалось у 53,8% (n=14) для обеих рук. Средняя УЗ толщина мышц: ТДМД — 21,98±3,66 мм, ТДМС — 21,55 [19,45; 24,75] мм, ТЧМЛБ — 27,80 [26,40; 31,75] мм, ТЧМПБ — 27,50 [26,40; 30,88] мм. Средние значения по данным БИМ: ФУ — 4,70 [4,37;5,06], ИСММ — 8,80±1,17, СММ — 27,45 [25,45; 29,38]. Средние значения силы по данным динамометрии, на субдоминантной — 23,19±5,78 и доминантной руке — 24,00 [18,00; 28,00]. По данным УЗИ, все пациенты были разделены на две группы с нормальной и сниженной толщиной мышц. Сравнение групп выявило статистически значимые различия в толщине мышц (мм): ТДМД: 26,32±0,54vs21,20±3,42, p<0,001; ТДМС: 27,15 [26,12; 27,80]vs21,00 [19,10; 22,25], p=0,013; ТЧМЛБ: 33,50 [30,88; 37,15]vs27,50 [26,10; 30,45], p=0,036; ТЧМПБ: 34,10 [30,75; 38,53]vs26,90 [26,32; 30,02], p=0,033. По результатам БИМ (ФУ, ИСММ, СММ) и динамометрии статистически значимых различий между группами не было.
Выводы.
УЗИ выявило высокую частоту снижения толщины мышц у пациентов с ЦП (84,6% на двуглавой мышце руки, 100% на четырехглавой мышце бедра). Сравнение групп выявило статистически значимые различия в УЗ-толщине мышц, в то время как показатели БИМ и динамометрии не показали значимых различий между группами.

ИНТУИЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ — ВОЗМОЖНА ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ?

Хардикова Е.М., Степченко М.А.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. В повседневной рутинной работе врач-терапевт, как и любой другой специалист, должен опираться на клинические рекомендации. В настоящее время это аксиома. Но как быть, если ты понимаешь, что перед тобой — пациент, но никаких прямых доказательств, то есть хотя бы каких-либо диагностических критериев, даже малых у врача на приеме нет.
Описание случая. Пациент М., 1977 г. рождения обратился за медицинской помощью к гематологу по направлению врача-терапевта после прохождения медицинской комиссии в связи с переменой места работы. Жалоб на момент осмотра пациент не предъявлял. При объективном обследовании изменений со стороны внутренних органов обнаружено не было. В анализе крови были выявлены следующие изменения: гемоглобин — 147 г/л, эритр. — 4,47х1012/л, MCV — 98.2 фл., MCH — 32.9 пг, гематокрит — 43,9%, тромб. — 130х109/л, лейк. — 5,59х109/л, миел. — 5%, метам. — 1%, n — 11%, с — 50%, э — 1%, б — 0%, мон. — 2%, лимф. — 30%, СОЭ — 11 мм/час. Убедительных критериев конкретного заболевания кроветворной системы зарегистрировано не было, однако отклонения от референсных значений есть. Бластных клеток в анализе периферической крови не обнаружено. Принято решение о направлении пациента в гематологическое отделение областной больницы с целью уточнения диагноза. В гематологическом отделении в анализе крови (с подсчетом по мазку): гемоглобин — 140 г/л, эритр. — 4,1х1012/л, ЦП — 1.0; рет. — 8‰, тромб. — 120х109/л, лейк. — 3,9х109/л, бластные клетки — 3%, n — 4%, с — 24%, э — 1%, б — 0%, мон. — 7%, лимф. — 61%, СОЭ — 22 мм/час. В пунктате костного мозга: бластные клетки — 29,8%, лимф. — 8,2%, мон. — 0,8%; красный росток — 20,6%. Количество мегакариоцитов в препарате снижено. Цитохимическое исследование: гликоген положительный в диффузной форме в 95% бластных клетках, липиды — положительная реакция. Таким образом, установлен диагноз острого лейкоза (диагностический критерий — наличие 20% и более бластных клеток).
Заключение.
Диагноз острого лейкоза не представляет трудностей в случае обнаружения в периферической крови бластных клеток. В данном случае изменения в анализе крови стали показанием для направления пациента в гематологический стационар для морфологического подтверждения или исключения заболевания крови. Врачебная интуиция, четкое выполнение клинических рекомендаций, а также правильный подход к маршрутизации пациента позволили верифицировать диагноз и своевременно приступить к лечению.

МЕСТО ТРЕПАНОБИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ

Хардикова Е.М., Мотузова В.В., Никулочкина В.А., Степченко М.А.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. Истинная полицитемия (ИП) относительно вялотекущее, хроническое миелопролиферативное заболевание, принадлежащее к группе редких генетических заболеваний. Развивается в результате предшествующих миелопоэзу клеточных поражений. Данная патология, не смотря на наличие подтвержденных данных о заболевании людей в молодом возрасте, все же более характерна для лиц возрастного диапазона 60-75 лет. Ежегодная заболеваемость ИП во всем мире колеблется от 0,4 до 2,8 на 100 000 населения. В молодом возрасте данное заболевание регистрируется с частотой 2:1000000 случая в год. Одним из основных факторов подтверждения истинной полицитемии является мутация гена JAK2 V617F в экзоне 14, выявляющееся примерно у 97% больных, однако морфологическое обоснование диагноза сохраняет актуальность.

Описание случая. Пациент М., 1998 г. рождения, в феврале 2025 г. обратился за медицинской помощью к гематологу с целью решения вопроса о назначении лечения с применением сеансов эритроцитафереза для улучшения реологических свойств крови. Из анамнеза известно, что во время прохождения планового профосмотра в январе 2023 г. в анализе крови выявлено повышение уровня гемоглобина до 184 г/л и эритроцитов до 6,2х1012/л. В условиях гематологического стационара (г. Москвы), с целью уточнения клинического диагноза 31.03.2023 г. было проведено молекулярно-генетического исследование, по результатам которого мутаций V617F в 14 экзоне гена JAK2, делеций в 12 экзоне гена, мутаций в гене Mpl-1, приводящих к заменам в 515 положении белка Mpl, а также мутаций в 9 экзоне гена CALR обнаружено не было. Однако, по результатам исследования трепанобиоптата костного мозга наблюдали следующую гистологическую картину: эритроидный росток раздражен, представлен зрелыми формами и небольшим количеством промежуточных форм, гранулоцитарный росток раздражен, количество мегакариоцитов увеличено до 12 в поле зрения. На основании вышепредставленных данных диагностировали ИП, что позволило назначить таргентную терапию.

Заключение.
Диагноз истинной полицитемии установлен у пациента в молодом возрасте (27 лет) по данным трепанобиопсии без наличия генетических мутаций.

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

Ховаева Я.Б., Панькова А.И., Ермачкова Л.В.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Снижение массы тела может существенно улучшить респираторные показатели пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и ожирением. Однако недостаточно данных о влиянии избыточной массы тела и ожирения на прогноз у пациентов с ХОБЛ.
Цель исследования. Оценить отдаленные исходы у пациентов с ХОБЛ в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).
Материалы и методы. В проспективное исследование с декабря 2015 г. было включено 102 пациента (средний возраст 63,89±9,53 года, 82 мужчины) с диагнозом ХОБЛ, установленным как минимум в течение 1 года до включения в исследование, в возрасте от 40 до 80 лет, давших информированное согласие на участие в исследовании. Пациенты были разделены по ИМТ на 3 группы: с нормальным ИМТ (48 человек), с избыточной массой тела (24 чел) и с ожирением (30 чел). Группы не различались по полу и возрасту и степени тяжести ХОБЛ. Всем пациентам проводилось обследование в соответствие с российскими клиническими рекомендациями по ведению пациентов с ХОБЛ, а также исследование натощак сывороточного уровня лептина («Leptin ELISA», Diagnostics Biochem Canada Inc., Канада). Медиана наблюдения составила 100,0±27,5 месяцев. На втором этапе исследования оценивали отдаленные исходы у обследованных пациентов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета Statistica 12.0.
Результаты. Среднее число госпитализаций за период наблюдения в группах пациентов с ХОБЛ с разным ИМТ не отличалось (p=0,269-0,956). Общее количество летальных случаев среди больных ХОБЛ за период наблюдения составило 37 (36,3%). Анализ выживаемости не выявил различий в зависимости от ИМТ. Проведенный логистический регрессионный анализ показал, что частота сердечных сокращений (ЧСС)>78 ударов в минуту в покое (чувствительность 62,9%, специфичность 75,0%), частота дыхательных движений (ЧДД)>18 в минуту в покое (чувствительность 37,1%, специфичность 91,7%) и уровень лептина менее 9,4 нг/мл (чувствительность 66,7%, специфичность 70,9%) являются значимыми предикторами летальности при ХОБЛ (p=0,0107, p=0,0055 и p=0,0096 соответственно).
Выводы.
Таким образом, отдаленные исходы у больных ХОБЛ согласно ИМТ за период наблюдения показали, что у них статистически не различалось среднее число госпитализаций, число летальных случаев. Повышение ЧСС и ЧДД в покое являлись предикторами смертности, тогда как высокий уровень лептина, напротив, ассоциировался с лучшей выживаемостью.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИПИНГОВОГО ПИТАНИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА

Хохлов М.П.
ФГБОУ ВО «УлГУ», г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Несмотря на значительные достижения современного лечения бронхиальной астмы (БА), сохраняется ряд нерешенных вопросов, связанных, прежде всего, с ятрогенными нежелательными явлениями и рефрактерность к проводимому фармакологическому лечению. Одним из потенциальных вариантов решения этих проблем является применение новых немедикаментозных методов лечения. К таким методам относится сипинговое питание (СП).

Цель исследования. Оценка эффективности СП в лечении обострения БА с преобладанием аллергического компонента.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов с обострением аллергической БА. Во всех случаях обострения БА были легкими или средней степени тяжести. Пациенты распределены в группы 1 и 2 (по 20 человек). Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение обострения БА (короткодействующие бета-2-агонисты, антихолинергические препараты, ингаляционные и системные глюкокортикостероиды). Пациенты группы 1 дополнительно получили курс СП, состоящий из 5 приемов 200 мл высокобелковой гиперкалорической смеси, принимаемой пациентами маленькими глотками в течении часа; пациенты группы 2 получали только стандартное медикаментозное лечение. Дизайн исследования предполагал 2 контрольные точки (КТ): КТ №1 — исходно, КТ№2 — окончание курса СП в группе 1, через 5 дней в группе 2. На всех КТ проводили спирографию.

Результаты. В КТ №2 в группе 1 зарегистрированы более высокие приросты ОФВ1 и ФЖЕЛ по сравнению с группой 3. Прирост ОФВ1 в группе 1 — 7,4±1,2%, в группе 2 — 2,8±0,5%. Прирост ФЖЕЛ ОФВ1 в группе 1 — 3,3±0,6%, в группе 2 — 1,4±0,5%. При анализе данных было замечено, что у пациентов с высоким уровнем общего иммуноглобулина Е (Ig E) применение СП сопровождалось более значимым улучшением бронхиальной проходимости. После курса СП в группе I среди пациентов с исходным уровнем IgE ≤ 500 МЕ/л прирост ОФВ1 составил 5 (3; 6,5)%, а у пациентов с IgE>500 МЕ/л — 11 (8; 14)%.

Выводы.

Включение СП в комплексное лечение обострение БА с преобладанием аллергического компонента способствует дополнительному увеличению бронхиальной проходимости. Применение СП в лечении обострения БА с преобладанием аллергического компонента у пациентов с исходным уровнем общего IgE>500 МЕ/л сопряжено с наибольшим приростом ОФВ1, по сравнению с пациентами, у которых уровень общего IgE≤500 МЕ/л.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Хромцова О.М., Фоминых М.И., Дорохина К.Р.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ИМ) может осложниться венозной тромбоэмболией на любом этапе лечения, что требует обязательной клинической настороженности в аспекте развития тромбоэмболического синдрома.
Описание случая. Пациентка 53 лет доставлена реанимационной бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в городской кардиологический центр с применением чрескожных коронарных вмешательств с диагнозом «Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST». Жалобы на момент приезда бригады СМП не предъявляла ввиду нарушения сознания. Догоспитально течение ОКС было осложнено клинической смертью, фибрилляцией желудочков, проводились реанимационные мероприятия — электрическая дефибрилляция сердца, искусственная вентиляция легких и введение адреналина, восстановлена стабильная гемодинамика и ритм в синусовую брадикардию. Проведена коронароангиография, получены острая окклюзия передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), проведены тромбоаспирация и стентирование ПМЖА двумя голометаллическими стентами с лекарственным покрытием в среднем и дистальном сегменте. В реанимационном отделении лечение в течение 4 суток, экстубирована на вторые сутки. Клинический диагноз уточнен — первичный острый ИМ с подъемом сегмента ST передней стенки левого желудочка. Собрать анамнез заболевания после восстановления сознания не удалось ввиду ретроградной амнезии из-за постгипоксической энцефалопатии. До эпизода ИМ жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы не предъявляла. Наследственный анамнез отягощен — у матери ишемический инсульт фатально в 53 года. Лабораторно отмечено повышение уровня тропонина выше 2,0 нг/мл, АЛТ 158 ЕД/л и АСТ 247 ЕД/л, общего холестерина 5,84 ммоль/л, ЛПНП 3,66 ммоль/л, глюкозы 6,2 ммоль/л. Эхокардиография (ЭхоКГ) в первые сутки лечения — снижение фракции выброса до 46%.
На электрокардиограмме при поступлении синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 85 в минуту, элевация ST I. aVL, V1-6, патологический Q V 1-2. На 5 сутки лечения пациентка начала предъявлять жалобы на боль в левой половине грудной клетки при дыхании, усиление одышки при минимальных физических нагрузках, повышение температуры тела до 38 градусов. ЭхоКГ повторно — аневризма и тромб в левом желудочке, легочная гипертензия 46 мм.рт.ст. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей — данных за тромбоз не получено. Компьютерная томография органов грудной клетки — тромбоэмболии нижнедолевой легочной артерии справа и ее ветвей. Лабораторно повышение С-реактивного белка до 103,9 мг/л. Лечение антикоагулянтами, антиагрегантами, антиангинальная, гиполипидемическая, антибактериальная терапия с положительной динамикой. Пациентка выписана на амбулаторное лечение со стабильной гемодинамикой, без ангинозных приступов.
Заключение.
Сочетание острых жизнеугрожающих состояний в кардиологии является наиболее сложным для диагностики и лечения, требует немедленных реанимационных действий и комплексной диагностики.

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хусаинова Р.И., Тюрин А.В.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Наследственные (моногенные) заболевания развиваются при возникновении мутации в структуре определенного гена и передаются в соответствии с типом наследования. Большинство данных патологий имеет несколько вариантов классификации и критериев диагностики, которые на сегодняшний день включают и молекулярно-генетические методы. Генетическая диагностика стала значительно более доступна, но, тем не менее, сохраняются вопросы интеграции результатов в клиническую практику.
Цель исследования. Осветить вопросы возможностей и ограничений генетической диагностики наследственных заболеваний на примере синдрома Элерса-Данло (СЭД) и несовершенного остеогенеза (НО).
Материалы и методы. В исследование включены 64 пациента с несовершенным остеогенезом (24,6±15,56 лет) и 43 пациента с синдромом Элерса-Данло (28,6±7,44 лет). Для определения изменений нуклеотидной последовательности использовалось массовое параллельное секвенирование (NGS), которое проводилось с использованием таргетных панелей.
Результаты. У пациентов с НО мутации были обнаружены в 33 неродственных семьях. Выявлено 16 патогенных изменений в гене COL1A1, 11 патогенных мутаций в гене COL1A2, по одной мутации в генах P3H1 и IFITM5. 55,2% (16/29) выявленных мутаций приходится на ген COL1A1, 37,9% (11/29) — на ген COL1A2 и по 3,45% (1/29) на гены IFITM5 и P3H1. Структурные изменения в генах, характерные для других заболеваний, были выявлены у 13,20% (7/53) пациентов, а отсутствие изменений — у 24,5% (13/53) пациентов. Обнаружено 11 ранее не описанных патогенных изменений: 3 в гене COL1A1, 7 в COL1A2 и 1 мутация в гене P3H1. Мутации, ответственные за развитие СЭД, обнаружены в 8 неродственных семьях. Выявлено пять изменений нуклеотидной последовтельности в гене COL5A1 и три — в гене COL5A2. Среди пациентов с выявленными мутациями в 4 семьях выявлен аутосомно-доминантный тип наследования, в 4 случае тип наследования установить не удалось. Обнаружены патогенные варианты (c.212delC, (p.Pro71ArgfsTer33) и c.4135C>T (p.Pro1379Ser) в гене COL5A1, ранее не описанные в литературе.
Выводы.
Таким образом, процент успешного выявления молекулярного дефекта отличается при диагностике различной патологии. Необходимо проведение референсных исследований — в первую очередь, экзомного секвенирования, для выявления генов, отвечающих за основную массу молекулярных дефектов и поиск «мажорных» мутаций.

МИКСОМА СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА: КАК РАСПОЗНАТЬ И ЧТО ДЕЛАТЬ?

Целикова Л.Р., Руденко И.Б.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Миксома — наиболее часто встречающаяся первичная доброкачественная опухоль сердца (в 70% всех случаев), берущая начало из субэндокардиальных мультипотентных клеток с ангиобластной пролиферацией. Диагностика миксом бесспорна, благодаря методам эхокардиографии (ЭхоКГ), КТ, МРТ, гистологического исследования. Единственный подход к лечению миксомы — хирургическое удаление новообразования. Общий опыт радикального лечения миксом небольшой, поэтому целью данной работы явилось представление клинического случая и определение лечебной тактики. В работе практикующего врача всегда должна быть настороженность в отношении данной патологии.
Описание случая. Пациентка Б., 66 лет, находилась на стационарном лечении в кардиологическом отделении «ГАУЗ РТ БСМП» г. Набережные Челны в июне 2024 г. Поступила с жалобами на сердцебиение, кардиалгию, одышку при ходьбе на расстояние 50 метров, потерю веса на 15 кг за последние 3 года, боли в коленных суставах (К/С) по ВАШ 6 баллов. Из анамнеза известно: пенсионерка, стаж строителем-сметчиком 35 лет. Сердцебиение и одышка в течение 5 лет, боли в суставах — на протяжении последнего года. С 2021 года выставлен диагноз железодефицитной анемии (ЖДА) 1 степени, в связи с чем неоднократно получала лечение. Объективно при поступлении: бледность кожных покровов, дефигурация К/С. Тоны сердца приглушены, аритмичны, учащены. АД 100/70 мм.рт.ст. В анализах крови: снижение уровня гемоглобина до 98 г/л, увеличение СОЭ до 46 мм/ч. Ретгенограмма К/С подтвердила остеоартрит. По ЭКГ: трепетание предсердий, ЧСС 127 уд/мин. Чрезпищеводная ЭхоКГ: в биковальной позиции устье, начальный отдел верхней полой вены окклюзированы гетероэхогенным образованием с четкими ровными контурами, распространяющимся в полость правого предсердия. Размер=5,5 х 4,4 см. По результату обследования выставлен окончательный диагноз: Миксома правого предсердия. Трепетание предсердий. ХСН 2 Б, ФК3. Анемия 1 степени. Остеоартрит коленных суставов. Назначена медикаментозная терапия: аспирин кардио 100 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут, сорбифер дурулес 2т/сут. По решению врачебного консилиума проведено успешное хирургическое удаление миксомы. При гистологическом исследовании: миксома с массивными очагами некроза и кровоизлияний. Повторная ЭхоКГ без патологии. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.
Заключение.
У пациентов с кардиалгией, прогрессирующей одышкой, нарушением ритма сердца, анемией и синдромом ускоренного СОЭ — всегда проводить комплексное обследование на исключение опухолевидного образования в сердце. Знать о том, что при постановке диагноза «миксома» — безотлагательность хирургической операции обусловлена неблагоприятным прогнозом заболевания и риском летального исхода.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СРЕДИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАЛИЧИИ САРКОПЕНИИ И САРКОПЕНИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ

Чемес Д.В., Тюльтяева Л.А., Сергеева В.А.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

Актуальность. Нарушения в психоэмоциональной сфере часто сопровождают гериатрические синдромы. Главной задачей современной гериатрии является улучшение качества и увеличение продолжительности жизни человека, которую невозможно реализовать без психического здоровья и психологического благополучия пожилого человека.
Цель исследования. Изучить частоту встречаемости депрессии, нарушений сна (НС), утомляемости, уровня одиночества среди гериатрических пациентов при наличии саркопении и саркопенического ожирения (СО).
Материалы и методы. Проведена оценка уровня депрессии, одиночества, утомляемости и НС у 71 пациента госпиталя Ветеранов воин Саратова. Оценка саркопенических синдромов (СС) проводилась по критериям EWGSOP от 2018 г. и ESPEN и EASO 2022 г. Депрессия оценивалась с помощью гериатрической шкалы оценки депрессии (GDS-15). Уровень одиночества — с помощью шкалы субъективного ощущения одиночества (UCLA Loneliness Scale). Утомляемость отмечалась при наборе 36 и более баллов по шкале FSS (Fatigue Severity Scale).
Результаты. Возраст пациентов составил 75,69±5,41 лет, преобладали женщины (77,46%). У 74,65% респондентов отмечены различные НС, у 60,56% — высокий и средний уровень одиночества. Клинически значимая утомляемость выявлена у 69,01%, повышенный уровень депрессии у 42,25% пациентов. Установлены прямые статистически значимые корреляции утомляемости и депрессии ($r=0,42$, $p<0,001$), одиночества и депрессии ($r=0,46$, $p<0,001$). После дообследования выделены 3 группы пациентов: с саркопенией (n=13), с СО (n=39) и контроль (без признаков саркопении) (n=19). Утомляемость была наиболее выражена у пациентов с саркопенией (56 (36,25; 62) балла) и СО (50 (37,75; 54,25) балла), $p=0,33$; по сравнению с контрольной группой (31 (27,5; 51,25) баллов), $p<0,05$. Наибольшее число пациентов с клинически значимой утомляемостью относились к группе СО (79,49%). В этой же группе получена умеренная прямая корреляция утомляемости и депрессии ($r=0,39$, $p=0,01$).
Выводы.
Высокая частота встречаемости психических нарушений у пациентов с СС обуславливает необходимость их своевременной диагностики и коррекции.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Черепанова В.В., Курышева М.А.
ГБУЗ НО ГКБ 33, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Антифосфолипидный синдром (АФС) занимает одно из первых мест в структуре причин тромбозов. Он характеризуется повторяющимися тромбозами венозного, артериального, микроциркуляторного русла, патологией беременности с потерей плода, часто сопровождается умеренной тромбоцитопенией, в присутствии антифосфолипидных антител (АФА). В клиническом случае разбирается развитие тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) как дебют АФС.

Описание случая. Больная Т., 1984 г. р. поступила в стационар с жалобами на одышку и сердцебиение при ходьбе на 300 метров, сухой кашель, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Два месяца назад по поводу замершей беременности, проводилось лечебно-диагностическое abrasion, после чего появились и нарастали вышеперечисленные жалобы. При объективном осмотре, регистрации ЭКГ патологических изменений не выявлено. Лабораторные анализы диагностировали: тромбоцитопению — 67×106 /л. Коагулограмма: фибриноген — 2,5 г/л, РФМК — 3,0, ПТИ — 93,0%, АЧТВ — 38,8, тромбиновое время — 14,0, ПВ — 13-18 сек, Д-димер — 500 мг/мл. МНО — 1,1, в динамике: 1,02-0,98 — 2,01-2,92-3,57. Эхокардиография: умеренная легочная гипертензия: систолическое ДЛА 43 мм рт ст. На КТ с контрастированием: массивная ТЭПЛА и нижнедолевых сегментарных ветвей справа, единичных сегментарных нижнедолевых ветвей слева. Инфаркт-пневмония в нижней доле справа и слева. Триплексное сканирование вен нижних конечностей: тромбоз подколенной вены. Учитывая анамнез, клинические проявления, наличие тромбозов, проведено обследование на АФС синдром: волчаночный антикоагулянт «+», антитела к β2ГП1гликопротеину IgG — 78,2, антитела к β2ГП1 к гликопротеину IgM — 1,26, антитела к кардиолипину IgM — 1,54, IgG — 53,3. Исключены другие системные ревматические заболевания. Диагноз: Тромбоэмболия легочной артерии, без формирования легочного сердца. Инфаркт-пневмония справа. ХСН I ФК (II ФК по NYHA). ДН I ст. Первичный антифосфолипидный синдром. Тромбоз глубоких вен правой голени, синдром потери плода, среднепозитивные антитела к кардиолипину и к бета-2 гликопротеину 1. Проведено лечение антикоагулянтами: фраксипарином с переводом на прием варфарина до целевого МНО 2-3; левофлоксацином; пентоксифиллином; лозартаном, верошпироном, карведилолом. Направлена к ревматологу для дальнейшего лечения (аспирин, плаквенил) и сосудистому хирургу.

Заключение.

Данный клинический случай рассматривает ТЭЛА как маску АФС. При развитии тромбозов в круг дифференциальной диагностики нужно включать обследование на АФС пациентов: антитела к кардиолипину IgG или IgM, антитела к b2-гликопротеину I IgG и/или IgM изотип, волчаночный антикоагулянт в плазме.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОПУХОЛЯХ СЕРДЦА

Чернова А.А.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Опухоли сердца часто выявляются при эхокардиографии, а для более точной характеристики используются КТ, МРТ или ПЭТ. Большинство опухолей сердца доброкачественные, среди которых наиболее распространенными являются миксомы. Злокачественные опухоли, такие как саркомы, встречаются реже, но могут быть более агрессивными. При доброкачественных опухолях, особенно миксомах, хирургическое удаление (резекция) может быть успешным, обеспечивая значительное улучшение состояния пациента. В некоторых случаях удаление может быть полным, что увеличивает шансы на выживание.

Цель исследования. Проанализировать дооперационный статус, интраоперационные характеристики опухоли и динамику клинических проявлений у пациентов, оперированных по поводу опухоли сердца.

Материалы и методы. В исследование вошли 54 пациента, которые были оперированы по поводу опухоли сердца с 2014 по 2020 гг. по клиническим данным, показателям лабораторных и инструментальных методов обследования до операции и в госпитальный период после операции, оценка размеров опухоли и ее гистологического исследования.

Результаты. Среди оперированных по поводу опухолей сердца преобладали женщины (74%). Среди сопутствующих заболеваний преобладали артериальная гипертензия — у 79,3% пациентов, хроническая болезнь почек — у 48,3%, ожирение — у 25,9%. Клиническими проявлениями заболевания перед операцией были: одышка — у 47 (81%) больных, сердцебиение и перебои в работе сердца — у 26 (44,8%), загрудинные боли — у 25 (43,1%), дискомфорт в области сердца — у 28 (49,1%), отеки — у 6 пациентов (10,3%). Преимущественной локализацией опухоли было левое предсердие (ЛП) в области овальной ямки (50%). По результатам гистологического исследования преобладает миксома — 38 случаев (86,4%). После операции уменьшилась частота фибрилляции предсердий с 8 случаев до операции до 6 после операции ($p=0,034$) и уменьшился размер ЛП на 0,6 мм (95% доверительный интервал 4,4-6,2 мм) ($p<0,001$).

Выводы.

По результатам анализа хирургического лечения опухолей сердца за 6-летний период выявлено, что новообразования сердца чаще встречаются у женщин (74,1%), средний возраст больных — 59,7 лет. Среди сопутствующих заболеваний преобладает артериальная гипертензия — 79,3%. При гистологическом исследовании преобладает миксома, которая была выявлена у 86,4% оперированных пациентов. Преимущественная локализация опухоли в ЛП в области овальной ямки у 50% больных. Хирургическое лечение новообразований выполнено с хорошим результатом, частота фибрилляции предсердий уменьшилась на 25%, по данным эхокардиографии размер ЛП уменьшился на 0,6 мм, послеоперационные осложнения и госпитальная смертность не зарегистрированы.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Чулков В.С., Гаврилова Е.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. В комплексной оценке здоровья студенческой молодежи важную роль играет анализ распространенности основных факторов риска (ФР) кардиометаболических заболеваний как предикторов формирования патологии в будущем.
Цель исследования. Провести сравнительный анализ распространенности основных ФР кардиометаболических заболеваний среди студентов 1 и 6 курса Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).
Материалы и методы. Проведено обследование 142 студентов 1 курса и 161 студента 6 курса ЮУГМУ. Поведенческие ФР оценивались по опроснику CINDI. Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле (кг/м²). Измерение артериального давления (АД) и диагностика артериальной гипертензии (АГ) проводилась согласно российским рекомендациям (2020). Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 и U-критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.
Результаты. Среди студентов 6 курса ЮУГМУ в сравнении первокурсниками достоверно выше распространенность пассивного курения (70,2% и 47,5% соотв., $p<0,05$), употребления алкоголя за последние 12 месяцев (85,7% и 61,3% соотв., $p<0,05$), в том числе в малых дозах (75,8% и 35,2% соотв., $p<0,05$); ниже частота встречаемости избыточного употребления алкоголя (1,2% и 3,5% соотв., $p<0,05$), сахара (13,7% и 32,4% соотв., $p<0,05$). В мужской популяции среди шестикурсников достоверно выше распространенность предожирения (41,5% и 14,7% соотв., $p<0,05$), абдоминального ожирения (7,3% и 2,9% соотв., $p<0,05$) и высокого нормального АД (19,5% и 2,9% соотв., $p<0,05$); ниже частота встречаемости дефицита массы тела (2,4% и 8,8% соотв., $p<0,05$). В женской популяции среди шестикурсников достоверно выше распространенность дефицита массы тела (16,7% и 14,8% соотв., $p<0,05$), избыточной массы тела (10% и 6,5% соотв., $p<0,05$), АО (5,8% и 4,7% соотв., $p<0,05$), высокого нормального АД (4,2% и 1,9% соотв., $p<0,05$).
Выводы.
1. Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении первокурсниками преобладает пассивное курение, употребление алкоголя за последние 12 месяцев, и ниже распространенность избыточного употребления алкоголя и сахара. 2. В мужской популяции среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении со студентами первого курса преобладает избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, достоверно ниже распространенность дефицита массы тела, АГ. 3. В женской популяции среди шестикурсников в сравнении с первокурсниками выше распространенность дефицита массы тела, избыточной массы тела, абдоминального ожирения.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОГО ОПРОСНИКА ЖАЛОБ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО СБОРА ДАННЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Чушинская М.М.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Жалоба — проявление заболевания, побуждающие пациента обратиться за медицинской помощью. Выявление большего количества жалоб — путь к более точной диагностике заболевания, что побуждает врачей использовать структурированный опрос пациентов. Не удивительно, что принимаются попытки вводить универсальные опросники жалоб в медицинскую практику по всему миру. Такой подход более актуален в поликлиническом звене, для диагностики хронических заболеваний, в стационарных условиях для оценки качества проведенного лечения, его эффективности, длительности ремиссии.
Цель исследования. Оценить возможность сбора и анализа жалоб с помощью универсальных опросников у пациентов гастроэнтерологического профиля и получить обратную связь для оценки восприятия пациентами опросников.
Материалы и методы. Реализовано исследование, с участием 186 человек молодого возраста (мужчин 36,56% и женщин 63,44%), прошедших анкетирование с применением универсального опросника жалоб гастроэнтерологического профиля, с использованием технологии CAWI. Анализ и синтез литературных источников по данной теме
Результаты. В нашем опроснике мы исследовали ретроспективно обращаемость за медицинской помощью, чаще всего это происходило при наличии следующих жалоб: желтуху (75%), тяжесть и боль в правом подреберье (60%). хроническую тошноту и (или) рвоту (43%), эпигастральный болевой синдром (42%), хроническую диарею (36%). Самой ранней жалобой является отвращение к определенной пище (11,95±5,24 лет), в 12-14 лет возникали жалобы со стороны верхнего отдела ЖКТ. Были выявлены статистически значимые различия по полу для жалоб на общую слабость, утомляемость и снижение работоспособности, эпигастральный болевой синдром, постпрандиальный дистресс-синдром и обстипацию с преобладанием у женщин. В исследуемой группе 50,54% исследуемых не обращались за медицинской помощью, консультированы врачом-гастроэнтерологом только 8%. Удовлетворенность опрошенных данным опросником была на уровне 86,1%, 11.6% пожелали бы предоставить развернутые ответы, что совпадает с множеством зарубежных публикаций, направленных на формирование индивидуального подхода к пациенту.
Выводы.
Учитывая прохождение опроса студентами медицинского ВУЗа, невозможно сделать выводы о понимании, однозначности опросников пациентами, в т.ч. трудно оценить возможности для широкого применения, необходимо исследовать более обширные группы пациентов. Таким образом введение универсальных опросников жалоб требует валидизации, а также получения обратной связи для оценки восприятия опросников пациентами, их удовлетворенность данным подходом. Большое значение имеет готовность пациента к проведению опроса в данном формате, все эти факторы приводят к большому количеству споров, касающихся введения электронных опросников в мировой практике.

ОПТИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОПЫТОК ФОРСИРОВАННОЙ СПИРОМЕТРИИ ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОГО РЕЗУЛЬТАТА

Чушкин М.И.
ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва, Россия

Актуальность. Для получения воспроизводимых результатов спирометрии необходимо выполнить не менее трех попыток с необходимым качеством исследования. Иногда, особенно при высокой нагрузке, оператор выполняет одну или две попытки форсированной спирометрии.
Цель исследования. Сравнение результатов первых двух попыток спирометрии с результатами всех попыток и определение оптимального количества попыток.
Материалы и методы. В исследование включено 233 пациента с хроническими заболеваниями легких (146 мужчин и 87 женщин) в возрасте от 21 до 80 лет (в среднем 49,8±14,1 лет), которым была выполнена спирометрия. Включены тесты минимум из 4-х маневров с классом качества А и В в соответствии рекомендациями Российского Респираторного общества (РРО) 2022 г. Определяли форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). В работе использовали должные величины (дв) Европейского общества угля и стали. В работу включены тесты минимум из 4-х маневров, в которых разница по ОФВ1 и ФЖЕЛ между двумя наибольшими попытками составляла не более 150 мл (класс качества А и В по рекомендациям ATS/ERS 2019 года).
Результаты. Максимальные значения ОФВ1 и ФЖЕЛ были получены после выполнения 3,8±1,53 маневров. Только в 51 случае (21,9%) лучший результат был получен после выполнения 1-го или 2-х маневров. Сравнение ФЖЕЛ в двух первых маневрах и во всех попытках теста показало, что итоговая величина ФЖЕЛ была значительно больше, разница составила 120±180 мл (две первые попытки 3,37±1,31 л против итоговой 3,49±1,61 л; $p<0,001$). В 41 случае (17,6%) разница была более 200 мл. ОФВ1 в двух первых маневрах также был значительно меньше, чем итоговая величина при проведении полноценного теста, хотя разница была не столь выражена и составила 52±100 мл (две первые попытки 2,04±0,89 л против 2,09±0,89 л; $p<0,001$). Только в 9 случаях (3,9%) разница оказалась более 200 мл. В нашем исследовании при сравнении первых двух попыток с общим результатом разницу более 10% от должных величин наблюдали в 7,29% случаев; а разницу более 5% от должных величин — в 19,3% случаев.
Выводы.
Качество спирометрии значительно зависит от числа выполняемых попыток. Наиболее оптимальное число попыток составляет четыре. Выполнение одной попытки является неприемлемым из-за большой ошибки. При выполнении двух маневров ошибка в измерении ОФВ1 меньше, однако ошибка в измерении ФЖЕЛ может быть значительной.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ: НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ И ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ

Чушкин М.И., Черных Н.А.
ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва, Россия

Актуальность. Использование клапанной бронхоблокации (КББ) у пациентов с деструктивным туберкулезом легких предназначено для создания искусственного ателектаза в зоне каверны для ее закрытия.
Цель исследования. Анализ влияния нарушений функции легких и других факторов на результат КББ.
Материалы и методы. 220 пациентов с деструктивным туберкулезом были включены в исследование (128 мужчин, 92 женщины; 33,7±9,9 лет) которым была выполнена КББ. У 151 (68,6%) пациента КББ была эффективной (закрытие полости).
Результаты. Факторами неэффективности КББ были обьем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) менее 75% должных величин (дв) (отношение шансов [ОШ] 5,34; 95% доверительный интервал [ДИ] 2,82-10,13; p<0.001); форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) менее 80% дв (ОШ 7,06; ДИ 3,73-13,37; p<0.001); наличие МЛУ/ШЛУ (ОШ 6,08; ДИ 2,72-13,59; p<0,001); двухсторонний туберкулезный процесс (ОШ 3,83; ДИ 2,01-7,30; < 0,001); наличие бактериовыделения (ОШ 2,46; ДИ 1,33-4,56; p=0,008); индекс массы тела (ИМТ) менее 21 кг/м^2 (ОШ 1,83; ДИ 1,01-3,3; p=0,045). Наличие сахарного диабета, возраста, пола, числа блокируемых сегментов и локализации блокируемого бронха не оказывали влияния на эффективность КББ по результатам данного исследования.
Выводы.
Снижение функции легких является одним из главных факторов неэффективности КББ у пациентов с туберкулезом легких. Другими факторами отсутствия эффекта от КББ могут быть наличие МЛУ/ШЛУ, распространенность процесса, наличие бактериовыделения и низкий ИМТ.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШЕЙ БАРИАТРИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ

Шаповалова А.Б.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Оценка кардиометаболического риска (КМР, CMDS — Cardiometabolic Disease Staging) имеет важное значение для определения лечебной тактики и прогноза трудоспособных пациентов молодого возраста, что необходимо для снижения риска сердечно-сосудистых событий и увеличения продолжительности жизни.
Описание случая. Пациентка С., 1981 г.р., обратилась к эндокринологу в 2020 г. с ожирением. Привычные интоксикации отрицает. В 2011 г. выявлен диффузный токсический зоб. Терапия пропицилом в течение 6 лет. 2018 г. — тиреоидэктомия. В период второй беременности (кесарево сечение в 2019 г. — 3350 г) — доза левотироксина — до 200 мкг в сутки, гестационный сахарный диабет (диетотерапия, инсулинотерапия). Май 2020 г. — лираглутид и флуоксетин, за 3 месяца вес снизился на 10 кг (до 97 кг). Ноябрь 2020 г. — COVID19, лираглутид отменен. Вес — 108 кг (ожирение 2 ст., ВОЗ). С мая 2021 г. — лираглутид, сибутрамин и метформин (нерегулярно). Август 2022 г. — ТТГ более 7 мкМЕ/мл, коррекция дозы левотироксина. На фоне диеты и физических нагрузок вес не снижался. Март 2023 г. — слабость, утомляемость, выпадение волос, сухость и шелушение кожи, сухость во рту. АД периодически до 150/90 мм рт.ст. ТТГ — 2,71 мкМЕ/мл, глюкоза — 6,3 ммоль/л. Дислипидемия (2а тип). СКФ в норме. Апрель 2023 г. — ОРВИ, ТТГ до 17 мкМЕ/мл, АД до 150/100 мм рт.ст. Левотироксин до 162,5 мкг в сутки. Глюкоза — 6,6 ммоль/л. Август 2023 г. — лапароскопическая продольная резекция желудка. В ноябре 2023 г. — 88 кг. АД — до 140/95 мм рт. ст. Назначена антигипертензивная терапия. К декабрю 2023 г. — 84 кг. ТТГ — 0,258 мкМЕ/мл, доза левотироксина — до 125 мкг в сутки, коррекция дефицитов витамина D, B12, железа. ЭКГ, ЭхоКГ без патологических изменений. Стеноз правой общей сонной артерии — 25%, правой внутренней сонной артерии (ПВСА) — 39%. Терапия: розувастатин 5 мг, антиагрегант, антигипертензивные препараты. Ноябрь 2024 г. вес — 69 кг, ИМТ — 23,05 кг/м кв. (нормальная масса тела, ВОЗ). Целевые уровни ТТГ, ферритина, витамина D, B12. Нормогликемия. Стеноз ПВСА 41%.
Заключение.
На фоне достижения стабильной нормальной массы тела после бариатрической операции у пациентки молодого возраста с компенсированным послеоперационным гипотиреозом через год остается необходимость постоянной комплексной терапии в связи с КМР 3 стадии (CMDS), прогрессирующим атеросклерозом, артериальной гипертензией.

ОЦЕНКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ ПОСТМЕНОПАУЗНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ

Шаповалова А.Б.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Постменопаузный остеопороз (ПМО) является тяжелым прогрессирующим заболеванием с высокой социальной значимостью. Особенно важно рассматривать развитие ПМО в сочетании с сердечно-сосудистой патологией и сахарным диабетом 2 типа в связи с возможностью начала своевременной комплексной терапии с целью снижения риска переломов и увеличения продолжительности жизни.
Цель исследования. Оценить показатели кардиометаболического риска (КМР) при впервые выявленном ПМО.
Материалы и методы. Обследовано 39 женщин с впервые выявленным ПМО (ср. возраст 64,35±5,09 лет). Выполнено комплексное обследование: липидограмма, показатели фосфорно-кальциевого обмена, углеводного обмена, креатинин, ТТГ, УЗИ щитовидной железы, остеоденситометрия (ОДМ). Оценка КМР по шкале CMDS (Cardiometabolic Disease Staging). Использованы современные методы вариационной статистики.
Результаты. Средний возраст на момент выявления ПМО — 63,03±4,85 лет. Средний возраст естественной менопаузы — 48,58±4,14 лет (n-34), хирургической — 45,0±1,41 лет (n-5). Менопаузальная гормональная терапия не проводилась ни в одном случае. Около половины обследуемых (46%) имели избыточный вес: 9 случаев — повышенное питание, 7 женщин — ожирение 1 степ., по одному случаю — 2 и 3 степ. (ВОЗ, 2003). Средние уровни максимального артериального давления составили 155/91±7,81 мм рт. ст. 62,85% обследуемых длительно страдали артериальной гипертензией (АГ). Среди них АГ 3 степени — в 50% случаев, АГ 1 степени — 34,2%, АГ 2 ст. — 15,8%. Сердечно-сосудистых событий (ССС) в анамнезе не было ни в одном случае. СКФ-80±9,7 мл/м кв. в мин. (CKD-EPI). Средний уровень глюкозы натощак — 5,41±0,55 ммоль/л, в трех случаях — нарушенная гликемия натощак. Средний уровень HbA1c — 5,54±0,23%. Средний уровень общего холестерина — 6,17±1,39, триглицериды — 1,01±0,38, ЛПНП — 3,9±1,3, ЛПВП — 1,74±1,26 ммоль/л. В 23% случаев выявлена дислипидемия, требующая медикаментозной коррекции. КМР по шкале CMDS стадия 1 — 25,6%, стадия 2 — 20,5%, стадия 3 — 12,8% случаев, стадия 4 — 2,6%. Метаболически здоровы — 38,5%.
Выводы.
1. При впервые выявленном ПМО у большинства обследуемых выявлен КМР 1-4 стадии (CMDS). 2. Во всех случаях впервые выявленного ПМО в сочетании с КМР 1-4 стадии показано постоянное наблюдение профильных специалистов с целью подбора и контроля безопасного комплексного лечения, направленного на снижение риска патологического перелома и ССС.

ИНДЕКС ТРИГЛИЦЕРИДЫ-ГЛЮКОЗА И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА И СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Шарафетдинов Х.Х., Пилипенко В.В., Плотникова О.А., Алексеева Р.И.
ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва, Россия

Актуальность. Инсулинорезистентность (ИР) является важнейшим метаболическим нарушением при сахарном диабете 2 типа (СД 2). Одним из косвенных методов оценки ИР является индекс триглицериды-глюкоза (ИТГ). В последнее время в научной литературе широко обсуждается роль витамина D в развитии и прогрессировании метаболических нарушений, в связи с чем мы исследовали взаимосвязь между ИТГ и уровнем витамина D у пациентов СД 2 с сопутствующим ожирением.
Цель исследования. Изучение взаимосвязи ИТГ и уровнем витамина D у пациентов СД 2 с сопутствующим ожирением.
Материалы и методы. В исследовании принимало участие 40 пациентов с СД 2. Средний возраст пациентов составил 62,8±1,28 лет, продолжительность заболевания — 8,5±0,89 лет. Индекс массы тела в среднем по группе составил 42,0±0,89 кг/м^2. Пациенты получали привычную схему сахароснижающей и гиполипидемической терапии. Биохимические показатели в сыворотке (уровень триглицеридов и глюкозы) определяли на биохимическом анализаторе «KONELAB Prime 60i» («Thermo Scientific», Финляндия). ИТГ рассчитывали по формуле на основе рутинных биохимических исследований: тощаковых уровней триглицеридов и глюкозы в сыворотке крови. Уровень витамина D [25-(OH) D] определяли иммуннохемилюминесцентным методом (Siemens для ADVIA Centaur). Пациенты не принимали препараты витамина D в течение последних 3 месяцев.
Результаты. Уровень глюкозы натощак в среднем по группе составил — 6,81±0,27 ммоль/л, триглицеридов — 1,93±0,13 ммоль/л, ИТГ — 9,13±0,09 мг/дл. Содержание витамина D в крови у обследованных пациентов находилось в пределах от 6,20 до 28,39 нг/мл, в среднем 16,86±1,60 нг/мл. У всех пациентов выявлена низкая обеспеченность витамином D: у 15% пациентов выявлен выраженный дефицит (< 10 нг/мл), у 57,5% пациентов — дефицит витамина D (10-20 нг/мл), у 27,5% пациентов — недостаточность витамина D (от 20 до 30 нг/мл). В исследовании не было выявлено значимой корреляционной взаимосвязи между ИТГ и уровнем витамина D у пациентов СД 2 с сопутствующим ожирением.
Выводы.
В исследовании не было отмечено значимой корреляционной зависимости между ИТГ и уровнем витамина D. Учитывая широкое распространение недостаточной обеспеченности витамином D у пациентов СД 2, необходимо продолжить исследования относительно участия витамина D в процессах передачи сигналов инсулина с целью снижения распространенности заболеваний, связанных с ИР.

ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОЙ ИНДЕКС И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЛИПИДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Алексеева Р.И., Пилипенко В.В.
ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Актуальность.
Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) отражает соотношение систолического артериального давления на голенях в области лодыжки и плечевых артериях. В настоящее время предложено использовать показатель ЛПИ для оценки атеросклеротического поражения нижних конечностей у пациентов сахарным диабетом (СД) 2 типа. Изучение взаимосвязей ЛПИ с другими показателями атеросклеротического поражения сосудов имеет неоценимое значение для пациентов СД 2 типа.
Цель исследования. Определение взаимосвязи ЛПИ с показателями липидного обмена у пациентов с СД 2 типа.
Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов с СД2 и сопутствующим ожирением. Средний возраст обследованных пациентов составил 58,3±0,82 года, продолжительность СД2 — 8,5±0,9 лет, индекс массы тела (ИМТ) — 39,8±0,25 кг/м^2. Средний уровень базальной гликемии составил 6,11±0,12 ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c) — 6,05±0,08%. Все пациенты по показаниям получали пероральную сахароснижающую и гиполипидемическую терапию. Уровень ЛПИ измеряли всем пациентам при помощи аппарата boso AbI-SYSTEM.
Результаты. Уровень общего холестерина (ХС) в среднем по группе составил 5,12±0,11 ммоль/л, ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) — 3,36±0,08 ммоль/л, ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) — 1,26±0,02 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) — 1,65±0,07 ммоль/л. ЛПИ у обследованных пациентов в среднем составил 1,06±1,01. Была выявлена значимая положительная корреляция между ЛПИ и уровнем ХС ЛПВП (r=0,23).
Выводы.
Выявленная корреляционная зависимость между ЛПИ и уровнем ХС ЛПВП у пациентов СД2 свидетельствуют о необходимости коррекции уровня ХС ЛПВП с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шарипов З.А., Петрова М.В., Файзиева Н.И., Ахмедова Д.Б., Шарипов Ш.А., Абдуллоев А.З.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Дыхательная недостаточность является частым осложнением острой декомпенсации сердечной недостаточности и ухудшает прогноз пациентов. Эффективность методов респираторной поддержки, включая высокопоточную оксигенацию (ВПО) и неинвазивную вентиляцию легких (НИВЛ), требует уточнения для оптимального выбора терапии.
Цель исследования. Оценить клинические эффекты ВПО у пациентов с дыхательной недостаточностью на фоне острой декомпенсации сердечной недостаточности.
Материалы и методы. В исследование включены 96 пациентов из 361 госпитализированного в отделении реанимации и интенсивной терапии для кардиологических больных Университетской клинической больницы имени Виноградова, филиал РУДН. Пациенты распределены на две группы: 48 получали ВПО, 48 — НИВЛ. Оценивались показатели газообмена (PaO_2, $PaCO_2$, SpO_2, PaO_2/FiO_2), гемодинамика (АД, ЧСС), переносимость терапии, потребность в эскалации респираторной поддержки, длительность пребывания, летальность и осложнения.
Результаты. Различия между группами по газообмену, гемодинамике, длительности пребывания, частоте эскалации терапии и осложнениям не достигли статистической значимости ($p>0,05$). Пациенты группы ВПО переносили терапию удовлетворительно, дискомфорт не выявлен по сравнению с НИВЛ. Результаты демонстрируют сопоставимые клинические показатели, однако ограниченная выборка снижает возможность подтверждения полной эквивалентности методов.
Выводы.
ВПО и НИВЛ оказывают сопоставимое влияние на клинические показатели у пациентов с дыхательной недостаточностью на фоне острой декомпенсации сердечной недостаточности. Учитывая хорошую переносимость, ВПО можно рассматривать наравне с НИВЛ как вариант респираторной поддержки с индивидуальным подходом к пациенту.

ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТА С ХОБЛ

Шван Л.Ю.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность. Актуальность проблемы внебольничных пневмоний у пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) объясняется высоким уровнем заболеваемости, риском тяжелого течения и неблагоприятного исхода. В последние годы отмечается увеличение частоты деструктивных форм заболевания. Несмотря на доступные методы диагностики и лечения, в том числе современные антибактериальные препараты, летальность у данной категории больных остается высокой, а лечение является сложным и дорогостоящим.

Описание случая. Пациент Г., 70 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, кашель с густой мокротой зеленого цвета, боли в правой половине грудной клетки при кашле, повышение температуры тела до 37,8С, выраженную общую слабость. Анамнез заболевания. Наблюдается у пульмонолога с диагнозом ХОБЛ, но поэтому поводу базисную терапию не получал, ситуационного пользовался бародуалом. В декабре 2022 г. перенес двустороннюю полисегментарную пневмонию, вызванную SARS CoV-2, при выписке на контрольном исследовании КТ органов грудной клетки выявлено очаговое образование в S3 правого легкого, обследован у фтизиатра и онколога данных на туберкулез легких и онкологический процесс не получено. В августе 2023 г. доставлен бригадой скорой помощи с явлениями дыхательной недостаточности, снижением сатурации до 88. Данные лабораторно инструментальных методов исследования. В общем анализе крови при поступлении отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формуле влево. В биохимическом анализе крови повышение СРБ до 315.50 мг/л, АСТ47 Ед/л, АЛТ 66.0 Ед/л, снижение уровня общего белка до 52 г/л. В общем анализе мокроты: цвет желтоватый, характер слизисто-гнойный, вязкая, лейкоциты 25-30 в п/зр.
При микробиологическом исследовании мокроты, смывных вод бронхов, полученных при бронхоскопии, отмечается рост Escherichia coli ESBL 106 КОЕ/мл. По данным КТ органов грудной клетки: правосторонняя полисегментарная пневмония с участками распада, очаговые изменения верхней доли левого легкого, правосторонний выпот, признаки легочной гипертензии, лимфаденопатия средостения. Бронхоскопия: диффузный двусторонний гнойный бронхит. Выставлен клинический диагноз: «деструктивная полисегментарная пневмония правого легкого, тяжелой степени тяжести вызванная Escherichia coli ESBL 106 КОЕ/мл, очаговое образование верхней доли левого легкого, ХОБЛ, бронхитический тип, с редкими обострениями, с выраженными клиническими проявлениями, группа В, обострение. Дыхательная недостаточность 2 степени. Правосторонний гидроторакс. Лимфаденопатия средостения». Пациенту было назначено комплексное лечение, основу которого составила этиотропная комбинированная антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибактериальным препаратам.

Заключение.
Представленный клинический случай в повседневной врачебной практике является относительно редким и демонстрирует, что своевременная диагностика с помощью компьютерной томографии деструктивная пневмония и правильно выбранное на стационарном этапе лечение, играет принципиальную роль в определении прогноза у больных.

ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шерстобитова Т.В.
ООО «Газпром добыча Ямбург», филиал МСЧ, Поликлиника №3 (п. Новозаполярный), г. Новый Уренгой, Россия

Актуальность. Первично-множественные метахронные новообразования представляют собой сложные для диагностики и лечения заболевания.
Описание случая. Больная И. 61год в октябре 2022 г. обратилась к терапевту, с жалобами на спонтанное образование гематом мягких тканей шеи. В анамнезе: в 2010 г. Лимфома Ходжкина, нодулярный склероз 6 курсов ПХТ, полная ремиссия. С 2011 г. ежегодное обследование, данных за рецидив нет. УЗИ шеи: в правой подключичной области в подкожно-жировой клетчатке гематома неправильной формы, содержимое гипоэхогенное, в тканях повышен кровоток. В ОАК нарастание тромбоцитов до 560х10*9/л. КТ ОГК: Признаки пневмофиброза легких. Лимфаденопатия средостения. Без динамики в сравнении с КТ от 2021 г. Осмотр онколога: признаков рецидива заболевания не выявлено. Учитывая увеличенные лимфоузлы, рекомендовано ПЭТ/КТ всего тела. ПЭТ/КТ с контрастным усилением: наличие активной опухолевой ткани в единичных надключичных, во множественных внутригрудных и конгломератах: паратрахеальный справа, субкаринальный, в корне правого легкого, в одиночном околочревном лимфоузлах. В клинике гематологии им. А.А. Максимова проведена торакоскопическая биопсия метаболически активного участка с иммуногистохимическим (ИГХ) исследованием. Гистологическое исследование «НМХЦ им.Н.И.Пирогова»: морфологическая картина Лимфомы Ходжкина. Установлен 1 поздний рецидив. ИГХ исследование костного мозга: без признаков опухолевого поражения Лимфомой Ходжкина. Повторное ИГХ исследование материала «НМИЦ Гематологии». Суждение о диагнозе пересмотрено. Клинический диагноз: Первично-множественные метахронные новообразования: 1) Диффузная В-крупноклеточная лимфома, EBV-позитивная. III стадии, с поражением лимфоузлов: надключичных с обеих сторон, средостения, околочревного. R-IPI 3, группа плохого прогноза. 1 цикл EACODD-14, 5 циклов R-CHOP. 2) Лимфома Ходжкина, нодулярный склероз IVA стадии. 6 циклов BEACOPP-14. Полный ответ от 2010 г. ПЭТ/КТ после 5 курсов ПХТ уменьшение размеров и уровня накопления в ранее определяемых лимфатических узлах, трактован как частичный ответ.
Заключение.
Клинический случай демонстрирует важность постоянного динамического наблюдения онкологов и врачей всех специальностей за пациентами с ранее выявленными злокачественными заболеваниями, так как нельзя исключить появление первично-множественных опухолевых заболеваний на протяжении всей жизни пациента.
Для диагностики и оценки лечения таким пациентам ПЭТ/КТ, является предпочтительной.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ

Шерстобитова Т.В.
ООО «Газпром добыча Ямбург», филиал МСЧ, Поликлиника №3 (п. Новозаполярный), г. Новый Уренгой, Россия

Актуальность. У лиц, проживающих и работающих в условиях Крайнего Севера заболеваемость органов кровообращения в 2 раза выше, чем у жителей умеренной климатической зоны, соответственно выше риск развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе в более раннем возрасте.
Цель исследования. Раннее выявление лиц, имеющих предрасположенность к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, своевременное назначение методов профилактики осложнений, снижение случаев временной нетрудоспособности, сохранение здоровья и жизни трудоспособных граждан.
Материалы и методы. В наблюдении участвовали 3110 человек, 2521 мужчин и 589 женщин в возрасте от 20 до 65 лет. Работники, постоянно проживающие и работающие в условиях Крайнего Севера-25%, остальные 75% прибывают на работу из других регионов Российской Федерации. Основная часть работники в возрасте старше 40 лет — 64%, со стажем работы в условиях Крайнего Севера более 10 лет — 65%. Срок наблюдения 3,5 года. Все работники ежегодно проходят периодический медицинский осмотр согласно Приказа МЗ РФ №29 н от 28.01.2021 г. С 2024 г. введен обязательный медицинский осмотр работников, прибывших на рабочую вахту.
Результаты. За 3,5 г. с 2022 г. по июль 2025 г. было выявлено: больных с артериальной гипертензией: в 2022 г. — 64 чел., в 2023 г. — 58 чел., в 2024 г. — 100 чел., за 6 месяцев 2025 г. — 62 чел.; больных с нарушением ритма и проводимости сердца: в 2022 г. — 13 чел., в 2023 г. — 7 чел., в 2024 г. — 13чел., за 6 месяцев 2025 г. — 6 чел.; Осложнения связанных с неконтролируемой артериальной гипертензией: ОНМК-2022 г. — 0 чел., 2023 г. — 0 чел. 2024 г. — 1 чел., за 6 месяцев 2025 г. — 1 чел. ИБС. ОИМ-2022г. — 1 чел., 2023 г. — 1 чел. 2024 г. — 2 чел., за 6 месяцев 2025 г.-0 чел. Госпитализированы в стационар с неконтролируемой артериальной гипертензией: в 2022 г. — 25 чел., в 2023 г. — 18 чел., в 2024 г. — 37 чел. за 6 месяцев 2025 г. — 22 чел. С каждым годом по мере увеличения возраста и стажа работы в условиях Крайнего Севера возрастает количество сердечно-сосудистых заболеваний у лиц трудоспособного возраста.
Выводы.
Благодаря проведению обязательного предварительного и периодического медицинского осмотра, контролю артериального давления по прибытию на рабочую вахту, самостоятельному активному мониторингу АД удается активно выявлять пациентов, на начальных стадиях гипертонической болезни, своевременно назначить обследование и лечение. Это позволяет максимально снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений, замедлить темп прогрессирования поражений органов мишеней, снизить число случаев первичного выхода на инвалидность по сердечно-сосудистым заболеваниям и смерти.

РЕАКЦИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ГАСТРИТАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ширяева Н.Ю., Живчикова Е.В., Умерова А.Р., Голубкина Е.В.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность. Согласно литературным данным концентрация антихеликобактерного IgG в сыворотке крови коррелирует с активностью хронического хеликобактерного гастрита без атрофии, а титр антихеликобактерного IgA коррелирует с атрофическим гастритом и имеет связь с возникновением рака желудка.
Цель исследования. Оценить особенности изменения показателей гуморального иммунитета у больных хроническим атрофическим гастритом (ХАГ) и хроническим гастритом без атрофии (ХГ), ассоциированных с хеликобактерной инфекцией.
Материалы и методы. Обследовано 46 больных трудоспособного возраста. Из них 35 больных ХГ без атрофических изменений слизистой оболочки желудка и 11 больных ХАГ. Набор больных проводился рандомизированно. Анамнестическое документирование хронического хеликобактерного процесса составляло сроки от 2 до 8 лет. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с взятием биоптатов для определения Helicobacter pylori (H. pylori) и гистологического исследования по выявлению структурных изменений слизистой оболочки желудка. Методом ИФА с количественным определением антител в сыворотке крови обследуемых выявляли хеликобактерные антитела класса IgA и IgG. Для данного исследования использовали наборы тест-систем «Вектор-Бест». Постановку реакции и интерпретацию результатов проводили в соответствии с инструкциями тест-систем. Антитела к *H. pylori* в крови были верифицированы у всех обследованных больных.
Результаты. Было отмечено повышение титров антител класса IgG, как у пациентов с ХГ, так и у больных ХАГ. Титры антител класса IgA были снижены, как у пациентов с ХГ, так и у больных ХАГ. В нашем исследовании ни у одного больного ХАГ хеликобактерного генеза не было зафиксировано повышения иммуноглобулинов класса IgA, являющегося настораживающим фактором наличия у больного рака желудка.
Выводы.
Одновременное повышение IgG к H. pylori и снижение IgA у больных ХГ и ХАГ могут свидетельствовать о хронической персистирующей хеликобактерной инфекции в слизистой оболочке желудка, но без отчетливой привязки к атрофическим процессам. Следовательно, обнаружение у больных ХАГ низких титров антихеликобактерных IgA не указывает на то, что данное снижение IgA верифицирует атрофию.

ОЦЕНКА КОЛОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ МИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Шкляев А.Е., Чупина М.С.
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Синдром раздраженного кишечника (СРК) — хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула. В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК: СРК с запором (СРК-З), СРК с диареей (СРК-Д), смешанный и неклассифицируемый варианты СРК. Верифицировать моторные нарушения ЖКТ позволяют электрофизиологические методы, такие как периферическая электроэнтероколография (ЭЭКГ), представляющая собой метод регистрации биопотенциалов кишечника.
Цель исследования. Изучить особенности миоэлектрической активности кишечника у пациентов с различными формами СРК.
Материалы и методы. Обследовано 20 пациенток женского пола в возрасте 22,0±2,8 лет, с диагнозом СРК-З (10 человек) и с СРК-Д (10 человек). Верификация диагноза происходила согласно актуальным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению пациентов с СРК. Для оценки электрической и моторной активности кишечника применялась ЭЭКГ с помощью аппарата «Гастроскан-ГЭМ» (НПП «Исток Система» г. Фрязино).
Результаты. По данным ЭЭКГ суммарная мощность была выше у пациентов с СРК-Д (317,22±43,34 против 234,21±74,72), что может являться свидетельством гиперактивности кишечника при диарейном варианте. У пациентов с СРК-Д также выше коэффициент сравнения P(i)/P(i+1) на уровне тощая/подвздошная кишка (0,380±0,20 и 0,273±0,06), на уровне подвздошная/толстая кишка этот показатель был ниже, чем у пациентов СРК-З (0,465±0,37 и 0,551±0,74), что указывает на рассинхронизацию сокращений отделов ЖКТ при обоих вариантах СРК. Коэффициент ритмичности был выше референсных значений в обеих группах на уровне тощей и подвздошной кишок. При этом при СРК-Д он превышал таковой при СРК-З как в тощей (12,453±3,45 и 8,942±1,21), так и в подвздошной кишке 8,598±5,64 и 8,368±2,87), что может отражать большую степень нерегулярности сокращений при диарее.
Выводы.
Использование ЭЭКГ позволяет выявить и оценить степень двигательных нарушений деятельности кишечника при различных формах СРК, что повышает точность диагностики и дает возможность индивидуализировать терапию.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗА — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шуматова Н.В.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Силикотуберкулез является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений пневмокониоза. Это инфекционное заболевание встречается при силикозе в 5-10 раз чаще, чем на интактном легком, причем имеется прямая зависимость заболеваемости туберкулезом от стадии фиброзного процесса. Силикотуберкулез — это не просто сочетание двух заболеваний, а единый, качественно новый процесс со своими рентгенологическими особенностями (полиморфизмом узелковых теней с тенденцией к их слиянию, внутригрудной лимфаденопатией), с морфологическими особенностями микобактерий (появлением L-форм с пониженным метаболизмом и слабой вирулентностью, что дает олиго- и абациллярность мокроты у больных даже деструктивными формами заболевания и сложности выделения микобактерий из мокроты или промывных вод бронхов даже при неоднократных исследованиях), с особенностями клинической картины (отсутствием длительное время клинических и лабораторных признаков специфического туберкулезного процесса), с клинически неблагоприятным течением (часто с формированием полостей распада и бронхогенным обсеменением), с трудностями лечения, которое нередко ведет лишь к стабилизации процесса. При силикотуберкулезе два взаимосвязанных патологических процесса утяжеляют и видоизменяют друг друга, в связи с чем его диагностика представляет определенные трудности.

Описание случая. Представленный случай наглядно демонстрирует торпидное течение силикотуберкулеза в первый период заболевания — без существенной динамики жалоб (все они были неспецифичны, интоксикационный синдром отсутствовал) и без выраженных объективных признаков. При этом настораживали лабораторный синдром ускоренной СОЭ, повышение уровня общего белка и С-реактивного белка в крови. Специфические диагностические тесты, проведенные на том этапе, не выявили туберкулез. При дальнейшем наблюдении последовательно появлялись более настораживающие признаки — полиморфизм теней с преобладанием в средних и верхних отделах, утолщение междолевой плевры, лимфаденопатия средостения и бронхопульмональных групп, расширение и уплотнение корней при сохранении в гемограмме лабораторных признаков активного воспаления, а с 2022 г. — появление явных признаков прогрессирования туберкулеза — инфильтративных изменений и участков распада легочной ткани.

Заключение.

Таким образом, диагностика силикотуберкулеза при подозрении на него должна включать, помимо рутинных методов исследования, еще и в полном объеме современные методы визуализации (КТ ОГК). Необходим тщательный поиск этологического фактора — МБТ — посредством проведения многократной бактериоскопии, использования люминисцентных методов, метода посева, ИФА и ПЦР. Дополнительным негативным фактором, способствующим замедлению диагностики специфического процесса в данном случае, была эпидемия COVID-19.

СИНДРОМ КАПЛАНА — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ СИЛИКОЗА

Шуматова Н.В.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Силикоартрит, или синдром Каплана, — это редкое осложнение силикоза, характеризующееся развитием на его фоне ревматоидного артрита. Аутоиммунное заболевание суставов может появиться как после, так и до клинической манифестации силикоза, поскольку первые морфологические стадии силикоза протекают без рентгенологических проявлений фиброза легких. Некоторые авторы называли пневмокониоз «малым коллагенозом», так как при этом заболевании появляются черты чужеродности тканей вследствие воздействия активных форм кислорода и липоперекисей, развиваются иммунные нарушения, а развитию пневмофиброза всегда предшествует активный асептический воспалительный процесс.

Описание случая. Синдром Каплана — редкий в практике профпатолога и ревматолога. Пневмокониоз у пациента был вызван интенсивным воздействием агрессивной пыли диоксида кремния, а по прошествии всего двух лет после установления пылевого заболевания появилось редкое его осложнение в виде ревматоидного артрита (силикоартрита, или синдрома Каплана). Обращает на себя внимание тот факт, что параллельно с развитием полиартрита отмечено прогрессирование рентгенологического синдрома в легких — так, пневмокониоз I стадии с мелкоузловым процессом за сравнительно короткий период времени трансформировался в пневмокониоз II-III стадии (редко встречающуюся узловую форму заболевания).

Заключение.

Столь быстрое прогрессирование обоих основных синдромов — синдрома легочной диссеминации и суставного синдрома — безусловно указывает на их патогенетическую общность.

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОКОНИОЗОВ В ПОСТЭКСПОЗИЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Шуматова Н.В.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Изменения в диагностике и лечении пневмокониозов регулярно вносятся в соответствующие клинические рекомендации. Между тем в отечественной литературе недостаточно результатов научных исследований об особенностях клинического течения и исходов этого распространенного профессионального заболевания в постэкспозиционном периоде, особенно с учетом территориальных и отраслевых особенностей.
Цель исследования. Изучить динамику течения пневмокониозов в постконтактном периоде.
Материалы и методы. Изучение особенностей течения пневмокониозов в Пермском крае в современных условиях за 10 лет проведено методом сплошной выборки у 92 пациентов, находящихся на диспансерном учете в Пермском краевом центре профессиональной патологии, проживающих в г. Перми и крае. Средний возраст в исследуемой группе составил 58,6±7,8 лет на время начала исследования. Группа включала 42 шахтера (в основном это бывшие работники ныне закрытого Кизеловского угольного бассейна — проходчики, горнорабочие очистного забоя и др.), 50 бывших работников машиностроительных и металлургических предприятий Пермского края (обрубщики литья, сталевары, завальщики шихты и др.). Все пациенты прекратили свою трудовую деятельность в связи с развитием профессионнального заболевания и (или) в связи с выходом на пенсию. I группа пневмокониозов (от воздействия высоко- и умереннофиброгенной пыли) была представлена наиболее широко составила 98% случаев. 2 пациента имели диагноз пневмокониоза от воздействия газоэлектросварочного аэрозоля. Наиболее часто наблюдалась интерстициальная форма заболевания (74% всех случаев), значительно реже наблюдалась узелковая форма. I стадия заболевания была диагностирована у большинства больных (82% случаев), II стадия — в 17% случаев, III стадия (узловая форма) — лишь у 1 пациента. Медленно прогрессирующее течение было отмечено в 75% случаев, позднее развитие заболевания было у 24% больных, быстропрогрессирующее течение — у 1 пациента. Кониотуберкулез (силикотуберкулез) был диагностирован на время начала наблюдения у 7 больных (7,6%).
Результаты. За 10 лет наблюдения у 9,8% пациентов с пневмокониозами произошла трансформация кониотического процесса из I стадии во II стадию, у 4,3% — из II стадии во II-III и III стадию; при этом по формальным признакам лишь у 1 пациента было установлено быстро прогрессирующее течение. У 2 больных за 10 лет наблюдения произошла трансформация из интерстициальной формы заболевания в менее благоприятную узелковую форму. Умеренно выраженная эмфизема легких дополнительно появилась у 7 больных, клинически выраженный хронический бронхит — у 7 больных. Развитие бронхиальной астмы отмечено у 6 больных. Увеличение степени дыхательной недостаточности наблюдалось в динамике у 14%, появление признаков хронического легочного сердца — у 2 чел., развитие рака легкого — у 1 пациента. Развитие туберкулеза на фоне имеющегося силикоза отмечено у 2 больных. Детальное изучение показателей спирографии показало, что более значимые изменения коснулись показателей бронхиальной обструкции, причем в большей степени по трем показателям (ПОСвыд., МОС25% и МОС50%): пациенты с пневмокониозами за 10-летний период наблюдения потеряли 15% и более от своих должных величин. Снижение ЖЕЛ в среднем по группе было менее значимым. Между тем 30 пациентов (31%) за 10 лет наблюдения потеряли 10 и более процентов от своего должного показателя ЖЕЛ.
Выводы.
За 10 лет наблюдения у 15% пациентов с пневмокониозами произошло прогрессирование кониотического процесса: у 14 % пациентов — по стадии, у 2% — по форме пневмокониоза — произошла трансформация из интерстициальной формы заболевания

в менее благоприятную узелковую форму. В ходе 10-летнего наблюдения за пациентами с установленным диагнозом пневмокониоза в целом по группе выявлено значимое нарастание бронхиальной обструкции; развитие у 14% больных симптоматики хронического бронхита, ХОБЛ и (или) бронхиальной астмы. При этом нарастание более типичных для пневмокониоза рестриктивных нарушений на спирограмме отмечено менее чем у 1/3 больных. Неблагоприятное течение заболевания в исследуемой группе выражалось также в развитии силикотуберкулеза (2 чел.), саркоидоза (1 чел.), рака легких (1 чел.), хронического легочного сердца (2 чел.). Все это актуализирует поиск и внедрение в практику препаратов с антифибротическим и бронходилатационным действием. Несмотря на особенности современного пневмокониоза, характеризующегося в целом некоторыми благоприятными тенденциями в его патоморфозе, заболевание остается значимой медицинской проблемой в силу возможности прогрессирования в постэкспозиционном периоде с развитием разнообразных осложнений и инвалидизацией пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

Щемелева Е.В., Повзун К.А., Ковальчук Е.Ю., Костенко В.А., Повзун А.С.
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Заболевания дыхательной системы (ЗДС) являются частым вариантом коморбидной патологии при ревматологических заболеваниях, и, в частности, при остром суставном синдроме (ОСС).
Цель исследования. Оценить частоту ЗДС в группе пациентов с ОСС при различных ревматологических заболеваниях.
Материалы и методы. Проведена оценка случаев лечения больных с ОСС в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. Определены наиболее частые причины возникновения ОСС: остеоартрит (ОА), ревматоидный артрит (РА) и подагрический артрит (ПА). Выявлены наиболее часто встречающиеся ЗДС при ОСС. Определена частота их встречаемости для каждого из рассматриваемых заболеваний. Определена роль эффективного применения препаратов этиопатогенетической терапии с целью контроля воспалительной активности и недопущения прогрессирования ЗДС.
Результаты. Наличие коморбидных ЗДС было выявлено у 15 из 175 обследованных больных с ОСС при ОА (8,57%), у 51 из 282 пациентов при РА (18,09%) и у 28 из 158 больных при ПА (17,72%). Рассмотрена нозологическая структура ЗДС при ОСС при наиболее частых ревматологических заболеваниях. Определены особенности курации пациентов с ЗДС при ОСС, необходимость коррекции базисной терапии на этапе стационарного лечения.
Выводы.
Наиболее высокая встречаемость ЗДС при ОСС выявлена при РА. Системный характер поражения соединительной ткани при РА обуславливает возможность более частого вовлечения в патологический процесс дыхательной системы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

Щемелева Е.В., Повзун К.А., Ковальчук Е.Ю., Костенко В.А., Повзун А.С.
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) являются одной из наиболее частых вариантов коморбидной патологии при ревматологических заболеваниях, и, в частности, при остром суставном синдроме (ОСС).
Цель исследования. Оценить частоту ССЗ в группе пациентов с ОСС при различных ревматологических заболеваниях.
Материалы и методы. Проведена оценка случаев лечения больных с ОСС в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. Определены наиболее частые причины возникновения ОСС: остеоартрит (ОА), ревматоидный артрит (РА) и подагрический артрит (ПА). Выявлены наиболее часто встречающиеся заболевания ССЗ при ОСС. Определена частота их встречаемости для каждого из рассматриваемых заболеваний. Определена роль нестероидных противовоспалительных препаратов как наиболее частого варианта симптоматической терапии ОСС при ССЗ.
Результаты. Распространенность коморбидной патологии ССЗ тесно связана с возрастом пациента. В связи с этим, поскольку больные с ПОА наиболее часто относятся к старшей возрастной группе, вероятность наличия у них ССЗ должна быть выше. При РА и ПА наиболее типичный пациент моложе, при этом патогенез заболевания и вовлечение сердечно-сосудистой системы ожидаемо способствует высокой распространенности у них ССЗ. Рассмотрена нозологическая структура ССЗ при ОСС при наиболее частых ревматологических заболеваниях. Определены особенности курации пациентов с СЗЗ при ОСС на этапе стационарного лечения. Наличие коморбидных заболеваний ССЗ было выявлено у 113 из 175 обследованных больных с ОСС при ОА (64,57%), у 191 из 282 пациентов при РА (67,73%) и у 128 из 158 больных при ПА (81,01%).
Выводы.
Таким образом, распространенность ССЗ у больных РА превосходила таковую при ОА. Наиболее высокая встречаемость ССЗ при ОСС выявлена при ПА. Проведение адекватной этиопатогенетической терапии позволяет контролировать воспалительную активность при РА и ПА и, таким образом, снижать вероятность ухудшения течения коморбидных ССЗ при ОСС.

ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОКСИТА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ — РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЛЕТНЕГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Эрдес Ш.Ф., Агафонова Е.М.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Россия

Актуальность. Коксит, является одним из наиболее частых внеаксиальных проявлений аксиального спондилоартрита в России. По данным исследований, проведенных в РФ основным факторам, приводящим к инвалидизации пациентов с аксиальным спондилоартритом (акСпА), является коксит.
Цель исследования. Оценить факторы рентгенологического прогрессирования коксита у пациентов с аксСпА.
Материалы и методы. Были проанализированы 77 пациентов (23 женщины, 54 мужчины) с аксСпА (критерии ASAS, 2009), наблюдавшихся не менее 2 лет, с клиническими и/или инструментальными признаками коксита. Через 2 года пациенты повторно прошли полное клинико-лабораторное и инструментальное обследования (МРТ и рентгенография ТБС). Средний возраст пациентов составил 30,8±7,7 года при средней длительности болезни 74,0±90,3 мес. Позитивными по HLA-B27 были 72 (94%) больных. У всех пациентов оценивался индекс BASRI-hip для каждого ТБС. Медианы значений лабораторных показателей воспаления — скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивного белка (СРБ) — исходно были высокими (20,0 мм/ч и 14,5 мг/л соответственно). Что касается других клинических проявлений заболевания, на момент включения в исследование из 77 больных 75% имели периферические артриты. Функциональный индекс больных (BASFI) исходно составлял 3,3. Для описания данных и их вариабельности при нормальном распределении признака использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение, а при ненормальном распределении признака или малой выборке — медиану, минимальное и максимальное значения, межквартильный диапазон (Me [25-й; 75-й перцентили]).
Для оценки значимости различий между анализируемыми группами применялся U-критерий Манна-Уитни. Для обнаружения взаимосвязанных параметров определялось евклидово расстояние с помощью кластерного анализа по методу одиночной связи.
Результаты. Для обнаружения связи клинических проявлений аксСпА и рентгенологического прогрессирования коксита был проведен кластерный анализ основных параметров. В ходе проведенного анализа было получено, что наиболее тесно взаимосвязанными группами клинических параметров, является высокая клиническая активность заболевания, скорость рентгенологического прогрессирования коксита и суммарная стадия рентгенологического коксита (евклидово расстояние 100). Стоит также отметить, что связь лабораторных показателей воспаления с индексами активности болезни выражена относительно слабо, как и со структурными повреждениями при аксСпА.
Выводы.
Факторами, влияющими на развитие и прогрессирование коксита при аксСпА, является совокупность таких признаков, как высокая клиническая активность заболевания, наличие периферического артрита и мужской пол

АКСИАЛЬНЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ ИЛИ ПОДАГРА?

Эрдес Ш.Ф., Елисеев М.С., Урумова М.М., Агафонова Е.М.
ФГБНУ НИИР им.В.А. Насоновой, г. Москва, Россия

Актуальность. Подагра — наиболее распространенное хроническое аутовоспалительное заболевание. Ее развитие связано со стойкой гиперурикемией, которая обусловлена как внешнесредовыми, так и генетическими факторами и приводит к отложению кристаллов моноурата натрия в различных тканях и органах. Подагра чаще встречается у мужчин, чем у женщин детородного возраста, что объясняется урикозурическим действием эстрогена, однако после менопаузы частота развития подагры у женщин значительно возрастает. В дебюте заболевания наиболее часто в патологический процесс вовлекаются первый плюснефаланговый сустав, голеностопные и коленные суставы. Однако в литературе имеются единичные сообщения о редком поражении подагрой осевого скелета, например, крестцово-подвздошного сустава, при котором характер боли и изменения, выявляемые при магнитно-резонансной томографии и рентгенологическом исследовании, могут имитировать спондилоартрит. Представлен редкий случай поражения осевого скелета у пациентки 57 лет с подагрой, проявившейся острой воспалительной болью в спине и артритом суставов нижних конечностей.

Описание случая. Пациентка Ч., 57 лет. С 2017 г. лабораторно отмечалось гиперурикемия до 800 мкмоль/л (360 мкмоль/л). В 2018 г. возникла резкая боль в поясничном отделе позвоночника, перемежающая боль в ягодицах. Магнитно-резонансная томография (МРТ) выявила признаки активного двустороннего сакроилиита. Ревматологом установлен диагноз анкилозирующего спондилита, HLA B27 ген не обнаружен. Терапия: сульфасалазин 2 г/сут, постоянный прием НПВП. В дальнейшем, учитывая неэффективность разных НПВП и сохраняющийся активный сакроилиит на повторном МРТ, назначен этанерцепт 50 мг/нед подкожно. Терапию и-ФНОα получала в течение года, однако эффекта на болевой синдром в позвоночнике отмечено не было, также присоединилась неврологическая симптоматика. Лабораторно выявлена персистирующая гиперурикемия до 780 мкмоль/л. При обследовании в институте ревматологии внимание клиницистов было обращено на особенности МРТ-картины: двусторонний остеит, однако суставные поверхности крестцово-подвздошных суставов были интактны, выявлены гипоэхогенные отложения. По данным КТ: выраженный субхондральный склероз, внесуставная локализация эрозий и остеопролиферация, кистозные просветления костной ткани со склеротическим ободком. По данным рентгенографии стоп также выявлены признаки остеопролиферации, однако кристаллы моноурата натрия при пункции первого плюсне-фалангового сустава не выявлены. Учитывая подозрение на микрокристаллическую артропатию и невозможность постановки диагноза на основании стандартного лабораторного и инструментального обследования, пациентка направлена на проведение двух-энергетической компьютерной томографии (DECT): верифицированы многочисленные отложения кристаллов моноурата натрия (имеющие зеленую световую кодировку) в мягких тканях, в дугоотростчатых суставах и вдоль крестца. Диагноз пациентки был пересмотрен в пользу аксиальной формы подагры. Назначены аллоруринол 300 мг/сутки и колхицин 0,5 мг/сутки с положительным эффектом — купирование болевого синдрома в позвоночнике и достижение целевых значений мочевой кислоты.

Заключение.

Поражение осевого скелета — редкая, однако неказуистическая локализация, традиционно относящаяся к поздним проявлениям подагры. Данную патологию необходимо включать в круг диагностического поиска у пациентов с подозрением на заболевания из группы спондилоартритов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДСЕРДНЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Эшматов О.Р., Баталов Р.Е.
ФГБНУ НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность. Интервенционное лечение (ИЛ) является рекомендуемым методом лечения пациентов с предсердными тахиаритмиями (ПТА) и сердечной недостаточностью со сниженной функцией сердца. ИЛ уменьшает тяжесть ПТА однако вопрос о том, связана ли ИЛ с уменьшением частоты тромбоэмболических осложнений, связанных с ПТА, остается предметом дискуссий. Длительное применение терапии пероральными антикоагулянтами (ПОАК) может привести к увеличению частоты кровотечений, поэтому после купирования ПТА важно сбалансировать оценку риска кровотечений и тромбозов. В соответствии с консенсусным заключениям экспертов, рекомендуется продолжать системную терапию ПОАК в течение как минимум 2 месяцев после ИЛ, и решение о продолжении терапии ПОАК после аблации основывалось на оценке риска инсульта и личных предпочтениях пациента. Тем не менее, обсервационные исследования показали, что продолжение терапии ПОАК у пациентов с риском тромбоэмболии, особенно у тех, у кого в анамнезе был инсульт, связано со снижением риска тромбоэмболических осложнений.
Цель исследования. Изучить отдаленный клинический профиль безопасности и эффективности антикоагулянтной терапии у пациентов с предсердными тахиаритмиями после интервенционного лечения.
Материалы и методы. В рамках выполнения данной работы было проанализировано 5611 историй болезни пациентов, прошедших стационарное лечение в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции НИИ кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра с 01.01.2017 г. по 31.12.2019 г., из них в исследование было включено 1342 больных в возрасте от 21 до 90 лет с различными формами предсердных тахиаритмий, которым было проведено интервенционное лечение. Всем больным было выполнено РЧА/криоаблация предсердных тахиаритмий. Через 12, 24, 36 месяцев после выписки из стационара установлен контакт с пациентами. Пациенты были разделены на пять групп, в каждой группе выделены две подгруппы: больные с эффективным и неэффективным катетерным лечением.
Результаты. Отдаленная эффективность катетерного лечения через 12, 24 и 36 месяцев у пациентов 1 группы составила 69%, 73,8% и 69%, 2 группа — 46,4%, 57,1% и 57,1%, 3 группа — 73,1%, 68,6% и 70,9%, 4 группа — 62,5%, 66,6% и 64,9%, 5 группа — 60,9%, 52,3% и 53,4%. При успешном интервенционном лечении ОНМК за весь период наблюдения случилось в 3 случаях. По одному у больных 3, 4 и 5 групп на фоне терапии АСК, ривароксабаном и апиксабаном. Если же вмешательство было безуспешным, то ОНМК была значительно выше и составила 0,32%, 1,26%, 2,21% и 1,26% у пациентов 1,3,4,5 групп соответственно. Практически во всех случаях, кроме 2 больных из 5 группы, пациенты принимали АТТ. Еще одним немаловажным фактом является то, что при неуспешном катетерном лечении ОНМК в большинстве случаев приводило к летальному исходу. Возникновение других ТЭО случалось значительно реже и было диагностировано только у пациентов 2 и 4 групп, при этом также чаще в случае неэффективного лечения. ТЭО в основном были представлены тромбозом ушка ЛП, реже тромбозом вен верхних или нижних конечностей. Малые кровотечения встречались во всех группах пациентов, в основном носовое или десневое.
Выводы.
Антикоагулянтная терапии в сочетании с ИЛ у пациентов с предсердными тахиаритмиями является относительно безопасным способом лечения — не увеличивается риск возникновения больших и малых кровотечений, а в случае эффективного вмешательства позволяет статистически значимо снизить риск развития ишемического инсульта.

РЕЦИДИВ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТКИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ — КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Южакова Е.В.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Пациенты с метаболическим синдромом (МС) имеют повышенный риск развития мочекаменной болезни (МКБ). Этому способствуют ряд факторов, связанных с инсулинорезистентностью (ИР), гиповитаминоз или гипервитаминоз 25(OH)D3. Пациенты с МС часто получают колекальциферол в дозах в несколько раз, превышающих стандартные (1500-2000 МЕ/сут). Представляем клинический случай рецидива МКБ у пациентки с МС после коррекции гиповитаминоза 25(OH)D3.
Описание случая. Пациентка К., 59 лет обратилась к эндокринологу 10.04.2025 по рекомендации уролога. В анамнезе: МКБ, дистанционная ударно-волновая литотрипсия слева (2022). Исследован состав камня-уратно-оксалатный. СД2 установлен в 2022 г. Тогда же был выявлен вторичный гиперпаратиреоз (ПТГ исходно-91 пг/мл, кальций крови — 2,1 ммоль/л). Пациентка получает метформин 2000 мг/сут, семаглутид 1,0 мг/нед., лозартан, розувастатин, аллопуринол 300 мг, колекальциферол 5000 МЕ/сут. В течение 2 лет пациентка снизила вес на 23 кг. Объективно: рост-168 см, вес-78 кг, ИМТ-27,8 кг/м^2, ОТ-87 см. АД 130/80 мм рт ст, ЧСС-75 уд/мин. При лабораторном обследовании: ОАК-без особенностей, АСТ - 25 МЕ/л, АЛТ-36 МЕ/л, креатинин-101 мкмоль/л, мочевина-8,5 ммоль/л, мочевая кислота-330 мкмоль/л, гликогемоглобин (HbAlc)-6,0%. СКФ=53 мл/мин/1,73м2 (CKD-EPI), соответствующая ХБП ст. С3а. Индекс HOMA-2,7 (N <2,7), С-пептид-3,3, паратгормон — 62 пг/мл, 25(OH)D3-54 нг/мл, кальций ионизированный-1,16 ммоль/л, фосфаты-1,91 ммоль/л, альбумин — 44 г/л. ОАМ: глюкоза-0 ммоль/л белок-0,1 г/л, pH-5,0, уд. вес -1.019 ед, эритроциты неизмененные-3 кл в п/зр, лейкоциты-120 кл в п/зр., бактерии 4+, кристалы осадка мочи XTAL - обнаружены, ураты — 0. УЗИ почек (заключение): мочекаменная болезнь, микролиты правой почки, признаки вторичного пиелонефрита. Выполнено дополнительное обследование: разовая порция мочи на кальций/креатининовое соотношение -1,2 (до 0,4). Пациентке был отменен колекальциферол на 3 месяца. Скорректирована сахароснижающая терапия: отменен метформин, снижена доза семаглутида до 0,5 мг/нед. Проведено лечение инфекции мочевыводящих путей. Через 3 мес. отмечено снижение уровня 25(OH)D3 в крови до 42 нг/мл, Са ионизированный — 1,2 ммоль/л, Са/креатининовое соотношение в разовой порции мочи — 0,2. ОАМ-без особенностей. HbAlc — 6,1% (при целевом — до 6,5%), в БХАК — снижение креатинина до 78 мкмоль/л, мочевины — до 5,4 ммоль/л. Было принято решение о возобновлении приема колекальциферола в дозе 1500 МЕ в сутки под контролем кальций/креатининового соотношения.
Заключение.
Даже при нормальных значениях 25(OH)D3 в крови существует риск гиперкальциурии и нефролитиаза. Рекомендуется более частый мониторинг вит Д и кальций/креатининового соотношения в моче при ведении пациентов с МС, принимающих повышенные дозы колекальциферола, особенно на фоне терапии инкретиномиметиками и метформином.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНО-АДИПОКИНОВЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ

Юрова С.А., Деев Д.А.
ФГБОУ ВО НГУ, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) является фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). Пациенты с ГБ в большинстве случаев характеризуются ожирением. Патогенетическая связь между ГБ, ожирением и ИБС традиционно объясняется инсулинорезистентностью, дислипидемией и хроническим воспалением. Однако, гормонально-адипокиновые нарушения можно рассматривать как ключевое звено в прогрессировании атеросклероза, что является предиктором для развития ИБС.
Цель исследования. Установить связь между гормонально-адипокиновыми нарушениями, маркерами системного воспаления и развитием ИБС у лиц с ГБ и ожирением.
Материалы и методы. Проведено общеклиническое, антропометрическое, биохимическое и гормональное обследование 84 мужчин терапевтического отделения. Измеряли массу тела, рост, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), вычисляли индекс массы тела (ИМТ). Толщину эпикардиального жира (ТЭЖ) измеряли при проведении УЗИ сердца. Лабораторные показатели включали: глюкоза, липидный профиль, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина, СКФ. Дополнительно определяли уровень гормонов: адипонектин, лептин, тестостерон, инсулин, индекс инсулинорезистентности HOMA. Пациенты были разделены на две группы. Группу 1 составили пациенты с ГБ (n=56). Группа 2 (n=28) — пациенты с ГБ и документально зафиксированной ИБС.
Результаты. Установлено, что пациенты обеих групп достоверно не различались по ИМТ 32,1±5,3 и 31,8±5,6 ($p>0,05$) и степенью выраженности абдоминального ожирения, определенного по показателю ОТ 107,7±10,7 и 110,1±12,8 ($p>0,05$). По данным ЭхоКГ у пациентов 2 группы выявлено достоверно значимое снижение фракции выброса ЛЖ, по сравнению с 1 группой: 67,5±8,2 и 58,8±14,1 ($p<0,05$). Значения индекса массы миокарда ЛЖ больше у пациентов 2 группы:131,4±35,5 и 142,9±35,6 ($p<0,05$). Пациенты группы 2 имели достоверно большую ТЭЖ, относительно пациентов группы 1: 4,2±1,8 и 5,5±1,8 ($p<0,05$). Уровень инсулина в обеих группа достоверно не отличался ($p>0,05$), значение показателя индекса HOMA значимо больше у пациентов 2 группы, в отличии от 1 группы: 3,3±2,2 и 4,4±3,2 ($p<0,05$). При анализе гормонально-адипокиновых изменений значения адипонектина и тестостерона достоверно ниже у группы 2, в сравнении с 1 группой: 10,1±5,4 и 5,8±1,9 ($p<0,05$); 12,3±4,3 и 8,6±1,7 ($p<0,05$).
Выводы.
Развитие ИБС у мужчин с ГБ связано с накоплением висцерального ожирения, определенного по показателю ТЭЖ. Гормонально-адипокиновые нарушения такие как: пониженный уровень тестостерона и адипонектина, повышение индекса инсулинорезистентности HOMA лежат в основе развития ИБС у пациентов с ожирением.

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ (ММЗ-1, ММЗ-9, ММЗ-14) У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС С ОБСТРУКТИВНЫМ И НЕОБСТРУКТИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Юсупова А.О., Пахтусов Н.Н., Слепова О.А., Гинзбург М.Л., Беленков Ю.Н., Аль Ахдал М.Х.С.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Различные фенотипы стабильной ишемической болезни сердца (ИБС), особенно необструктивная форма (ИНОКА) представляет значительную диагностическую проблему, патогенез которой связан с эндотелиальной и микрососудистой дисфункцией, воспалением и ремоделированием. Матриксные металлопротеиназы (ММП) играют ключевую роль в этих процессах. Изучение профиля ММП при разных фенотипах ИБС может способствовать лучшему пониманию механизмов заболевания и поиску новых биомаркеров.
Цель исследования. Оценить уровни ММР-1, ММР-9 и ММР-14 у пациентов со стабильной ИБС в зависимости от наличия обструктивного или необструктивного поражения коронарных артерий.
Материалы и методы. В проспективное исследование включены 94 пациента со стабильной ИБС, разделенные на группы: обструктивная ИБС (n=62) и необструктивная ИБС (ИНОКА, n=32). Уровни ММР-1, ММР-9 и ММР-14 в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа. Статистический анализ проводили с использованием непараметрических критериев.
Результаты. Уровень ММР-9 был достоверно выше в группе обструктивной ИБС по сравнению с ИНОКА ($p<0.001$). Статистически значимых различий для ММР-1 и ММР-14 между группами не выявлено ($p=0.133$ и $p=0.165$ соответственно). Обнаружены значимые корреляции ММР-1 с TNF-α, ММР-9 с IL-6 и ММР-14 с СРБ.
Выводы.
Исследование выявило значимые гендерные различия: в группе ИНОКА преобладали женщины (62.5%), а в группе обструктивной ИБС — мужчины (71.9%), что указывает на различный патогенез. Ключевой находкой стало статистически значимое повышение уровня ММР-9 у пациентов с обструктивной ИБС по сравнению с группой ИНОКА (7,20 [4,25-10,68] нг/мл против 3,58 [1,98-6,18] нг/мл; $p<0.001$), что подтверждает его роль как маркера воспаления и ремоделирования при значимом коронарном поражении. Уровни ММР-1 и ММР-14 значимо не различались между группами. Выявлены корреляции ММР с маркерами воспаления (TNF-α, IL-6, СРБ).

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРООБРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Юсупова А.О., Слепова О.А., Пахтусов Н.Н., Беленков Ю.Н., Калинина М.И.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время в популяции сохраняется высокая заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (38 % всех случаев смерти), причем более 50% из них обусловлено ишемической болезнью сердца (ИБС). Доказана роль воспаления и фиброза в патогенезе ИБС, в связи с чем представляется актуальным оценка воспалительных маркеров и маркеров фиброобразования у больных ИБС с различными вариантами поражения коронарных артерий (КА).
Цель исследования. Оценить уровни ФНО-α, ММП-1, 9, 13, 14, ИЛ-6 и ИЛ-1-бета у больных стабильной ИБС в зависимости от варианта поражения КА.
Материалы и методы. В исследование включены 40 больных ИБС, которых по результатам коронароангиографии/компьютерной томографии КА разделили на 2 группы: I группа — с необструктивным (стеноз КА <50%, n=20; из них 6 мужчин (30%); средний возраст 63,65±6,75 лет) и II группа — с обструктивным поражением КА (стеноз КА ≥50%, n=20; из них 14 мужчин (70%); средний возраст 64,75±6,51 лет). Уровни ФНО-α, ММП-1, 9, 13, 14, ИЛ-6 и ИЛ-1-бета в плазме крови определяли с помощью иммуноферментного анализа на анализаторе Adaltis Personal Lab (Италия) с использованием наборов Cloud-Clone Corp. (США).
Результаты. Уровень ФНО-α был выше в I группе (28,74 пг/мл [28,08;29,69]) по сравнению со II (10,78 пг/мл [9,84;12,42]) ($p<0,001$), а уровень ИЛ-6 наоборот — был выше во II и составил 31,07 пг/мл [26,92;32,38]), а в I группе — 23,54 пг/мл [8,71;27,98] ($p=0,003$). Уровень ММП-9 также был выше во II группе (7,20 пг/мл [4,60;8,78]) по сравнению с I (2,65 пг/мл [1,82;4,09]) ($p<0,001$). Уровни ИЛ-1-бета и ММП-1, 13, 14 достоверно не различались у пациентов с ИБС. При проведении корреляционного анализа в I группе обнаружена связь заметной силы между ФНО-α и ММП-14 ($\rho=0,586$; $p=0,007$).
Выводы.
У всех больных ИБС наблюдалось повышение уровней воспалительных маркеров, однако уровень ФНО-α выше у больных с необструктивной ИБС, а ИЛ-6 — с обструктивной ИБС. Уровень ММП-9 также был выше при обструктивном поражении КА. Взаимосвязь между уровнем ФНО-α и ММП-14 у больных с необструктивным фенотипом может быть обусловлена развитием процессов воспаления и фиброза.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (CKD-EPI) С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ И КОНЪЮНКТИВЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юсупова А.О., Слепова О.А., Пахтусов Н.Н., Беленков Ю.Н., Сипливый В.И., Кинтюхина Н.П., Энхтайван Б.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей причиной смертности во всем мире. Традиционно акцент делался на обструктивные формы (оИБС), связанные с атеросклеротическим поражением коронарных артерий (КА). Однако в последние годы выделяется значимая доля пациентов с необструктивной ИБС (INOCA), у которых ведущим патогенетическим механизмом являются микрососудистые нарушения и эндотелиальная дисфункция. Уровень креатинина и расчетная скорость клубочковой фильтрации (CKD-EPI) рассматриваются как маркеры системных сосудистых нарушений и ассоциированы с риском неблагоприятных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях. Изучение взаимосвязи этих биомаркеров с параметрами микроциркуляции конъюнктивы и сетчатки позволяет расширить понимание патогенеза обструктивных и необструктивных форм ИБС.
Цель исследования. Оценить взаимосвязь CKD-EPI с показателями микроциркуляции сетчатки и конъюнктивы у пациентов с оИБС и INOCA.
Материалы и методы. В исследование включены: 13 пациентов с оИБС (стенозы КА≥50% по данным коронарографии), 6 пациентов с INOCA (стенозы КА <50%), 11 здоровых добровольцев. Всем проводили стандартное лабораторное и инструментальное обследование, коронарографию, лазерную допплеровскую флоуметрию (ЛДФ) конъюнктивы («ЛАЗМА МЦ», Россия) с оценкой перфузии (М), вариабельности (σ) и коэффициента вариации (Kv); оптическую когерентную томографию-ангиографию макулярной области («SOLIX, Optovue, США»).
Результаты. У всех пациентов с ИБС по сравнению с контролем выявлено снижение параметров ЛДФ (М, σ, Kv; $p<0,01$) и уменьшение плотности глубокого капиллярного сплетения сетчатки ($p<0,05$). В группе оИБСв отличие от INOCAотмечались более выраженные изменения ЛДФ (σ и Kv снижены на 50% и 45% соответственно; $p<0,001$). CKD-EPI отрицательно коррелировала с параметром σ ($r = –0,711$; $p = 0,006$) и положительно с плотностью глубокого капиллярного сплетения ($\rho = 0,750$; $p = 0,003$). У пациентов с INOCA выявлена сильная положительная корреляция CKD-EPI с плотностью глубокого капиллярного сплетения ($\rho = 0,812$; $p = 0,05$).
Выводы.
У пациентов с ИБС выявлена взаимосвязь между CKD-EPI и микроциркуляцией сетчатки и конъюнктивы. При оИБС доминируют нарушения перфузии конъюнктивы, тогда как при INOCA более выражены микрососудистые изменения в сетчатке. В этой группе обнаружены наиболее сильные корреляции уровня креатинина и CKD-EPI с плотностью глубокого капиллярного сплетения.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Яковлев М.Ю., Князева Т.А., Гришечкина И.А.
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Одним из важных вопросов курортологии и восстановительной медицины в настоящее время является научное обоснование оптимальных сроков санаторно-курортного лечения при наиболее распространенных заболеваниях. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации.
Цель исследования. Сравнить клиническую эффективность санаторно-курортного лечения у пациентов с АГ продолжительностью 7, 14, 18 и 21 день.
Материалы и методы. Проведено открытое проспективное рандомизированное клиническое исследование 50 пациентов с АГ. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от срока санаторно-курортного лечения: 7, 14, 18, 21 день. До и после лечения проводились общеклинический осмотр, электрокардиография (ЭКГ), Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, биохимическое исследование крови, тест 6-минутной ходьбы, тестирование с помощью теста качества жизни и госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Лечение включало диетотерапию, модификацию образа жизни (отказ от курения, расширение повседневной физической нагрузки) и прием ранее назначенной базисной медикаментозной терапии, лечебную физическую культуру, дозированную ходьбу по маршрутам терренкура, сухие газо-воздушные углекислые ванны («Реабокс», Россия), воздействие низкочастотным магнитным излучением («Magnetomed 8400», Италия), синусоидальными модулированными токами («Intelect advanced», США), ручной массаж.
Результаты. Отмечено статистически значимое снижение уровня артериального давления. частоты сердечных сокращений у пациентов при сроке СКЛ длительностью в 7 дней, повышение толерантности к физической нагрузке и качества жизни пациентов в группах при СКЛ 7 дней, которые сохранялись при сроках лечения длительностью 14, 18 и 21 день. Показатели липидного спектра крови (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды), мочевины и креатинина, глюкозы в сыворотке крови статистически достоверно снижались на 14, 18 и 21 день.
Выводы.
Выявленная динамика клинических показателей в различные сроки СКЛ и проведение оценки отдаленных исходов СКЛ через год позволят создать основу для разработки дифференцированного подхода к определению оптимальной продолжительности СКЛ.

СТРУКТУРА ПРИЧИН ОТСТРАНЕНИЙ ОТ РЕЙСА (СМЕНЫ) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДРЕЙСОВЫХ (ПРЕДСМЕННЫХ) МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Якупов А.Ш., Манн Ю.А., Егорова Л.А., Мясоедова Е.И.
ООО «Линия медконтроля», г. Москва, Россия

Актуальность. Предрейсовые (предсменные) медицинские осмотры являются основой системы медицинского обеспечения трудовой деятельности и безопасности дорожного движения, способствуя сохранению здоровья работника и активному трудовому долголетию. Их цель — не пропустить значимых изменений в состоянии здоровья работников и/или предвестников развития этих изменений.
Цель исследования. Проанализировать структуру причин отстранений от рейса (смены) по результатам проведения предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров с использованием медицинских изделий.
Материалы и методы. В период с 01.12.2024 по 31.05.2025 г. в 450 организациях проведено 1 678 669 предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров, порядок проведения которых и перечень включаемых в них исследований регламентировался приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 мая 2023 г. № 266н «Об утверждении Порядка и периодичности проведения предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров, медицинских осмотров в течение рабочего дня (смены) и перечня включаемых в них исследований». Средний возраст работников составил 48 [23; 62] лет. Для проведения предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров использовались автоматизированные аппаратно-программные комплексы ЭСМО — электронная система медицинских осмотров. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 12.0.
Результаты. По результатам проведения 1 678 669 (100%) предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров было отстранено 385 419 работников, что составило 22,9%.
Выводы.
Полученные данные свидетельствуют о превалировании изменений со стороны сердечно-сосудистой системы в структуре причин отстранения от рейса (смены) по результатам проведения предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров с использованием медицинских изделий. В связи с эти необходим дополнительный систематический медицинский контроль и наблюдение за здоровьем работников и участников дорожного движения, повышение их информированности, обеспечение доступности медицинской помощи, при этом важной составляющей в сохранении их здоровья является осознанность, ответственность и дисциплина самих работников.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО СТЕНОЗА ДВУСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ У ПАЦИЕНТА СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩЕГОСЯ ТЯЖЕЛОЙ АТЛЕТИКОЙ

Янин А.С., Дубоносова С.В.
ФГБОУ ВО «ТулГУ», г. Тула, Россия

Актуальность. Регулярное углубленное медицинское обследование спортсменов, особенно тех, кто старше 45 лет, критически важно для обеспечения безопасности, предотвращения заболеваний и травм, оптимизации тренировочного процесса и достижения высоких результатов.

Описание случая. Пациент Т., 51 год, обратился на прием к кардиологу в январе 2025 г. с жалобами на нестабильную артериальную гипертензию (АГ), повышение уровня общего холестерина в биохимическом анализе крови. Анамнез болезни: АГ, гиперхолестеринемия с 2024 г., лекарственные препараты не принимал, за медицинской помощью по поводу АГ не обращался. Анамнез жизни: с детства занимается силовыми видами спорта, продолжает занятия тяжелой атлетикой, углубленное специализированное обследование за последние годы не проходил. Длительное время курит по 1 пачке в день. Объективно: ИМТ 28,4 кг/м^2. Смещение относительной тупости сердца влево, грубый систолический шум на аорте. Пациент направлен на дообследование. ЭКГ (январь 2025 г.): Ритм синусовый. ЭОС отклонена резко влево. УЗДГ БЦА (февраль 2025 г.): гемодинамически незначимый стеноз ВСА 20-25% билатерально. ЭхоКГ (апрель 2025 г.): Аневризма восходящего отдела аорты до 51мм. Двустворчатый аортальный клапан (АК). Кальциноз створок АК 2 степени, сращение левой коронарной и некоронарной створки АК, регургитация 2 степени, умеренный стеноз с максимальным градиентом давления 26 мм.рт.ст. Гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ), фракция выброса 61%, релаксация нарушена по I типу. МРТ с контрастированием грудного отдела аорты (апрель 2025 г.): аневризма восходящего отдела аорты. Занятия спортом были запрещены, пациент направлен к кардиохирургу для решения вопроса об оперативном вмешательстве. Июль 2025 г.: учитывая бесперспективность консервативной терапии, в плановом порядке, выполнена операция — протезирование аортального клапана, пластика восходящего отдела аорты в условиях искусственного кровообращения. Интраоперационно: размер аневризмы восходящего отдела аорты составил 62мм. В раннем послеоперационном периоде развилась полная поперечная блокада, имплантирован двухкамерный ЭКС. Пациент был выписан под амбулаторное наблюдение кардиолога по месту жительства, рекомендовано освидетельствование МСЭК для получения группы инвалидности. Получено информированное согласие на использование медицинских данных пациента в научных целях.

Заключение.

Данный клинический случай показывает важность проведения регулярного углубленного обследования спортсменов различных возрастных групп, особенно у людей старше 45 лет, с целью своевременного выявления отклонений в состоянии здоровья и их коррекции.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И ЕГО ЛИМИТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Ярцева С.В., Победенная Г.П., Скиба Т.А.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки МЗ РФ, г. Луганск, Россия

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и сахарный диабет (СД) 2-го типа значительно распространены. Сочетание БА и СД 2-го приводит к формированию синдрома взаимного отягощения, что затрудняет подбор эффективной терапии и ускоряет развитие осложнений. Одним из патогенетических звеньев БА является системный оксидативный стресс, что приводит к повреждению структуры бронхов, ослабляет иммунную систему ппациента. Преобладание процессов липопероксидации при СД 2-го типа из-за нарушений углеводного обмена стимулирует ферментативное аутоокислительное гликозилирование, которое способствуют развитию сосудистых нарушений. Изучение показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у больных БА, сочетанной с СД 2-го типа, и влияния на них средств базисного лечения является важным направлением повышения его эффективности.
Цель исследования. Изучить показатели ПОЛ и АОЗ в крови пациентов с обострением БА, сочетанной с СД 2-го типа, и влияние на них средств базисной терапии.
Материалы и методы. Наблюдали 215 пациентов с обострением персистирующей БА средней степени тяжести в возрасте (28,6±2,4) лет, в т.ч. у мужчин — 88 (40,9%), у женщин — 127 (59,1%). Среди обследованных больных с БА было 64 — I группа, лиц с БА в ассоциации с СД 2-го типа — 151 (II группа). Диагноз БА и СД 2-го типа, а также объем лечения устанавливали в соответствии с существующими протоколами. У всех пациентов в сыворотке крови определяли показатели пероксидации: малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгат (ДК), а также антиоксидантной защиты: каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Для выработки референтной нормы всех показатели обследовали 32 здоровых доноров такого же пола и возраста.
Результаты. У больных II группы уровень МДА был выше, в среднем, в 2,6 раза, а ДК — в 2,0 раза от референтной нормы.
Выводы.
Преобладание повышения показателей липопероксидации над возрастанием активности ферментов антиоксидантной защиты можно оценить как оксидативный стресс, возникший в период обострения БА у лиц обеих исследованных групп, активность которого была выше у пациентов с коморбидным СД 2-типа. Оксидативный стресс у пациентов с БА без коморбидности был лимитирован активностью ферментов АОЗ на фоне лечения. У больных БА, сочетанной с СД 2-го типа, в период обострения БА оксидативный стресс не устранился базисными средствами. Динамика содержания каталазы и СОД в сыворотке крови в период обострения БА, сочетанной с СД 2-го типа, свидетельствовала, что система АОЗ выявилась несостоятельной полностью компенсировать гиперактивность ПОЛ, что должно быть учтено при выборе направлений антиоксидантной терапии.

УСПЕШНАЯ ПРАКТИКА ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИЕЙ (ЭКМО) У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ясновская А.А., Дедов Е.И.
ГКБ им. В.М. Буянова, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Актуальность. Сегодня практическая деятельность врачей многопрофильных стационаров не представляется без ЭКМО в связи с ее высоким потенциалом спасения жизни пациентов.
Описание случаев. С декабря 2023 г. по июнь 2025 г. на базе городской клинической больницы им.В.М.Буянова проведен ретроспективный анализ данных 19 пациентов [а один пациент поступил с дыхательной недостаточностью на фоне смешанной астмы, осложнившейся астматическим статусом, которому проводилась вено-венозная ЭКМО; остальным проводилась вено-артериальная (ВА) ЭКМО, из которых 12 пациентов поступило с направительным диагнозом: ОКС с подъемом сегмента ST, 3 человека — ОКС без подъема ST, по 1 человеку с СССУ, рецидивирующей фибрилляцией желудочков, нестабильной стенокардией], поступивших с кардиогенным шоком, которым проводилась ЭКМО. Одним из успешных примеров был мужчина, 50 лет, поступивший в больницу с направительным диагнозом: ОКС с подъемом сегмента ST, осложненный кардиогенным шоком. Выполнены: коронароангиография со стентированием, инициирована ВА-ЭКМО с производительностью 1500 rpm и выходом на объемную скорость перфузии до 5000 rpm с успешным пролонгированием ее до 3 суток и последующей ревизией бедренных сосудов справа, деканюляцией, отключением. Пациенту в динамике проводилась эхокардиография, где отмечался подъем глобальной сократимости до 58% (было 44%) с уменьшением гипокинеза верхушки левого желудочка (ЛЖ), перегородочной стенки. При лабораторном мониторинге отмечена повышение маркеров некроза миокарда с максимальной концентрацией маркеров на вторые сутки нахождения в больнице и снижающиеся параллельно проведению ЭКМО [общая КФК 3776,0 ЕД/л, КФК-МВ 358,8 ЕД/л, тропонин>40,000мкг/л]; отмечалось снижение гемоглобина крови до 72 г/л, корректируемое компонентами крови [криопреципитатом, плазмой, эритроцитарной взвесью]; незначительное повышение печеночных ферментов в течение первых суток; маркеры системной воспалительной реакции (СВР) незначительно были повышены на четвертые сутки госпитализации с последующей нормализацией. На фоне трехкратных процедур ЭКМО, отмечена положительная динамика в состоянии пациента в виде стабилизации гемодинамики, прироста фракции выброса ЛЖ, увеличения локальной сократимости, нормализации уровня маркеров некроза миокарда, СВР.
Заключение.
Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. ЭКМО как метод лечения острой сердечной недостаточности показан пациентам с кардиогенным шоком.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВ

Яцына И.В., Шеенкова М.В.
ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, г. Москва, Россия

Актуальность. К числу приоритетных производственных факторов артериальной гипертензии (АГ) относится тяжелый физический труд. Высокая распространенность АГ среди трудоспособного населения и негативное влияние на демографические показатели: частые и длительные заболевания с временной утратой трудоспособности, снижение продолжительность жизни обосновывает актуальность изучения клинических особенностей заболевания у лиц тяжелого физического труда.
Цель исследования. Изучение особенностей АГ лиц, чья работа связана с высокой тяжестью трудового процесса.
Материалы и методы. Обследовано 260 работников авиационного машиностроения. В 1 группу из 143 обследованных вошли работники тяжелого физического труда, во 2 группу вошли 117 работающих с легкой и средней физической нагрузкой. Проведено изучение степени повышения артериального давления (АД), суточного профиля АД. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.5.0.
Результаты. При сопоставимых уровнях распространенности АГ в 1 и 2 группах, составивших 35,7% и 31,6% соответственно, шансы оптимального АД в 1 группе в 2,5 раза ниже, чем среди обследованных 2 группы, ОШ=0,4 (95%ДИ: 0,24-0,66), $\chi 2 = 12,19$.
Выводы.
Особенности сердечно-сосудистой системы работников тяжелого физического труда состоят в увеличении распространенности высокого нормального АД, что сопряжено с высоким риском АГ и сердечно-сосудистых осложнений. Высокая тяжесть трудового процесса ассоциирована с повышенной вероятностью нарушения суточного профиля АД, что следует учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий.