ISSN 2412-4036 (Online)

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ

РНМОТ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ

ТЕРАПИЯ
THERAPY

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

VI ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»

VI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

КАЗАНЬ,
25–26 МАЯ, 2023 Г.

ОРГАНИЗАТОРЫ:

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (EFIM)

МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ (ISIM)

МИНЗДРАВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЗ РФ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ТЕРАПИЯ №3»

(ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ)

VI ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ
«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ БОЛЬНОЙ»
VI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

КАЗАНЬ, 25-26 МАЯ, 2023

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Под редакцией:

Е.Н. Белоусовой,

к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, председатель секции молодых терапевтов РНМОТ

Н.Д. Кобзевой,

к.м.н., доцент кафедры терапии с курсом поликлинической терапии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, секретарь секции молодых терапевтов РНМОТ

В.А. Кокорина,

д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии им. академика П.Е. Лукомского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ученый секретарь РНМОТ

Российское научное медицинское общество терапевтов
РНМОТ

СОДЕРЖАНИЕ	
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н. Оценка гиполипидемической терапии при ишемической болезни сердца с атеросклеротическим поражением сонных артерий после стентирования	23
Абдулхакова Д.А. Рентгенологические наблюдения дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений	25
Абулдинова О.А., Приходько О.Б. Состояние периферической микроциркуляции при постковидном синдроме	27
Адиева А.А., Иванова Е.В., Белоусова Е.Н., Костерина А.В. Дифференциальная диагностика приобретенной гемофилии А на примере клинического случая	29
Акберова Д.Р., Мидхатова К.И. Сахарный диабет в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	31
Акберова Д.Р., Одинцова А.Х. Оценка уровней некоторых цитокинов у пациентов с циррозом печени в исходе аутоиммунных заболеваний печени	33
Акберова Д.Р., Одинцова А.Х. Оценка уровней цитокинов IL-6, IL-8, TNF-α у пациентов с первичным билиарным холангитом в зависимости от внепеченочных проявлений	34
Акопян Д.Г., Усикова М.А., Рябоконева Т.Ю., Хатламаджиян В.В., Гасанов М.З. Клинический случай успешного ведения беременной женщины, получающей лечение программным гемодиализом	36
Александров М.В., Ушакова С.Е. Внедрение стабилометрического исследования в работу гериатрического отделения	38
Александров М.В., Ушакова С.Е. Особенности гипотензивной терапии у пожилых больных с синдромом риска падений	40
Александров М.В., Ушакова С.Е. Эффективность скрининга с целью выявления синдрома старческой астении в ходе диспансеризации	42

Александров М.В., Ушакова С.Е. Проблемы выбора физкультурных комплексов для больных артериальной гипертонией с синдромом старческой астении	44
Александров М.В., Пайкова А.С. Частотный анализ хронических неинфекционных заболеваний и синдром старческой астении	46
Алексеева М.В. Нефротический синдром во время беременности	48
Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С. Корелляционный анализ когнитивных расстройств у больных с гипертонической болезнью	50
Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С. Сравнительный анализ качества жизни больных на фоне приема ривароксабана и варфарина	52
Андреева Д.В., Бурсиков А.В., Валиуллина Е.Ш. Трудности диагностики системных васкулитов в практике врача-терапевта	54
Андреева Е.А., Козлова А.Н., Троицкая Е.А., Кобалава Ж.Д. Характеристика постуральных реакций у пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией сердечной недостаточности	56
Аптикеева Н.В., Овсянникова О.Ю. Особенности диагностики невриномы слухового нерва у пациентки с длительным анамнезом сенсоневральной тугоухости	58
Апухтин А.Ф. Неинвазивная диагностика изменений Locus morbi сосудов микроциркуляции при неконтролируемой артериальной гипертонии: выявление периваскулярных поражений	59
Асатуллина З.Р., Синеглазова А.В. Нарушения углеводного обмена и инсулинорезистентность при неалкогольной жировой болезни печени	61
Афанасьев Н.Е., Батурин В.А., Позднякова О.Ю., Муравьев К.А., Сочилова С.Д., Семеняк О.В. COVID-19 в Ставропольском крае: особенности течения, лабораторной диагностики и фармакотерапии в многопрофильном стационаре	63
Ашуров Г.М., Шушакова М.В., Семенова Е.А., Ефремова А.Ю. Оценка комплаентности к безглютеновой диете по данным самообследования пациентов с целиакией	65

Бадма-Горяева Ц.С., Динов Р.М., Белоусова Е.Н., Мухаметова Д.Д. Сравнительное исследование методов диагностики нутритивного статуса у пациентов с циррозом печени: GLIM, NRS-2002, RFH-NPT	67
Бадулина Н.А., Деев Д.А., Самсонова Е.Н. Оценка психоэмоционального статуса у больных с хронической обструктивной болезнью легких и сахарным диабетом 2-го типа	69
Бауло Е.В., Белостоцкий Н.И., Парфенов А.И. Влияние ребамипида и диеты low-FODMAP на активность карбогидраз тонкой кишки у пациентов с энтеропатией с нарушением мембранного пищеварения	71
Белова Г.В., Романенко И.А. Многоликий сахарный диабет (клиническое наблюдение)	73
Белова Г.В., Романенко И.А. Частота раннего выявления сахарного диабета при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения	75
Берман А.А., Тонкопряд М.В., Герасименко О.Н., Толмачева А.А. COVID-19 как фактор риска нарушений ритма сердца на примере клинического случая	77
Богданова А.Р., Сигитова О.Н., Полькова А.А., Муслюмова А.А. Пациент с метаболическим синдромом и коморбидными заболеваниями (клинический случай)	79
Бодрягина Е.С. Опыт ведения пациента с язвенным колитом и сопутствующим синдромом раздраженного кишечника	81
Бодрягина Е.С., Гайнуллина Г.Р., Набатов А.А. Определение свободных сульфатов и 5-гидроксииндолуксусной кислоты мочи у пациентов с ВЗК	83
Борисова М.А., Лукина Г.В., Лучихина Е.Л., Каратеев Д.Е., Смирнов А.В., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л. Абатацепт тормозит рентгенологическое прогрессирование у пациентов с ревматоидным артритом: результаты 12-месячного наблюдения	85
Борисова М.А., Лукина Г.В., Волков А.Н., Северинова М.В., Сайковская Т.М., Алексеева О.Г., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л. Несовпадение клинической и инструментальной ремиссии у пациентов с ревматоидным артритом	87

Бурсиков А.В., Валиуллина Е.Ш. Оценка состояния сознания и его динамика на фоне лечения пожилой пациентки с коморбидной патологией	89
Василевская А.С., Шелухина С.В., Ворначева И.Ю., Карпова Л.И., Разживина Е.Г., Лаврушин А.А. Клинический случай больного язвенным колитом	91
Василевская А.С., Шелухина С.В., Симко С.С., Забродина О.Н., Аксентьева О.В., Егорова О.Ю. Клинический случай пищевода Барретта	93
Василевская А.С., Шелухина С.В., Судакова Н.А., Назарова Т.Н., Борисова Л.С., Вердеревская И.А. Изменение моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей у больных, перенесших COVID-19	95
Вишняк Д.А., Алипкачева М.У., Иманмурзаева Д.М., Бекболатова К.Б., Зиннуров Р.Г. Оценка старческой астении у пациентов на гемодиализе	97
Вишняк Д.А., Ерофеева А.В., Бугрова Д.Д., Зиннуров Р.Г., Каримова А.Х. Современные возможности диагностики болезни Фабри среди пациентов нефрологического профиля города Сургута	99
Вишняк Д.А., Мехралыева Н.П., Каримова А.Х., Хайруллина Г.М., Исаева А.Г., Каримова Г.А. Пункционная нефробиопсия и ее клинико-диагностическое значение на примере опыта Сургутской окружной клинической больницы	101
Воронина Н.Л., Алиев Д.Б., Гайдукова И.З. Изменения минеральной плотности костной ткани у пациентов молодого и среднего возраста с системной красной волчанкой	103
Врублевский А.Н., Карпенко Д.Г., Ларина В.Н. Когнитивные нарушения и кардиометаболическое здоровье у долгожителей	105
Выжигин Д.А., Новосел Е.О., Шупенина Е.Ю., Васюк Ю.А., Жукова Л.Г., Астахов Д.А. Влияние нарушений ритма и проводимости на клинико-функциональное состояние и течение основного заболевания у онкологических пациентов	107
Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Клинико-ультразвуковые характеристики поражения энтезисов при воспалительных заболеваниях кишечника	109

Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Взаимосвязь течения язвенного колита с поражением суставов и энтезисов	111
Галеева Ш.Ш. Клинический случай острого правостороннего инфекционного эндокардита, осложненная пневмонией с полирезистентной флорой	113
Галеева Ш.Ш. Клинический случай полиморбидного пациента с хронической сердечной недостаточностью, запущенной формой подагрического артрита и поражением почек: трудности медикаментозной терапии	115
Галеева Ш.Ш., Галяутдинов Г.С., Ибрагимова К.Р. Индекс коморбидности Чарлсона у пациентов с пароксизмальной и постоянной/персистирующей формой фибрилляции предсердий	117
Галиева А.М., Валитова А.Д., Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н., Черемина Н.А. Дебют внекишечных проявлений язвенного колита после колэктомии	119
Гараева А.Р., Лапшина С.А., Анисимов В.И., Абдракипов Р.З., Габдуллина З.Н., Абдулганиева Д.И. Особенности МРТ-изменений атлантоаксиальной области у пациентов с анкилозирующим спондилитом и их связь с клинико-лабораторными характеристиками	121
Гараева А.Р., Шапорева К.Р., Сухорукова Е.В., Заманова Э.С., Лапшина С.А. Многокомпонентность болевого синдрома у пациентов с ревматическими заболеваниями	123
Гарбузова Е.В., Шрамко В.С., Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Стахнева Е.М., Кургузов А.В., Мурашов И.С., Чернявский А.М., Рагино Ю.И. Адипоцитокиновый профиль у пациентов с нестабильными атеросклеротическими бляшками и абдоминальным ожирением	125
Гасанов М.З., Батюшин М.М. Терминальная почечная недостаточность и прогрессирующая потеря мышечной массы у пациентов, получающих заместительную почечную терапию	127
Гачкова И.Н., Крючков М С. Сергеева О.В., Евсевьева М.Е. Показатели центральной гемодинамики у молодых женщин с учетом различных вариантов артериальной гипертензии по результатам СМАД	129
Георгинова О.А., Кириллова К.И., Валеева Д.Л., Павликова Е.П., Краснова Т.Н., Камалов А.А. Оценка кардиоваскулярного риска (mSCORE/Q-RISK) и цитокинового профиля у пациентов с воспалительными и метаболическими заболеваниями суставов	131

Головина Н.Б. Частота встречаемости коморбидной патологии у пациентов с псориатическим артритом	133
Голубев М.Е, Коваленко В.Н., Давиденко И.Ю., Волкова Н.И. Изучение влияния питания на развитие подтипов гестационного сахарного диабета	135
Горбунова А.М., Герасименко О.Н., Шпагин И.С. Фенотип вибрационной болезни в сочетании с артериальной гипертензией: вопросы диагностики нутритивно-метаболических нарушений	137
Горшенина О.В. Анализ первичной инвалидности населения в возрасте 18 лет и старше вследствие болезней мочевыделительной системы в Иркутской области за 2020–2022 гг.	139
Гостюнин Т.Д., Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И., Мутигуллин Р.Д. Клинический случай системного амилоидоза с поражением кожи, печени, почек, сердца и нервной системы	141
Гуркина А.А., Стуклов Н.И. Коррекция анемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, анализ эффективности	143
Гусарова Н.С., Леонова И.А. Лечение микроваскулярной стенокардии методом электрической стимуляции спинного мозга	144
Давлетова М.А., Ставцева Ю.В., Кобалава Ж.Д. Каждый четвертый пациент с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью имеет высокий риск кровотечений, который может быть минимизирован у почти 90% больных	146
Давлетова М.А., Ставцева Ю.В., Кобалава Ж.Д. Прямые антикоагулянты: ошибки дозирования у госпитализированных пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью	148
Дворовкин А.Э. Клинический случай: опыт применения упадацитиниба у пациента старшей возрастной группы с длительно протекающим ревматоидным артритом и резистентностью к стандартной терапии	150
Джафарова А.Р., Черенкова В.В., Андреев Д.Н. Распространенность и риск развития саркопении у пациентов с хроническим панкреатитом: метаанализ	152

Динов Р.М., Бадма-Горяева Ц.С., Белоусова Е.Н., Мухаметова Д.Д. Оценка мальнутриции и астении (frailty) у пациентов с циррозом печени	154
Дударев В.М., Шкляев А.Е. Возможности суточной pH-импедансометрии в дифференциальной диагностике неэрозивной ГЭРБ	156
Евдокимова Н.Е., Цыганкова О.В., Латынцева Л.Д. Растворимый белок – супрессор онкогенности-2 и N-терминальный фрагмент мозгового натрийуретического пептида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса, предиабетом и абдоминальным ожирением	158
Елисеева Л.Ю., Боровкова Н.Ю., Зубеев П.С., Зубеева Г.Н. Предикторы неблагоприятного прогноза течения COVID-19 у пациентов с кардиоваскулярной патологией на госпитальном этапе	160
Елисеева Л.Ю., Боровкова Н.Ю., Зубеев П.С., Зубеева Г.Н. Анализ сердечно-сосудистой патологии у коморбидных пациентов в условиях COVID-госпиталя	163
Епифанова Е.Э. Тиреотоксикоз в условиях йододефицита Кузбасса	165
Жданова Е.В., Рубцова Е.В. Патофизиологические механизмы впервые выявленных нарушений сердечно-сосудистой системы в постковидном периоде	167
Жучкова С.М., Бусалаева Е.И., Маркова Т.Н. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у студентов медицинского факультета	170
Забродина М.Д., Резникова Е.Н., Афанасьева Т.С. Изменения на электрокардиограмме при декстрокардии	172
Заманова Э.С., Шамсутдинова Н.Г., Абдулганиева Д.И. Системная склеродермия и новая коронавирусная инфекция (COVID-19)	174
Замятин К.А., Ларина В.Н. Цифровые средства повышения приверженности лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью	176
Зимина Ю.Д., Герасименко О.Н. Клинический случай дилатационной кардиомиопатии после перенесенной коронавирусной инфекции	178

Зимина Ю.Д., Толмачева А.А., Горбунова А.М., Знахаренко Е.А., Герасименко О.Н. Медицинская реабилитация больных с саркоидозом легких после перенесенной коронавирусной инфекции на примере клинического случая	180
Зиннатуллина А.Р., Салимзянова А.Р. Трудности подбора антибиотикотерапии для лечения инфекционного эндокардита на примере клинического случая	182
Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф. Повторные госпитализации при хронической обструктивной болезни легких: особенности инфекционных обострений	184
Зорина В.В., Мельникова Е.С., Иванова А.А., Гуражева А.А., Максимов В.Н. Исследование ассоциации морбидного ожирения у жительниц Кировского и Октябрьского районов города Новосибирска с вариантами нуклеотиднои□ последовательности генов TCF7L2, FABP2, FTO	186
Зурилин Е.А., Фам Л.В., Шаробаро В.И. Смысложизненные ориентации у больных циррозом печени с различной степенью выраженности асцита	188
Иванова А.Д., Чудинов А.Л., Гайдукова И.З. Особенности течения АНЦА-ассоциированных васкулитов при заболевании новой коронавирусной инфекцией	190
Иванова К.Н., Бакулин И.Г. Улучшение качества жизни у пациентов с минимальной печеночной энцефалопатией и циррозом печени на фоне модуляции гипераммониемии	192
Иванова Н.Ю., Ядрова Д.Д., Руденко И.Б. Эффективность использования лечебных санаторно-курортных факторов в реабилитационной программе медицинских работников с постковидным синдромом	194
Казарин Д.Д., Шкляев А.Е., Чупина М.С. Качество жизни у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в постковидном периоде	196
Калашникова Д.В. Факторы риска развития дисплазии в костном мозге у пациентов с ВИЧ-инфекцией и цитопенией	198
Кахаров И.И. Эндоваскулярные вмешательства при поражениях ствола левой коронарной артерии при ишемической болезни сердца	200

Каширина А.П., Мустафина С.В., Симонова Г.И. Является ли холестерин липопротеидов невысокои□ плотности маркером метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа? Популяционное исследование	201
Ким С.С., Садыкова К.М., Фейсханова Л.И. Взаимосвязь гипертриглицеридемии с коморбидными состояниями	203
Кириллова Э.Р., Мухаметшина Э.И., Хамзина Ф.Т. Гендерные особенности состояния печени у пациентов с псориатическим артритом по данным ультразвукового исследования	205
Ковальчук М.С., Стуклов Н.И., Гуркина А.А., Кислый Н.Д. Характеристика железодефицитных синдромов у пациентов мужского пола с нормоцитарной анемией в амбулаторной практике врача-терапевта	207
Ковбасюк Я.И., Троицкая Е.А., Кобалава Ж.Д. Частота и структура недифференцированных дисплазий соединительной ткани в популяции Приднестровья	209
Козлова А.Н., Андреева Е.А., Троицкая Е.А., Кобалава Ж.Д. Ортостатическая гипотония у пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией сердечной недостаточности – вероятный маркер повышенного риска повторной госпитализации в течение 6 месяцев	211
Кокорина Ю.А., Максудова А.Н., Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И., Хидиятова А.Ф., Левина С.М. Случай острого инфаркта миокарда у молодого пациента с de novo выявленным нефротическим синдромом	213
Колесников П.Е., Визель А.А. Синдром усталости после перенесенной инфекции COVID-19: портрет пациента	215
Колосова Т.Н., Байкова О.А. Случай развития синдрома Стивена–Джонсона и тяжелого лекарственного поражения печени при приеме аллопуринола	217
Контарева Н.И., Андриамануэри Р.Т., Хрулева Ю.В., Ефремовцева М.А., Кобалава Ж.Д. Ассоциация альбуминурии с системным застоем по данным ультразвуковых исследований у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности	219
Королева М.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Аверкиева Ю.В. Осведомленность об остеопорозе среди населения	221

Корсакова Д.А., Смирнова М.П., Чижов П.А. Гендерные различия уровня ST2 у пациентов с хронической сердечной недостаточностью	223
Корчукова В.В., Усачева К.Е., Пластинина С.С., Калинникова Л.А. Проблемы рациональности фармакотерапии у лиц старшей возрастной группы в амбулаторных условиях	225
Корягин В.С., Мальцев А.И., Мелехова О.Б., Корягина Н.А. Встречаемость нарушений метаболизма глюкозы у больных с острым коронарным синдромом в период пандемии	227
Корягин В.С., Мелехова О.Б., Корягина Н.А. Жесткость сосудов и миокарда у женщин, имеющих артериальную гипертензию	229
Кудинова Е.В., Ставицкая Д.П., Волкова Н.И., Давиденко И.Ю. Сложности коррекции нарушенной выработки андрогенов при сочетании у одного пациента врожденной дисфункции коры надпочечников и синдрома Клайнфельтера	231
Кузнецова К.В. Влияние сахарного диабета 2-го типа на частоту и выраженность факторов риска и сердечно-сосудистые осложнения у больных гипертонической болезнью	233
Кузнецова С.О., Малышенко О.С., Королева М.В., Летаева М.В., А веркиева Ю.В. Клинические особенности течения COVID-19 у пациентов разных возрастных групп	235
Кунарбаева А.К. Миопатия дыхательных мышц у больных сахарным диабетом 2-го типа	237
Купкенова Л.М. Анализ РКТ ОГК через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника	239
Купкенова Л.М. Оценка функции внешнего дыхания у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в постковидном периоде	241
Купкенова Л.М. Характер течения воспалительных заболеваний кишечника, в постковидном периоде у пациентов, перенесших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2 в зависимости от наличия дыхательной недостаточности	243
Купкенова Л.М., Шамсутдинова Н.Г. Частота развития постковидного синдрома у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, перенёсших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2 в зависимости от наличия дыхательной недостаточности	245

Кутлуева Ф.А., Попов А.А. Оценка частоты и тяжести старческой астении у пациентов территориального терапевтического участка	247
Лагутина С.Н., Зуйкова А.А., Добрынина И.С., Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Скуратова О.С. Изучение микробиоты кишечника: новые подходы в диагностике воспалительных заболеваний кишечника	249
Лебедев М.А., Овчинников Ю.В., Паценко М.Б., Гуляев Н.В. Изменения системы гемостаза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью	251
Лунев В.И., Ларина В.Н. Маркеры клинической тяжести амбулаторных пациентов с сердечной недостаточностью	253
Лучникова Т.А., Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В. Клинико-функциональные взаимосвязи течения бронхолегочных заболеваний, курения и уровня витамина D	255
Лямина Н.П. Модель скрининга нарушений ритма сердца в процессе кардиореабилитации	257
Максимова О.В., Макеева О.А., Волонцевич И.А., Гайдукова И.З. Адаптация русскоязычной версии опросника по прогнозированию риска появления симптоматического остеоартрита коленного сустава в ближайшие 4 года	259
Мальцева И.В., Котовщикова Е.Ф., Селезнева А.А. Психовегетативных расстройств при недифференцированной дисплазии соединительной ткани у лиц молодого возраста (18–21 года)	261
Манто В.С., Свистун О.В. Особенности вариабельности ритма сердца у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от композитного состава тела	263
Маркус Э.А., Исаева А.В. Нестандартный алгоритм диагностического поиска у пациентки молодого возраста с лихорадкой неясного генеза от первичного амбулаторного звена до перевода в медицинское учреждение 3-го уровня	265
Марусина А.А., Гайдукова И.З. Случаи атипичных переломов у пациентов с псориатическим спондилоартритом и остеопорозом на фоне одновременной терапии ингибиторами интерлейкина 17 и золедроновой кислотой	267

Мастерова М.М., Труханова М.А., Потапенко А.В., Рыбакова Г.В., Петерс Т.В., Павликова Е.П., Малахов П.С. Клинический случай синдрома Гийена–Барре	269
Мастерова М.М., Гиноян Г.А., Георгинова О.А. Клинический случай эозинофильного гранулематозного полиангиита	271
Микава К.Р., Карпенко Д.Г., Ларина В.Н. Клинический профиль амбулаторных пациентов с гиперурикемией и сердечной недостаточностью	273
Милащенко А.И., Гришина И.Ф., Попов А.А. Изменение структурно-функционального состояния левых камер сердца при ХОБЛ	275
Миронова Д.С., Филатова Д.А., Мершина Е.А., Труханова М.А., Вайпан Д.В., Середенина Е.М., Вартанян Э.Л., Поляков Р.С. Компьютерно-томографическая перфузия миокарда как альтернатива стандартным стресс-пробам у пациента с коронарным атеросклерозом	277
Мирошниченко А.И. Оценка дневной сонливости как метод диагностики обструктивных нарушений дыхания во сне	279
Мисан И.А., Аришева О.С., Гармаш И.В., Галочкин С.А., Кобалава Ж.Д. Роль биоимпедансного анализа при оценке статуса гидратации у пациентов, госпитализированных с декомпенсацией сердечной недостаточности и неалкогольной жировой болезнью печени	281
Мисан И.А., Аришева О.С., Гармаш И.В., Толкачева В.В., Назаров И.С., Кобалава Ж.Д. Особенности терапии петлевыми диуретиками у пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью при неалкогольной жировой болезни печени	283
Митриченко У.М. Гранулематоз с полиангиитом – путь к верному диагнозу длиной в полгода	285
Митриченко У.М. Распространенность и структура сердечно-сосудистых осложнений новой коронавирусной инфекции у пациентов, перенесших ишемический инсульт	287
Мовчан Е.А., Галкина Е.В. Частота, тяжесть течения и исходы COVID-19 у реципиентов почечного трансплантата	289
Молоствова А.Ф., Салимова Л.М., Хабирова Г.И. Клинический случай полиморфной желудочковой экстрасистолии у беременной женщины	291

Молоствова А.Ф., Салимова Л.М. Диагностика гепарин-индуцированной тромбоцитопении II типа в современной клинической практике	293
Москвин Ф.М., Осипянц Р.А., Троицкая Е.А., Вельмакин С.В. Острый психоз у беременной в дебюте системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом	295
Мустафина Г.Р., Синеглазова А.В., Шулаев А.В., Исмагилова Д.А., Трусов Н.А. Эффективность диспансеризации и профилактического медицинского осмотра в выявлении дислипидемий у лиц трудоспособного возраста	297
Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Астения в постковидный период у пациентов ревматическими заболеваниями	299
Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Продолжительность постковидных проявлений у пациентов с ревматическими заболеваниями	301
Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Вирусная пневмония и астения в когорте пациентов с ревматическими заболеваниями, есть ли взаимосвязь?	303
Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Частота развития симптомов и жалоб в рамках постковидного синдрома у пациентов с ревматическими заболеваниями	305
Мухаметшина Э.И., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И., Хамзина Ф.Т. Ультразвуковая эластография сдвиговой волной в оценке состояния печени у пациентов с псориатическим артритом	307
Насрулаева А.А., Филоненко Е.П., Гайдукова И.З. Асептический некроз: оперативно нельзя консервативно – расставим акценты	309
Никифорова А.В., Тарасова Л.В. Клинические особенности воспалительных заболеваний кишечника в гериатрической практике в Чувашской республике	311
Никифорова Т.И. Немедикаментозные технологии в снижении риска сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка	313
Нуриева А.Р., Синеглазова А.В. Ожирение и заболевания желудочно-кишечного тракта в трудоспособном возрасте	315

Овсянников Е.С. Парадокс ожирения в позиции скрининговых параметров спирометрии у больных хронической обструктивной болезни легких	317
Овсянников Е.С. Сравнительная характеристика клинико-функциональных параметров у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением	319
Овсянников Е.С. Высокий индекс массы тела как предиктор более благоприятных исходов хронической обструктивной болезни легких	321
Овсянников Е.С. Выраженность системного воспаления у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением	323
Омельченко В.О., Летягина Е.А., Курочкина Ю.Д., Акимова А.А., Овчинников В.С., Коваль В.В., Братко И.В., Королев М.А. Анализ Т-клеточного и гуморального ответа на антигены SARS-CoV-2 у больных ревматоидным артритом, получающих ритуксимаб	325
Омельченко В.О. Саркопения у женщин с ревматоидным артритом	327
Османова Г.Я. Депрессивные расстройства у больных с ревматоидным артритом	329
Пайкова А.С., Башлачева Е.А. Структура сердечно-сосудистой патологии у пациентов с синдромом старческой астении	331
Пайкова А.С., Чижова А.С., Рогозина С.Е. Феномен ортостатической гипотензии у больных артериальной гипертонией старших возрастных групп	333
Парфенова О.А., Стуклов Н.И., Вернюк М.А., Червонцева А.М., Кислый Н.Д. Лимфома с первичным поражением тонкой кишки: клинические проявления и особенности диагностики	335
Пачгина П.И., Летаева М.В., Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Малышенко О.С. Расстройства тревожно-депрессивный спектра у больных ревматоидным артритом	337
Пегашова М.А. Чижов П.А., Крюкова Т.В. Медведева Т.В. Раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний у работников промышленного предприятия	339
Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А. Динамика клинического течения тяжелой бронхиальной астмы у беременных	341

Приходько О.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А. Адаптационный потенциал у беременных с бронхиальной астмой	343
Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Лучникова Т.А., Кострова И.В. Аллергические заболевания у беременных с бронхиальной астмой	345
Путилин Л.В., Нестерова С.А., Прохоров Д.Ю. На приеме молодой пациент с нарушением сна: что должен знать терапевт и как помочь пациенту?	347
Пчелина М.М., Макова Е.В. Частота и особенности введения адъювантов в область лица у пациентов с аутоиммунными заболеваниями	349
Пятченков М.О., Щербаков Е.В. Взаимосвязь уровня уремического токсина триметиламин-N-оксида со статусом питания у больных, получающих лечение гемодиализом	351
Радченко А.С., Белоусова Е.Н. Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний: выявление и степень осведомленности о них пациентов	353
Рахимов Х.Х., Хусанов Р.А., Нуритдинов Н.А. Оценка процессов ремоделирования сосудов у больных сахарным диабетом 2-го типа, перенесших инфаркт миокарда	355
Ребровская М.М. Проблема лекарственной терапии у лиц пожилого возраста на примере клинического случая коморбидного пациента после перенесенного внутримозгового кровоизлияния с судорожным синдромом	357
Резяпова А.И. Сопоставление правильности применения 9 ингаляционных устройств у пациентов с ХОБЛ и БА в реальной клинической практике	359
Романюго Г.Д., Хусаинова Г.М., Чулков В.С. Сложный диагноз в ревматологии: поражение аорты как объект для дифференциальной диагностики между анкилозирующим спондилитом и неспецифическим аортоартериитом	361
Рязанова Л.Н., Коротеева Ю.В., Мерцалова Л.В. Клинический случай реабилитации после операции маммарнокоронарного и аортокоронарного шунтирования	363
Савкина К.В., Гайдукова И.З. Подагрический спондилит как клинический вариант подагры	365

Саляхова Е.В. Сайфутдинов Р.Г. Острая печеночная порфирия: новые подходы в изучении острой печеночной порфирии в Республике Татарстан	367
Саможенова П.С. Доброкачественная метастазирующая лейомиома легкого	369
Сафонова К.А., Дехнич Н.Н., Абраменкова Н.Ю., Честных С.В., Ильин Д.Ю. Клинический случай: коморбидный пациент с коронавирусной инфекцией COVID-19, опыт применения урсодезоксихолевой кислоты	371
Свистун О.В., Манто В.С. Особенности кардиореспираторных соотношений у лиц молодого возраста в зависимости от композитного состава тела	373
Сидорчук И.И., Гайдукова И.З., Чудинов А.Л. Трудности подбора генно-инженерной биологической терапии у пациента с поражением сердечно-сосудистой системы в рамках болезни Бехтерева	375
Симион А.Ю., Овсянников Е.С, Симион К.А. Ранняя диагностика анемии у пациентов с ишемической болезнью сердца в форме стабильной стенокардии на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи	377
Ситникова Е.Ю., Ильченко Л.Ю., Федоров И.Г., Никитин И.Г. Декомпенсация цирроза печени алкогольной этиологии в постковидном периоде	379
Скуратова О.С., Зуйкова А.А., Лагутина С.Н., Красноруцкая О.Н., Добрынина И.С. Эруптивный ксантоматоз: случай из практики	381
Соболева Е.А., Хамитов Р.Ф. Восстановительные программы при COVID-19: этапность воздействия на долгосрочные проявления	383
Соколова В.В., Афанасьева Т.С. Анализ течения беременности у женщин, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (НКВИ) в Удмуртской республике	385
Стамболцян В.Ш., Журавлева М.С. Первичный склерозирующий холангит и внутрипеченочная холангиокарцинома у пациентки с болезнью Крона	387
Стоделова Е.А., Пахомова Ю.И., Кладовикова О.В., Ларина В.Н. Нерешенные вопросы углубленной диспансеризации молодых пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции	389

Стригалева К.А., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Гафаров В.В. Личностная тревожность и отношение к своему здоровью, информированность о факторах риска и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: популяционное исследование среди молодого населения	391
Субхангулова Д.О., Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н. Гангренозная пиодермия в клинике воспалительных заболеваний кишечника	393
Суворова Н.А., Гордеев И.Г., Лучинкина Е.Е., Кокорин В.А. Влияние уровня остеопонтина на частоту госпитализаций пациентов с хронической обструктивной болезнью легких	395
Тарасова О.И., Миносян И.С. Трудности диагностики неалкогольной жировой болезни печени. Клинический случай	397
Тебуева Л.В. Клинический случай аутоиммунного полигландулярного синдрома 2-го типа (синдром Шмидта) с неклассическими проявлениями надпочечниковой недостаточности	399
Тенчурина Л.Р., Кузнецов Г.Э., Синг Пракхар, Кузнецов М. Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом	401
Терещенко Е.А., Карапетян Л.В., Контарева Н.И., Козлова А.Н., Кобалава Ж.Д. Коморбидность у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности	403
Тихонравова Д.В., Бикбавова Г.Р., Морова Н.А., Горячева Е.В. Факторы риска развития динапении у пациентов с язвенным колитом	405
Топориков Д.С., Габдрахманова Н.Ш., Белоусова Е.Н., Костерина А.В., Шамсутдинова Н.Г., Семушина Д.Ф. Эозинофилия под маской ишемического инсульта	407
Трипельгорн А.Н., Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Нарушения сна: длительные тренды, ассоциация с неконвенционными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения 25–64 лет (международная программа ВОЗ «MONICA-психосоциальная»)	409
Труханова М.А., Мершина Е.А., Долгушин Г.О., Малахов П.С., Павликова Е.П., Краснова Т.Н., Орлова Я.А., Филатова Д.А. Ведение пациента с мембранопролиферативным гломерулонефритом на фоне терапии кортикостероидами, осложнившимся развитием гнойно-септических осложнений	411

Уклистая Т.А., Полунина О.С., Уклистая Е.А. Особенности полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы и провоспалительных цитокинов у коморбидных больных хронической обструктивной болезнью легких с артериальной гипертонией	413
Усков В.В. Результативность клинического применения дибикора в лечении больных артериальной гипертензией при сочетании с сахарным диабетом 2-го типа	415
Усков В.В. Оценка эффективности применения дибикора в лечении хронической сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией, протекающей на фоне сахарного диабета 2-го типа	417
Усманова А.Ф., Маянская С.Д. Два клинических случая сердечно-сосудистого экстремально высокого риска с генетической предрасположенностью к тромбофилии	419
Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Оценка связи ультразвуковых изменений периферического артрита и качества жизни больных псориатическим артритом	421
Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Ультразвуковая характеристика вовлечения коленного сустава и параартикулярного аппарата в его проекции при псориатическом артрите	423
Фахрутдинова А.Ш., Синеглазова А.В. Кардиометаболичекий риск при проспективном наблюдении у лиц молодого возраста	425
Фомина Л.А. Ожирение – предиктор тяжелого течения COVID-19	426
Хазиева Г.Р., Дьякова Е.В., Габитова Е.Н., Низамова С.Р., Одинцова А.Х., Шамсутдинова Н.Г., Белоусова Е.Н., Абдулганиева Д.И. Клинический случай течения пневмоцистной пневмонии после трансплантации печени	428
Халикова М.А., Царегородцев Д.А., Берая М.М. Возможности «мобильного здравоохранения» в снижении частоты экстренных госпитализаций пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий	430
Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И., Гайнутдинова Л.А., Замалеева Д.А. Оценка риска венозных тромботических осложнений у пациентов с нефротическим синдромом	432
Хлямов С.В. Выбор антигипертензивной терапии при бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии	434

Худякова А.Д., Полонская Я.В., Шрамко В.С., Щербакова Л.В., Стрюкова Е.В., Каштанова Е.В., Рагино Ю.И. Влияние адипоцитокинов на бронхолегочную систему при абдоминальном ожирении у лиц трудоспособного возраста	436
Цилина Ю.И. Трудности диагностики легочной гипертензии у полиморбидных пациентов	438
Цинзерлинг А.Ю., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Инамова О.В. Влияние особенностей гиперурикемии на течение ревматоидного артрита и коморбидную патологию	440
Цымбал А.С., Аришева О.С. Тест с 6-минутной ходьбой как дополнительный метод диагностики гепатопульмонального синдрома	442
Черенкова В.В., Кузьмина Т.Н., Смирнова О.А. Особенности нутритивного статуса у пациентов после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции	444
Чижов П.А., Корсакова Д.А., Смирнова М.П. Астенический синдром у пациентов с дефицитом железа на фоне хронической сердечной недостаточности с избыточной массой тела	446
Шапорева К.Р., Гараева А.Р., Лапшина С.А., Заманова Э.С., Габдуллина З.Н. Особенности болевого синдрома при ревматоидном артрите во взаимосвязи с клиническими характеристиками и коморбидной патологией	448
Шапорева К.Р., Гараева А.Р., Лапшина С.А., Сухорукова Е.В., Абдракипов Р.З. Синдром Шарпа: проблема выбора патогенетической терапии	450
Шапошникова М.Ю., Федотов В.В., Деревянченко М.В. Оценка роли гиперурикемии в прогрессировании кардиометаболического риска в популяции врачей и преподавателей г. Волгограда	452
Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Пилипенко В.В., Алексеева Р.И. Влияние витамина D на триглицеридно-глюкозный индекс у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа	454
Шашенков И.В., Горбунова М.В., Бабак С.Л. Влияние наружной контрпульсации на фракцию выброса левого желудочка и дистанцию теста шестиминутной ходьбы у больных с проявлениями хронической коронарогенной сердечной недостаточности после перенесённого COVID-19: результаты однолетнего наблюдения	456

Швалева Д.В., Осипянц Р.А., Троицкая Е.А., Вельмакин С.В. Системная склеродермия, осложненная тяжелым течением легочной гипертензии	458
Шван Л.Ю., Губарева И.В., Пашенцева А.В. Синдром гипогликемии в практике врача-терапевта	460
Шеенкова М.В., Истомин А.В. Нутритивная поддержка при абдоминальном ожирении работников горнорудных предприятий в условиях клиники	462
Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Пантюхина А.С., Горбунов Ю.В. Качество жизни пользователей электронных сигарет	464
Шостка А.Г., Семенова Е.А. Ефремова А.Ю. Сочетанное течение целиакии и криопирин-ассоциированного синдрома	466
Шпаков Д.С., Махиня О.В. Случай HCV-ассоциированного криоглобулинемического гломерулонефрита	468
Шукалович О.А. Роль состояния микроциркуляторного русла у пациентов терапевтического звена	470
Щендригин И.Н., Лила А.М. Гиперурикемия у пациентов с ревматоидным артритом как возможный фактор сердечно-сосудистого риска	472
Щендригин И.Н., Лила А.М. Неблагоприятные исходы у пациентов с ревматоидным артритом, связанные с применением нестероидных противовоспалительных, базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов	474
Щендригин И.Н., Лила А.М. Корреляция артериальной гипертензии и воспалительной активности у пациентов с ревматоидным артритом	476
Эседов Э.М., Мусаева Л.Н. Мелатониновый дисбаланс при язвенной болезни	478
Южакова Е.В., Шанько Ж.Г. Факторы риска перехода предиабета в сахарный диабет 2-го типа у пациентов, перенесших COVID-19	480

ОЦЕНКА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К., ПУЛАТОВ Н.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить влияние аторвастатина на течение ишемической болезни сердца (ИБС) с атеросклеротическим поражением сонных артерий (СА), подвергшихся стентированию коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Наблюдали 32 пациента (26 мужчин, 4 женщины) с ИБС, стабильной стенокардией III функционального класса с атеросклеротическим поражением СА (толщина интима-медиа (ТИМ), атеросклеротическая бляшка (АСБ) по данным дуплексного сканирования). Средний возраст – 55,1±7,4 лет, длительность заболевания от 1 года до 5 лет. После коронароангиографии, по показаниям, проведено СКА. Помимо аторвастатина (20–40 мг/сут), больные принимали антиагреганты (аспирин и клопидогрел), бета-блокаторы.

Результаты. Гиперхолестеринемия выявлена у 88,7%, гипертриглицеридемия – у 45%, повышение уровня ХСЛПНП – у 55%. На фоне лечения аторвастатином (средняя доза составила 25,0±5,2 мг/сут) отмечено достоверное снижение уровней ОХС, ХС ЛПНП, триглицеридов (ТГ), а также небольшое увеличение уровня ХС ЛПВП. Целевого уровня ХС достигли 82% обследованных, ТГ – 76%, ХСЛПНП – 87% пациентов и через 3 мес. отмечено снижение показателя ТИМ на стороне поражения и, особенно, к концу 6 мес. лечения. Динамика уровней ИЛ-6 и СРБ у пациентов с разным типом бляшек отражала общую клиническую картину пациентов с атеросклерозом СА. В группе пациентов с мягкими бляшками статистически значимая динамика наблюдалась для обоих показателей воспаления; однако в группе пациентов с плотными бляшками отмечено достоверное снижение только уровня СРБ, а уровень ИЛ-6 оставался повышенным. На фоне противовоспалительного действия аторвастатина отмечена трансформация мягких бляшек в плотные. Отмечены улучшение вазодилатирующей способности, уменьшение продукции провоспалительных цитокинов, регресс толщины комплекса ТИМ и объема атеросклеротических бляшек. 14 мягких бляшек трансформировались в однородные плотные.

Выводы. Своевременное и адекватное лечение аторвастатином и антиагрегантами (аспирин и клопидогрел) позволяет проводить успешную профилактику рестенозов не только стентов, но и других кардиоваскулярных осложнений у больных ИБС с каротидным атеросклерозом после стентирования.
Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическое поражение сонных артерий, стентирование коронарных артерий, гиполипидемическая терапия, антиагрегантная терапия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н. Оценка гиполипидемической терапии при ишемической болезни сердца с атеросклеротическим поражением сонных артерий после стентирования.
Терапия. 2023; 9(3S): 23-34.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.23-24

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

АБДУЛХАКОВА Д.А.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Казань

Актуальность. Дивертикулез толстой кишки встречается часто, среди лиц старше 70 лет – почти у 60% пациентов.

Цель. Изучить результаты клинико-рентгенологической диагностики 87 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки и ее осложнениями.

Материал и методы. Проведено исследование 87 пациентов методом классической трехэтапной ирригоскопии. У 5 пациентов при клинике дивертикулярной болезни и отсутствии визуализации дивертикулов во время исследования делали отсроченные снимки через 24 часа после ирригоскопии, так как бариевая взвесь из-за выраженного отека слизистой оболочки шейки дивертикула не могла проникнуть в его полость.

Результаты. У пациентов определялся болевой синдром различного характера и интенсивности, преимущественно в левой половине брюшной полости и нарушение стула. При ирригоскопии выявили множественные дивертикулы сигмовидной и нисходящей ободочной кишок. Дивертикулы выявлялись по наружному или внутреннему контуру кишки в виде выпячиваний кишечной стенки округлой формы с более или менее выраженной шейкой, хорошо были видны при двойном контрастировании. У пациентов с неосложненной дивертикулярной болезнью дивертикулы легко опорожнялись.

У 64 пациентов дивертикулярная болезнь осложнилась дивертикулитом. При исследовании выявляли характерные симптомы дивертикулита – задержка контраста, отек складок слизистой в дивертикуле и в прилежащих к нему отделах кишки. Как правило, наблюдали повышение тонуса, неравномерную гаустрацию и отек складок в отделах, осложненных дивертикулитом.

У 7 пациентов при тугом заполнении толстой кишки выявили лишь единичные дивертикулы в сигмовидной кишке. После опорожнения увидели множественные дивертикулы, туго заполненные барием. Выявили одиночный гигантский дивертикул размерами около 3×2,5 см в восходящей ободочной кишке. У 2 пациентов выявили опухольсимулирующий дивертикулит. В левой подвздошной области пальпировалась опухоль размерами около 3×2 см. При ирригоскопии выявили умеренное сужение

дистального отдела сигмовидной кишки и дивертикулы, осложненные дивертикулитом по контурам этого отдела кишки. Размер пальпируемой опухоли уменьшился после проведения противовоспалительной терапии.

Выводы. Классическая трехэтапная ирригоскопия позволяет диагностировать дивертикулярную болезнь и ее осложнения.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, клинико-рентгенологическая диагностика, классическая трехэтапная ирригоскопия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Абдулхакова Д.А. Рентгенологические наблюдения дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений.
Терапия. 2023; 9(3S): 25-26.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.25-26

СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

АБУЛДИНОВА О.А., ПРИХОДЬКО О.Б.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России,

г. Благовещенск

Актуальность. Частота развития постковидного синдрома колеблется от 10% до 35%. В патогенезе его развития, наряду с воспалением, играет роль сосудистая дисфункция.
Цель. Разработка способа прогнозирования развития постковидного синдрома у пациентов с внебольничной пневмонией (ВП), ассоциированной с вирусом SARS-CoV-2.
Материал и методы. Обследовано 56 пациентов с нетяжелой вирусной ВП, ассоциированной с SARS-COV-2. Средний возраст был 41,5±8,4 года. Проводилась оценка показателей периферической микроциркуляции методом лазерной допплеровской флоуметрии при поступлении в стационар и динамике, в период от 1 до 3 мес. Показатели микроциркуляции также оценивались у 50 практически здоровых лиц. Для исследования состояния микроциркуляции использовался лазерный анализатор капиллярного кровотока ЛААК-02 (НПП «Лазма»). Оценивали показатели: ПМ (пф.ед.) параметр микрогемоциркуляции; ИЭМ (у.е.) индекс эффективности микроциркуляции; Ан (пф.ед.) амплитуда колебаний в нейрогенном диапазоне; Аэ (пф.ед.) – амплитуда колебаний в эндотелиальном диапазоне; ПМоккл. (пф.ед.) – параметр микроциркуляции при окклюзионной пробе; РК (%) – резерв кровотока.
Результаты. Выявлено, что кровоток в тканях больных ВП значительно снижен и при этом статистически достоверно отличается от кровотока у лиц контрольной группы. При проведении окклюзионной пробы у 10 пациентов (17,9%) выявлен гиперреактивный тип реакции, у 2 (3,6%) пациентов – нормоциркуляторный и у 44 (78,5%) – ареактивный тип реакции на окклюзию. Эти данные свидетельствует о том, что у пациентов с COVID-19-ассоциированной ВП формируется стазический тип нарушений микроциркуляции за счет спазма артериол и нарушения реологических свойств крови. При анализе клинических проявлений постковидного синдрома выявлена выраженность респираторных проявлений (78,5%), продолжительный субфебрилитет (58,9%), неврологическая симптоматика в виде головной боли (32,1%) и суставные боли (32,1%). Отмечена четкая взаимосвязь патологической реакции на окклюзионную пробу с возникновением симптомов постковидного синдрома. Так, у всех 44 (100%) пациентов с ареактивным типом реакции

были выявлены одышка, слабость, ощущение неполного вдоха, у 75% – длительный субфебрилитет, у 41% – головная боль и суставные боли.

Выводы. Выявленные закономерности можно использовать для построения прогностической модели возникновения постковидного синдрома и прогнозирования тяжести течения.

Ключевые слова: постковидный синдром, внебольничная пневмония, микроциркуляция.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Абулдинова О.А., Приходько О.Б. Состояние периферической микроциркуляции при постковидном синдроме.
Терапия. 2023; 9(3S): 27-28.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.27-28

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИОБРЕТЕННОЙ ГЕМОФИЛИИ А НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

АДИЕВА А.А., ИВАНОВА Е.В., БЕЛОУСОВА Е.Н., КОСТЕРИНА А.В.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Приобретенная гемофилия А представляет собой редкое заболевание, приводящее к спонтанным кровотечениям у лиц, не имевших в анамнезе нарушений свертываемости крови. Считается, что это вызвано спонтанным ингибированием фактора свертывания крови VIII аутоантителами и обычно связано с аутоиммунными, злокачественными состояниями. На долю приобретенных форм приходится 1,3-1,5 случаев на 1 млн населения в год с одинаковой частотой встречаемости у обоих полов. Заболевание характерно для пожилого возраста, случаи в молодом возрасте часто связаны с беременностью.

Описание клинического случая. Пациентка Г., 39 лет поступила в гематологическое отделение ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казани, с жалобами на впервые возникшие, крупные, плотные гематомы по всему телу: на животе, ягодице и в области бедра. Заболела остро, когда в сентябре 2022 г. впервые спонтанно возникли крупные болезненные гематомы на руках и ногах. Из анамнеза: наследственность не отягощена, послеродовой период сопровождался длительным маточным кровотечением. Лекарственный анамнез без особенностей. При поступлении: АЧТВ 103,7 с (при норме 23,0–35,0), снижение активности фактора VIII до 0,5% (при норме 50,0–150,0), ингибитор к фактору свертывания VIII – более 604 (<0,6 БЕ). В ходе госпитализации проводился онкопоиск, были исключены системные аутоиммунные заболевания. Диагноз: приобретенная гемофилия А, ингибиторная форма. Назначена заместительная терапия с использованием 8 рекомбинантного фактора. Состояние пациентки на фоне проводимой терапии улучшилось: возникновения новых гематом не наблюдалось. Согласовав лечение со специалистами ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, пациентка принимала преднизолон по 60 мг/сут и циклофосфамид по 50 мг/сут с последующей постепенной отменой. С февраля 2023 г. проводилась терапия ритуксимабом в дозе 375 мг/м^2. На фоне проводимой терапии повторные гематомы не выявлялись.

Отличительная особенность данного клинического случая. В данном клиническом примере представлен случай редкой формы гемофилии (приобретенная ингибиторная форма). Особенностью данного клинического случая является возникновение данного состояния у молодой женщины (38 лет), через 3 года после беременности, с отсутствием аутоиммунных и злокачественных заболеваний.

Ключевые слова: приобретенная гемофилия А, орфанные заболевания, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Адиева А.А., Иванова Е.В., Белоусова Е.Н., Костерина А.В. Дифференциальная диагностика приобретенной гемофилии А на примере клинического случая.
Терапия. 2023; 9(3S): 29-30.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.29-30

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

АКБЕРОВА Д.Р., МИДХАТОВА К.И.

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

Актуальность. Пациенты с высоким риском тяжелой формы COVID-19 или летального исхода имеют несколько характеристик: пожилой возраст, мужской пол, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), ожирение и/или сахарный диабет (СД) 1 типа или 2 типа. Во время пандемии COVID-19 у людей с диагнозом СД прогноз хуже. Проблема при COVID-19 может быть связана не только с самим диабетом, но и с уровнем метаболического контроля и наличием сопутствующих заболеваний, особенно ССЗ. Частота встречаемости СД в России согласно Регистру СД – 2,48% среди всего населения.

Цель. Оценить частоту встречаемости СД среди пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника № 20» г. Казани в пандемию новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материал и методы. Проанализированы данные пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника № 20» г. Казани за период 2019-2021 гг.

Результаты. В ГАУЗ «Городская поликлиника № 20» г. Казани на диспансерном учете состоит 4234 пациентов с установленным диагнозом СД. В зависимости от типа СД пациенты разделились на: 185 пациентов с СД 1 типа и 4050 пациентов с СД 2 типа. При оценке по годам впервые выявленные пациенты с СД было: в 2019 г. – 139 человек, в 2020 г. – 169, наблюдалась тенденция к увеличению в 2021 г. – 247. Впервые выявленные случаи СД у пациентов, переболевших новой коронавирусной инфекции (COVID-19), составили: 2020 г. – 30 случаев, 2021 г. – 78. Был отмечен рост постановки на учет с каждым годом. Предположительно данная тенденция была связана с возрастанием количества пациентов, переболевших новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Стоит отметить появившуеся тенденция к возрастанию смертности у пациентов с диагнозом СД: 2019 г. зарегистрировано 22 смерти, в 2020 г. – 52, в 2021 г. – 54. Возросла смертность трудоспособного населения в 2019 г. – 2 случая, в 2020 и 2021 гг. – по 4 случая.

Выводы. Мультидисциплинарный пациент требует более тщательного наблюдения, анализа факторов риска неблагоприятных исходов заболевания, обоснования тактики ведения данной категории пациентов.

Ключевые слова: COVID-19, пандемия новой коронавирусной инфекции, сахарный диабет.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Акберова Д.Р., Мидхатова К.И. Сахарный диабет в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).
Терапия. 2023; 9(3S): 31-32.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.31-32

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

АКБЕРОВА Д.Р., ОДИНЦОВА А.Х.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Цель. Изучить уровни цитокинов (ЦК) IL-6, IL-8, TNF-α у пациентов с циррозом печени (ЦП) в исходе аутоиммунных заболеваний печени (АЗП).

Материал и методы. Проспективно включено 65 пациентов с диагнозом ЦП в исходе АЗП. Диагноз выставлялся в соответствии с актуальными рекомендациями: AASLD (2019), EASL (2015). В группе контроля 21 здоровый доброволец, средний возраст – 48,6±9,2 лет. Средний возраст пациентов с АЗП – 44,6±16,7 лет. Определение уровней ЦК сыворотки крови проводилось с помощью «Bio-Plex 200» (Bio-Rad, Hercules, CA, USA).

Результаты. У пациентов с ЦП в исходе АЗП было обнаружено повышение: IL-6 0,75 [0,37;1,93] ($p < 0,001$), IL-8 1,76 [1,09; 4,5] ($p < 0,001$), TNF-α 3,2 [1,87; 5,4] ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля IL-6 0,4 [0,31; 0,51], IL-8 0,53 [0,44; 0,67], TNF-α 1,65 [1,33; 1,95]. У 10 пациентов класс А по Чайльд-Пью: IL-6 0,6 [0,3; 1,13] ($p > 0,05$), IL-8 1,5 [1,09; 4,3] ($p < 0,001$), TNF-α 3,6 [1,65; 9,7] ($p > 0,05$) по сравнению с группой контроля. У 29 пациентов Класс В по Чайльд-Пью: IL-6 0,74 [0,38;1,9] ($p < 0,05$), IL-8 1,65 [1,09; 4,3] ($p < 0,05$), TNF-α 2,75 [1,65; 7,4] ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. У 25 пациентов Класс В по Чайльд-Пью: IL-6 1,04 [0,45; 2,47] ($p < 0,05$), IL-8 2,33 [1,18; 5,16] ($p < 0,05$), TNF-α 3,2 [2,5; 5,4] ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. Между собой данные группы не коррелировали достоверно.

Выводы. У пациентов с ЦП в исходе АЗП были повышены уровни ЦК: IL-6 ($p < 0,05$), IL-8 ($p < 0,05$), TNF-α ($p < 0,05$). В классе С по Чайльд-Пью были повышены все изучаемые показатели: IL-6 ($p < 0,05$), IL-8 ($p < 0,05$), TNF-α ($p < 0,05$).

Ключевые слова: цирроз печени, аутоиммунные заболевания печени, цитокины, интерлейкины, фактор некроза опухоли-альфа.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Акберова Д.Р., Одинцова А.Х. Оценка уровней некоторых цитокинов у пациентов с циррозом печени в исходе аутоиммунных заболеваний печени. Терапия. 2023; 9(3S): 33.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.33

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ IL-6, IL-8, TNF-α У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

АКБЕРОВА Д.Р., ОДИНЦОВА А.Х.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Цель. Изучить уровни цитокинов (ЦК) IL-6, IL-8, TNF-α у пациентов с первичным билиарным холангитом (ПБХ) в зависимости от внепеченочных проявлений.

Материал и методы. Проспективно включено 18 пациентов с диагнозом ПБХ. Диагноз выставлялся в соответствии с актуальными рекомендациями: AASLD (2019), EASL (2015). Средний возраст пациентов с составил 44,6±16,7 лет. В группе контроля 21 человек, средний возраст – 48,6±9,2 лет. По полу пациенты разделились на: женщин 17 человек, мужчин 1 человек. Из внепеченочных проявлений наблюдались артралгии у 10 пациентов с ПБХ. Определение уровней ЦК сыворотки крови проводилось с помощью «Bio-Plex 200» (Bio-Rad, Hercules, CA, USA).

Результаты: У пациентов с ПБХ было обнаружено повышение ЦК: IL-6 0,7 [0,34;0,87] ($p<0,05$), IL-8 1,5 [1,85;2.8] ($p<0,05$), TNF-α 3,5 [2,5;6,5] ($p<0,05$) по сравнению с группой контроля IL-6 0,4 [0,31;0,51], IL-8 0,53 [0,44;0,67], TNF-α 1,65 [1,33;1,95]. В группе пациентов с артралгиями было выявлено повышение: IL-6 0,75 [0,34;0,83] ($p<0,001$), IL-8 1,75 [1,18;2,88] ($p<0,05$), TNF-α 3,55 [2,43;5,43] ($p<0,001$) по сравнению с группой контроля. В группе пациентов без артралгий было выявлено повышение: IL-6 0,62 [0,35;0,89] ($p>0,05$), IL-8 1,2 [0,74;3,96] ($p<0,001$), TNF-α 4,92 [2,65;9,42] ($p<0,001$) по сравнению с группой контроля. Между собой данные группы не коррелировали достоверно.

Выводы. У пациентов с ПБХ были повышены уровни ЦК крови: IL-6 ($p<0,05$), IL-8 ($p<0,05$), TNF-α ($p<0,05$). У пациентов с таким внекишечным проявлением как артралгии были достоверно повышены все изучаемые цитокины крови.

Ключевые слова: первичный билиарный холангит, цитокины, интерлейкины, фактор некроза опухоли-альфа.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Акберова Д.Р., Одинцова А.Х. Оценка уровней цитокинов IL-6, IL-8, TNF-α у пациентов с первичным билиарным холангитом в зависимости от внепеченочных проявлений.
Терапия. 2023; 9(3S): 34-35.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.34-35

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

АКОПЯН Д.Г., УСИКОВА М.А., РЯБОКОНЕВА Т.Ю., ХАТЛАМАДЖИЯН В.В., ГАСАНОВ М.З.

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

Описание клинического случая. У пациентки Н., 1991 г.р., в раннем детстве был диагностирован гипорефлекторный нейрогенный мочевой пузырь, что позже привело к развитию терминальной почечной недостаточности (ТПН). С 2011 г. пациентка стала получать заместительную почечную терапию (ЗПТ).

В октябре 2019 г. пациентка сообщила лечащему врачу о том, что находится на 5-й неделе беременности. Отец ребенка с 2008 г. находился на перитонеальном ГД, а в 2018 г. ему была выполнена трансплантация почки, по поводу чего он постоянно принимал иммуносупрессивную терапию.

11.10.2019 г. развилось маточное кровотечение. Пациентка была госпитализирована в гинекологическое отделение. 15.10.2019 г. был проведен врачебный консилиум, на котором с учетом анамнеза пациентки, ее клинического состояния и возможных рисков было рекомендовано прерывание беременности. Однако пациентка категорически от этого отказалась и 20.10.2019 г. была выписана с диагнозом: угрожающий выкидыш раннего срока беременности (6-7 недель).

Наступление беременности произошло при исходно высоком уровне пролактина, на фоне уремии и других проявлений ТПН. Наличие в анамнезе рефрактерной нефрогенной артериальной гипертензии, повышающей риск развития преэклампсии и отслойки плаценты, исходное маловодие и гипоксия угрожали не только плоду, но и жизни самой матери.

Пациентке была подобрана адекватная схема лечения с ежедневными процедурами ГД-терапии. ЗПТ переносила относительно удовлетворительно, с эпизодами гипотензии и тахикардии. С целью коррекции анемии были назначены препараты эритропоэтина, железа и витамина В12; артериальной гипертензии – бета-адреноблокаторы и альфа-2 агонисты; нарушений фосфорно-кальциевого обмена – фосфат-биндеры и препараты кальция и витамина D.

В январе 2020 г. развился острый пиелонефрит, потребовавший применения антибактериальных препаратов.

6 мая 2020 г. на 36-й неделе женщину успешно родоразрешили путем кесарева сечения (масса новорожденного 1800 г).

В послеродовом периоде она продолжила получать ЗПТ с учетом изменившегося состояния и массы тела.

Отличительная особенность данного клинического случая. Таким образом, залог успешного ведения беременности состоял в командном подходе, высоком профессионализме врачебной бригады, задействованной в течение всего периода ведения этой пациентки, опыте врачей и еще чего-то, необъяснимого, что в совокупности привело к такому неожиданному положительному результату.

Ключевые слова: терминальная почечная недостаточность, программный гемодиализ, беременность, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Акопян Д.Г., Усикова М.А., Рябоконева Т.Ю., Хатламаджиян В.В., Гасанов М.З. Клинический случай успешного ведения беременной женщины, получающей лечение программным гемодиализом.
Терапия. 2023; 9(3S): 36-37.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.36-37

ВНЕДРЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАБОТУ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

АЛЕКСАНДРОВ М.В., УШАКОВА С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Актуальность и цель. Совершенствование работы специализированных гериатрических отделений является актуальной проблемой практического здравоохранения. Поэтому целью данной работы стала оценка результатов внедрения стабилометрии как диагностического и лечебного метода в работу гериатрического отделения.

Материал и методы. На базе гериатрического отделения ОБУЗ ИКБ им. Куваевых обследовано 158 пациентов в возрасте от 63 до 92 лет (средний возраст 75,7±0,9). В группе обследованных было 82% женщин и 18% мужчин. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, комплексная гериатрическая оценка, включающая краткую батарею тестов физической активности (SPPB) для определения риска падений. 55 пациентов с нарушением баланса обследованы на стабилометрическом комплексе «ST-150», на котором им проведен тренинг «Восстановление баланса».

Результаты. У 87,5% подтвержден синдром старческой астении, у всех – синдром полиморбидности, включавший различные сочетания заболеваний, которые могли стать причиной риска падений. Исходно по данным стабилометрии у всех пациентов с риском падений был выявлен типичный симптомокомплекс нестабильности основной стойки, включающий увеличение амплитуды колебаний центра давления (ЦД), что привело к увеличению площади статокинезиограммы (S(о) 391,6 [12,6;3346,0] и S(з) 276,4 [18,0;2825,1] мм²), повышению скорости движения ЦД (V(о) 16,15 [-160,9;45,3] мм/с и V(з) 17,4 [-154,0;43,0] мм/с), увеличению энергозатрат на поддержание равновесия (Av(о) 267,3 [36,0;3600,9] мДж/с и Av(з) 344,0 [39,6;4247,9] мДж/с). После проведения тренинга зафиксирована положительная динамика: улучшение общей результативности у 82% пациентов (от 4 до 92%, в среднем на 48±7,9%); улучшение функции равновесия у 70% пациентов (от 9 до 62%, в среднем на 35,5±5,2%); улучшение когнитивного контроля у 53% пациентов (от 18 до 179%, в среднем на 98±15,0%).

Выводы. Стабилометрическое обследование в гериатрическом отделении позволяет проводить диагностику риска падений, объективно оценивать результаты лечебных мероприятий, а стабилометрический тренинг с улучшает состояние баланса у пациентов с риском падений.

Ключевые слова: синдром старческой астении, стабилометрическое исследование, стабилометрический тренинг.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Александров М.В., Ушакова С.Е. Внедрение стабилометрического исследования в работу гериатрического отделения.
Терапия. 2023; 9(3S): 38-39.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.38-39

ОСОБЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РИСКА ПАДЕНИЙ

АЛЕКСАНДРОВ М.В., УШАКОВА С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,

г. Иваново

Актуальность. Лечение пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) – сложная задача, требующая индивидуального подхода из-за возможного наличия нарушений равновесия и риска падений.

Цель. Оценить у лиц пожилого и старческого возраста зависимость показателей баланса по данным стабилометрии и риска падений от состояния контроля АГ.

Материал и методы. Было обследовано 56 пациентов с верифицированной АГ в возрасте от 65 до 92 лет (средний возраст 75,6 ±7,1 года) – 44 женщины (78,6%) и 12 (21,4%) мужчин. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от уровня систолического артериального давления (САД) на момент поступления в стационар: 1 группа – пациенты с САД 120-140 мм рт.ст., 2 группа пациенты с САД >140 мм рт.ст. Нарушения равновесия оценивалось с помощью краткой батареи тестов физической активности, а риск падений на основании теста «Встань и иди». Показатели баланса изучались на стабилометрическом комплексе «ST-150».

Результаты. Длительность АГ у пациентов в среднем составляла 18,2±11,2 года. Целевой уровень АД был достигнут лишь у 16,1% пациентов, которые и составили 1 группу. САД в 1 группе составляло в среднем 127,4 [117,2; 139,1] мм рт.ст. Во 2 группе САД составляло 172,1 [158,1; 199,5] мм рт.ст. По данным стабилометрического исследования, все пациенты имели типичный симптомокомплекс нестабильности основной стойки. Пациенты 1 группы имели значения среднего положения центра давления во фронтальной плоскости хуже, чем пациенты из 2 группы (X(о) -17,3 [-25,7;- 6,6]мм и X(з) -19,9[-34,4; -1,6]мм против X(о) 1,7[-8,6; 13,1]мм и X(з) 2,4[-10,9; 12,1]мм). Показатели энергозатрат на поддержание равновесия в 1 группе (Av(о) 251,51 [149,76; 381,59] мДж/с и Av(з) 222,29 [155,04; 534,6] мДж/с) были выше по сравнению со 2 группой (177,5 [82,1; 317,2] мДж/с и 124,7 [72,6; 183,8] мДж/с).

Выводы. Пациенты пожилого и старческого возраста, у которых САД было ниже 140 мм рт.ст., имели худшие показатели равновесия по сравнению с пациентами второй группы, что может повышать риск падений. Данные стабилометрического исследования

целесообразно использовать для оценки эффективности и интенсивности гипотензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, синдром риска падений, стабилометрическое исследование.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Александров М.В., Ушакова С.Е. Особенности гипотензивной терапии у пожилых больных с синдромом риска падений.
Терапия. 2023; 9(3S): 40-41.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.40-41

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ХОДЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

АЛЕКСАНДРОВ М.В., УШАКОВА С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Актуальность. В последнее время в России отмечается тенденция к «старению» населения.

Цель. Оценить частоту выявления синдрома старческой астении (ССА) у пациентов старших возрастных групп в ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Материал и методы. Было обследовано 106 пациентов в возрасте от 75 до 92 лет (из них 72,2% женщин и 27,8% мужчин), проходивших диспансеризацию определенных групп взрослого населения в поликлиниках г. Иваново. Скрининг для выявления ССА проводили с помощью опросника «Возраст не помеха» в рамках проведения анкетирования. При отсутствии положительных ответов на вопросы опросника пациентов считали «крепкими» (старческая астения отсутствует). При наличии 1-2 положительных ответов пациентов оценивали, как «прехрупких» (фиксировали состояние преастении). В случае получения более 3 положительных ответов пациентов относили к группе «хрупких» у которых с высокой вероятностью есть ССА.

Результаты. Количество «крепких» пациентов составило 5%. Преастения была выявлена у 39%, данной группе рекомендовано обращение к врачу-гериатру для проведения коррекции выявленных гериатрических синдромов с целью предотвращения развития ССА. У 56% пациентов была диагностирована «хрупкость». Их необходимо направить на консультацию к врачу-гериатру для выполнения комплексной гериатрической оценки и разработки индивидуального плана ведения. По результатам анкетирования были выявлены следующие гериатрические синдромы: у 14% выявлен синдром мальнутриции; у 61% – синдром снижения слуха и зрения; у 19% синдром риска падений; у 42% синдром депрессии; у 61% синдром когнитивных нарушений; у 22% синдром недержания мочи; у 67% выявлен синдром снижения мобильности.

Выводы. Опросник «Возраст не помеха» позволил выявить у 56% пациентов наличие старческой астении, у 39% преастении и у 69% наличие других гериатрических синдромов. Наиболее распространенными гериатрическими проблемами являются синдром снижения слуха и зрения, когнитивных расстройств, снижения мобильности.

Ключевые слова: гериатрические синдромы, синдром старческой астении, диспансеризация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Александров М.В., Ушакова С.Е. Эффективность скрининга с целью выявления синдрома старческой астении в ходе диспансеризации.
Терапия. 2023; 9(3S): 42-43.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.42-43

ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА ФИЗКУЛЬТУРНЫХ КОМПЛЕКСОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

АЛЕКСАНДРОВ М.В., УШАКОВА С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Актуальность. Для сохранения активного долголетия пациентам артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста необходима физическая реабилитация, однако бесконтрольное выполнение физкультурных комплексов может привести к падениям и травмам у пожилых пациентов. Для выбора двигательной активности пожилых больных с артериальной гипертонией (АГ) необходимо учитывать состояние постурального баланса и возрастную дизрегуляцию артериального давления.

Цель. Оценить ортостатическую гипотонию у больных АГ пожилого и старческого возраста для индивидуализации лечебных и реабилитационных программ.

Материал и методы. Обследовано 147 больных АГ, средний возраст которых составлял 78,9±13,4 года, из них было 115 женщин (78,2%). Перед выбором физкультурных комплексов пациентам, выполнялась ортостатическая проба (ОП) с измерением АД через 1 и 3 минуты после перехода в вертикальное положение и субъективной оценкой самочувствия.

Результаты. У 19,7% пациентов пожилого и старческого возраста с АГ выявлен уровень АД ниже 130 мм рт.ст., что повышает риск развития ортостатической гипотонии и падений. Зафиксировано снижение САД на 20 мм рт.ст. и более на 1 мин. после ОП у 68% пациентов пожилого возраста с АГ, гипертензивная реакция на ОП отмечена только у 2,7% обследованных. Только половина обследованных отмечает ухудшение самочувствия при падении или подъеме САД, а у 50% пациентов колебания АД протекают бессимптомно.

Выводы. При выборе комплекса реабилитационных мероприятий у пожилых больных с АГ гериатру и врачу лечебной физкультуры необходимо проводить и учитывать результаты ОП. В противном случае выполнение физкультурных комплексов может привести к падениям и травмам у пожилых пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, синдром старческой астении, ортостатическая гипотензия, медицинская реабилитация в гериатрии.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Александров М.В., Ушакова С.Е. Проблемы выбора физкультурных комплексов для больных артериальной гипертонией с синдромом старческой астении. Терапия. 2023; 9(3S): 44-45.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.44-45

ЧАСТОТНЫЙ АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

АЛЕКСАНДРОВ М.В., ПАЙКОВА А.С.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,

г. Иваново

Актуальность. Синдром старческой астении (СА) и синдром полиморбидности - это часто встречающиеся состояния у пациентов пожилого и старческого возраста, которые негативно влияют на многие сферы жизни пациента, а также увеличивают риск неблагоприятных исходов для здоровья.

Цель. Оценить частоту встречаемости хронических неинфекционных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от степени тяжести синдрома старческой астении.

Материал и методы. Обследовано 137 пациентов в возрасте от 65 до 90 лет, наблюдающихся в поликлиниках г. Иваново. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу входило 49 человек в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст 70,2±3,2 года). Вторая группа состояла из 88 человек в возрасте от 75 до 90 лет (средний возраст 82,3±3,9 года). Пациентам было проведено общеклиническое обследование, оценка синдрома полиморбидности, расчет индекса коморбидности Чарлсона и оценка синдрома СА.

Результаты. Пациенты всех групп имели АГ III стадии, ведущими ассоциированными клиническими состояниями были последствия ОНМК и различные формы ИБС. Среди сопутствующей патологии чаще встречались сахарный диабет, хроническая болезнь почек, патология костно-суставной системы. Все обследованные имели синдром полиморбидности.

В 1 группе у 40,8% пациентов была установлена преастения, а средний показатель индекса коморбидности составил 1,05±0,9, у 49% пациентов имелась легкая степень СА и средний показатель индекса коморбидности 2,1±1,6 и 10,2% имели умеренную СА и средний показатель индекса коморбидности 2,4±1,8.

Во 2 группе у 48,8% обследованных была установлена преастения и средний показатель индекса коморбидности 2,1±2,1, у 45,5% выявлена легкая СА и средний показатель индекса коморбидности 2,5±1,9, у 2,3% выявлена умеренная СА и средний показатель индекса коморбидности 4,0±1,4, и у 3,4% выявлена тяжелая СА и средний показатель индекса коморбидности 4,0±1,7.

Выводы. Патология сердечно-сосудистой системы занимает лидирующее положение в структуре заболеваемости пожилых пациентов. Был зафиксирован рост индекса коморбидности с возрастом, а также связь индекса коморбидности с тяжестью синдрома СА, чем тяжелее синдром старческой астении, тем выше индекс коморбидности.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, синдром старческой астении, синдром полиморбидности, индекса коморбидности.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Александров М.В., Пайкова А.С. Частотный анализ хронических неинфекционных заболеваний и синдром старческой астении.
Терапия. 2023; 9(3S): 46-46.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.46-47

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

АЛЕКСЕЕВА М.В.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Нефротический синдром (НС) во время беременности является редкой патологией и представляет трудность для дифференциальной диагностики первичной гломерулярной патологии (ГП) и преэклампсии (ПЭ). Немногочисленные литературные данные не позволяют достоверно оценить распространенность НС во время беременности.

Цель. Проанализировать частоту и причину НС во время беременности.

Материал и методы. Проведен анализ 5337 историй родов пациенток, госпитализированных в родильный дом многопрофильной городской клинической больницы в 2022 г. НС был выявлен в 7 случаях.

Результаты. У 3 пациенток НС был проявлением ГП: хронического гломерулонефрита и диабетической нефропатии (группа 1), а у 4 оказался проявлением ПЭ (группа 2). Особенностью НС в первой группе явилось постепенное нарастание ПУ и диспротеинемии. Две пациентки были экстренно оперативно родоразрешены на 34 нед. гестации в связи с нарушением маточно-плацентарного кровотока (НМПК) и выявленной задержкой роста плода. Третья пациентка самостоятельно родила в сроке 40 нед. Маркеры ПЭ (Sflt-1, PIGF) исследовались в динамике и оставались в референсных значениях. После родоразрешения выраженность НС снизилась.

В 4 случаях НС был проявлением ПЭ, в том числе у 2 пациенток с ГП. В этой группе НС характеризовался быстрым нарастанием ПУ (Me 3,15 г/л [2,5-5,34]) и диспротеинемии (Me 23,5 [22,6-25]) в течение 7 дней. У всех пациенток НС сочетался с АГ, а в двух случаях – с ТМА, все пациентки имели впервые выявленное НМПК. Маркеры ПЭ были исследованы только у одной пациентки с ГП. Значение Sflt-1/PIGF 495 подтвердило диагноз ПЭ, а не обострения ХГН. Все пациентки были родоразрешены кесаревым сечением. После родоразрешения НС разрешился самопроизвольно у всех женщин.

Выводы. Частота НС в нашем исследовании составила 0,13%, что соответствует современным литературным данным. НС ассоциируется с досрочным родоразрешением у пациенток с ГП, а в случае, когда НС является признаком ПЭ, свидетельствует о тяжелом её течении. Впервые выявленный НС у беременной пациентки, как с ГП, так и без нее, диктует, в первую очередь, необходимость исключения ПЭ, пока не доказано обратное.

Ключевые слова: нефротический синдром, первичная гломерулярная патология, преэклампсия, беременность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Алексеева М.В. Нефротический синдром во время беременности. Терапия. 2023; 9(3S): 48-49.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.48-49

КОРЕЛЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

АЛЕКСЕЕВА Н.Г., ОВСЯННИКОВ Е.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Актуальность. Одной из проблем, стоящих перед современной медициной, является когнитивная дисфункция. Позднее выявление ранних признаков, неверная тактика лечения подобных больных – путь к усугублению когнитивных расстройств.

Цель. Оценить роль фибрилляции предсердий и артериальной гипертензии в развитии когнитивных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБСМП № 1. В нем приняли участие 60 пациентов (из них 27 женщин). Первая группа - мужчины и женщины без АГ и ФП (n=15), вторая - пациенты с АГ без нарушения ритма (n=15), третья – пациенты с изолированной фибрилляцией предсердий (персистирующая и постоянная формы), без АГ (n=15), четвертая группа – 15 человек с комбинацией ФП и АГ. Для оценки когнитивной функции был использован опросник самооценки памяти. Статистическая обработка полученных результатов была проведена с помощью программы для ЭВМ Statgraphics plus 5.1. Для сравнения групп применялся односторонний дисперсионный анализ (ANOVA) и критерии Крускала-Уоллеса.

Результаты. В результате исследования было выявлено, что в группе пациентов с комбинацией ФП и АГ общий балл по Монреальской шкале достоверно снижен. При оценке «Внимания» было выявлено снижение показателей у пациентов с изолированной АГ. Низкие показатели были у пациентов с комбинацией АГ и ФП. У пациентов с изолированной ФП балл снижен незначительно. При оценке абстрактного мышления была выявлена схожая зависимость все показатели были снижены в меньшей степени. При оценке субъективного восприятия состояния памяти самим пациентом, нарушение памяти наблюдалось у пациентов с изолированной АГ и в большей степени у пациентов с комбинацией АГ и ФП. Корреляционный анализ Спирмена подтвердил все выявленные зависимости между исследованными параметрами.

Выводы. Степень когнитивных нарушений значительно выше у пациентов с изолированной АГ по сравнению с пациентами без АГ. Присоединение ФП у пациентов с АГ значительно ухудшает показатели когнитивных функций. Изолированная фибрилляция предсердий не оказывает выраженного влияния на когнитивные функции.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, фибрилляция председий, когнитивные расстройства.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С**.** Корелляционный анализ когнитивных расстройств у больных с гипертонической болезнью.
Терапия. 2023; 9(3S): 50-51.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.50-51

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ПРИЕМА РИВАРОКСАБАНА И ВАРФАРИНА

АЛЕКСЕЕВА Н.Г., ОВСЯННИКОВ Е.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет

им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Актуальность. Применение антикоагулянтов в настоящее время является востребованным, так как, во-первых, кардиологические заболевания в настоящее время считаются частой причиной инвалидизации и ранней смертности населения. Во-вторых, заболевания имеют тенденцию к омоложению, поэтому все больше пациентов нуждаются в медикаментозной терапии.

Цель. Оценить качество жизни у пациентов кардиологического отделения, принимающих антикоагулянты (ривароксабан и варфарин).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе БСМП № 1 г. Воронеж. Был произведен опрос 100 больных кардиологического отделения, 50 из которых – пациенты, принимающие варфарин и 50 – ривароксабан. Среди 1-й группы (принимающие варфарин), во 2-й группе (принимающие ривароксабан). Группы однородны по диагнозу (ИБС: Аритмический вариант. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. ХСН IIА ст. Для определения качества жизни использовался опросник качества жизни ВОЗ. Статистическая обработка произведена при помощи непараметрической статистики (критерий U Манна-Уитни).

Результаты. При оценке качества жизни пациентов были получены следующие результаты: 1) физическое и материальное благополучие в 1-й группе пациентов и во 2-й группе – U-критерий значим, $p < 0,05$; 2) самовосприятие в 1-й группе пациентов и во 2-й группе – U-критерий не значим, $p > 0,05$; 3) микросоциальная поддержка в 1-й группе пациентов и во 2-й группе – U-критерий не значим, $p > 0,05$; 4) социальное благополучие в 1-й группе пациентов и во 2-й группе – U-критерий значим, $p < 0,05$.

Выводы. Проанализировав различия между группами, с помощью критерия U Манна-Уитни, было выявлено: различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы по шкалам физическое и материальное благополучие, социальное благополучие ($p < 0,05$) и статистически не значимы по шкалам самовосприятие и микросоциальная поддержка ($p > 0,05$). Это утверждает то, что пациенты, принимающие варфарин, оценивают свое физическое и социальное благополучие гораздо ниже, чем пациенты, принимающие ривароксабан, данный факт связан с тем, что 1-й группе пациентов в связи

с приемом варфарина требуется более тщательное наблюдение и постоянный контроль в поликлинике. Не смотря на более высокую цену ривароксабана, пациенты отдают предпочтение данному препарату, в связи с удобством применения и контролем дозировки.

Ключевые слова: антикоагулянтная терапия, ривароксабан, варфарин, качество жизни.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С**.** Сравнительный анализ качества жизни больных на фоне приема ривароксабана и варфарина.
Терапия. 2023; 9(3S): 52-53.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.52-53

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

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

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

ОБУЗ «Городская клиническая больница» №7, г. Иваново

Введение. Артериит Такаясу – хронический гранулематозный васкулит крупных сосудов неизвестной этиологии, преимущественно поражающий аорту и её основные ветви. Истинная распространенность данного заболевания неизвестна, но она крайне мала, учитывая редкое диагностирование и отсутствие патогномоничных симптомов. В связи с вышесказанным представленный клинический случай имеет определённый интерес.

Описание клинического случая. Пациентка Г., 19 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: артериальная гипотензия неясного генеза, цефалгия. При поступлении предъявляла жалобы на головную боль диффузного характера, выраженную общую слабость, однократную рвоту. Из анамнеза: за несколько часов до поступления появилась сильная головная боль, однократная рвота. Самостоятельно приняла таблетку кеторола, без положительного эффекта. В связи с сохраняющейся головной болью и выраженной общей слабостью обратилась за СМП. При измерении артериального давления цифры не определялись. На догоспитальном этапе с целью уточнения диагноза больная консультирована инфекционистом, гинекологом, неврологом, была выполнена нейровизуализация, в ходе которой патологического процесса головного мозга не выявлено. Госпитализирована в терапевтическое отделение для уточнения диагноза. При осмотре состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме, тоны сердца при аускультации ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, шумов нет. АД на верхних конечностях механическим тонометром не определяется. Пульсация на сосудах нижних конечностей сохранена, удовлетворительных свойств. С целью уточнения диагноза больному были проведены дополнительные лабораторно-инструментальные обследования и выявлены следующие отклонения: в клиническом анализе крови легкая степень анемии (Нв 102г/л) и повышение СОЭ до 34 мм/ч. Исследование крови на ВИЧ, RW, гепатиты – отрицательны, биохимические анализы крови за период наблюдения оставались в пределах референсных значений. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 90 в мин., нормальное положение ЭОС. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки

патологии не выявлено. УЗИ органов брюшной полости, эхокардиография, УЗДС сосудов нижних конечностей – патологии не выявлено. На УЗДГ сосудов верхних конечностей выявлено: сразу после бифуркации наблюдается циркулярное утолщение стенки правой подключичной артерии с сужением просвета до 75-80%, в дистальных отделах стенка не утолщена. После отхождения левой подключичной артерии ее просвет окклюзирован и кровоток не определяется, в дистальных участках стенка подключичной артерии диффузно утолщена до 2-2,5 мм, дифференцировка на слои нарушена с сужением просвета до 80-85%. Для подтверждения поражения правой и левой подключичных артерий больной была выполнена ангиография грудного отдела аорты и ее ветвей с контрастным усилением, на которой выявлена картина синдрома Такаясу. Больная была консультирована ревматологом: «Артериит Такаясу, стеноз правой подключичной артерии, окклюзия левой подключичной артерии.» Для дальнейшего обследования и лечения пациент направлен в ревматологическое отделение.

Особенность данного клинического случая. Таким образом, в описанном клиническом случае на данном этапе специфических симптомов заболевания не выявлено. Представленное наблюдение ещё раз подчёркивает трудности дифференциальной диагностики сосудистых нарушений. Точная диагностика заболевания с помощью дополнительных методов исследования (УЗДГ сосудов верхних конечностей, ангиография грудного отдела аорты и ее ветвей с контрастом) позволяет выбрать правильную тактику ведения больного.

Ключевые слова: системные васкулиты, артериит Такаясу, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Андреева Д.В., Бурсиков А.В., Валиуллина Е.Ш. Трудности диагностики системных васкулитов в практике врача-терапевта.
Терапия. 2023; 9(3S): 54-55.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.54-55

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТУРАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АНДРЕЕВА Е.А., КОЗЛОВА А.Н., ТРОИЦКАЯ Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова» Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва

Актуальность. Ортостатические реакции могут оказывать неблагоприятное влияние на исходы у пациентов с сердечной недостаточностью (СН). В настоящее время мало информации об ортостатических реакциях у пациентов с острой декомпенсацией СН (ОДСН).

Цель. Изучить структуру ортостатических реакций у пациентов, госпитализированных с ОДСН.

Материал и методы. У пациентов, госпитализированных в центр сердечной недостаточности с ОДСН, при поступлении и выписке проводили измерение систолического и диастолического АД (САД и ДАД) осциллометрическим методом в положении лежа, 1-й, 3-й минутах после вертикализации. Под ортостатической гипотонией (ОГ) понимали снижение САД на ≥20 мм рт.ст. и/или ДАД на ≥10 мм рт.ст.; под ортостатической гипертонией (ОГр) – аналогичное повышение САД и/или ДАД. Постуральная тахикардия определялась как увеличение ЧСС на ≥30 уд/мин. $p<0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты. Включено 105 пациентов (мужчины 60%, средний возраст 68,2±1 лет, АГ – 88,6%, перенесенный ИМ – 42,9%, ФП – 65,7%, СД – 35,2%, установленная ХБП – 15,2%, медиана фракции выброса (ФВ) 45% (35;54), медиана NTproBNP 1393 (559;2630) пг/мл; ХСНнФВ у 33,3%, ХСНусФВ у 29,5%, ХСНсФВ у 37,1%. Ортостатические реакции при поступлении наблюдались у 31,4%: ОГ у 21,9%, ОГр у 9,5%, постуральная тахикардия у 3%; при выписке ОГ выявлена у 17,1%, ОГр у 6,7%, постуральная тахикардия у 2%. При поступлении в группе ОГ изменения и САД, и ДАД встречались у 13,6%, только САД – у 18,2%, только ДАД – у 68,2%; в группе ОГр – у 45,5%, 18,2% и 36,4% соответственно. На 1-й минуте отмечалась в 90,9% случаев ОГ и 54,5% ОГр. При поступлении и выписке отмечены в 9 случаях: ОГ – у 5, ОГр – у 2. При поступлении ортостатические реакции возникали у 40% пациентов с ХСНнФВ (ОГ у 25,7%), у 29% с ХСНусФВ (ОГ у 19,4%) и у 25,6% с ХСНсФВ (ОГ у 20,5%), $p>0,05$. В подгруппе ОГ ХСНнФВ отмечена у 40,9%,

ХСНусФВ – у 27,3%, ХСНсФВ – у 31,8%; в подгруппе ОГр – у 45,5%,27,3% и 27,3%, соответственно (p>0,05).

Выводы. У пациентов с ОДСН отмечена гетерогенность ортостатических реакций с более высокой частотой ОГ, чаще изолированной диастолической. Большинство реакций возникало в течение 1-й минуты вертикализации. Различий между фенотипами ФВ не выявлено.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, острая декомпенсация сердечной недостаточности, ортостатические реакции.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Андреева Е.А., Козлова А.Н., Троицкая Е.А., Кобалава Ж.Д. Характеристика постуральных реакций у пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией сердечной недостаточности.
Терапия. 2023; 9(3S): 56-57.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.56-57

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТКИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

АПТИКЕЕВА Н.В., ОВСЯННИКОВА О.Ю.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург

Введение. Невринома слухового нерва – это доброкачественная шванновская опухоль 8 черепно-мозгового нерва, клинически проявляющаяся сенсоневральной тугоухостью, вестибулярными нарушениями, шумом в ушах и развитием синдрома мостомозжечкового угла. В данной работе приведены методы диагностики шванномы, на примере пациентки 53 лет, обратившейся по направлению оториноларинголога с диагнозом левосторонняя нейросенсорная тугоухость.

Описание клинического случая. Жалобы: снижение слуха и наличие шума в левом ухе, эпизоды неустойчивости.

Очаговой неврологической симптоматики нет, при отоневрологическом осмотре выявлена неустойчивость в пробе Ромберга с закрытыми глазами. В связи с чем было проведено стабилометрическое исследование, с помощью которого подтвердилось умеренное нарушение функции равновесия с закрытыми глазами в пробе Ромберга. Для исключения невриномы слухового нерва проведена магнитно-резонансная томография (МРТ), с толщиной среза 1 мм в режиме цистернографии, на которой в просвете левого слухового прохода визуализировали небольшое объемное образование, размером 0,5×0,3×0,4 см. Структурных отклонений в других отделах головного мозга не наблюдалось. С проведенными исследованиями направлена на консультацию и дальнейшее ведение к нейрохирургу.

Выводы. Таким образом, при односторонней сенсоневральной тугоухости необходимо провести отоневрологическое обследование с использованием стабилометрии и МРТ в программе CISS с шагом 1 мм для исключения невриномы слухового нерва.

Ключевые слова: невринома слухового нерва, сенсоневральная тугоухость, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Аптикеева Н.В., Овсянникова О.Ю. Особенности диагностики невриномы слухового нерва у пациентки с длительным анамнезом сенсоневральной тугоухости. Терапия. 2023; 9(3S): 58.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.58

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ LOCUS MORBI СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: ВЫЯВЛЕНИЕ ПЕРИВАСКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

АПУХТИН А.Ф.

ГБУЗ «Нижнечирская участковая больница Суровикинского муниципального района» Волгоградской области, г. Нижний Чир

Актуальность. Оценка функциональной патологии Locus morbi резистивных сосудов при артериальной гипертонии важна как возможный патогенетический механизм периваскулярного ремоделинга органов мишеней.

Цель. Разработка и апробация способа диагностики нарушений регуляции Locus morbi сопровождаемых тканево-трофическими нарушениями у больных АГ с ПОМ.

Материал и методы. Обследовано 45 больных ГБ 2-й стадии с неконтролируемой АГ 2-3 степени: из них мужчин 14 человек, средний возраст 59,9 лет, женщин 31 человек, средний возраст 57,0 лет. Все пациенты проходили 10 дневное лечение в стационаре дневного и суточного пребывания сельской участковой больницы. Всем пациентам выполнялись общеклинические исследования, проводилась оценка нарушений регуляции локального кровотока предплечья способом диагностики по заявке на изобретение № 2022114711/20(030912). Согласно заявленного на патент способа, выделяли сосудистый, стазический, периваскулярный (Locus morbi) типы нарушений регуляции локального кровообращения.

Результаты. Частота выявленных нарушений: сосудистый тип – 12 случаев, из них 4 – мужчин, 8 – женщин; стазический тип – 9 случаев, из которых мужчин – 4, женщин – 5; периваскулярный тип – 23 случая, из которых мужчин – 5, женщин – 13.

Выводы. Нарушения регуляции перваскулярного типа наиболее многочисленные среди обследованных пациентов с неконтролируемой АГ – 53,3%. Частота сосудистого типа нарушений выявлена в 26,7% случаев, частота стазического типа – в 20,0% случаев. Нарушения регуляции периваскулярного типа наиболее часто выявляемая патология среди больных АГ у женщин – 58,1%, несколько реже у мужчин – 35,7%. Нарушения регуляции Locus morbi резистивных сосудов дермы больных артериальной гипертонией – возможный механизм неконтролируемой АГ, ассоциированный с гипертоническим ремоделингом микрососудов органов мишеней почек, мозга, сердца.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, поражение органов-мишеней, периваскулярные нарушения микроциркуляции.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Апухтин А.Ф. Неинвазивная диагностика изменений Locus morbi сосудов микроциркуляции при неконтролируемой артериальной гипертонии: выявление периваскулярных поражений.
Терапия. 2023; 9(3S): 59-60.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.59-60

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

АСАТУЛЛИНА З.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В.

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

Актуальность. Вопрос о независимой связи НАЖБП с инсулинорезистентностью остается дискутабельным.

Цель. Провести анализ параметров углеводного обмена и инсулинорезистентности в зависимости от наличия неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и ожирения.

Материал и методы. Обследовано 119 пациентов без неметаболических заболеваний печени, сахарного диабета. Me возраста 35 [31-39] лет. Проведено ультразвуковое исследование печени. Изучены показатели углеводного профиля, инсулин, индекс инсулинорезистентности (HOMA IR). Пациенты разделены на 4 группы: 1 гр. – нормальный индекс массы тела (ИМТ) без абдоминального ожирения (АО) и НАЖБП; 2 гр. – ИМТ ≥25 кг/м^2 или АО без НАЖБП; 3 гр. – ИМТ ≥25 кг/м^2 и АО без НАЖБП; 4 гр. – с НАЖБП. Группы 3 и 4 сопоставимы по ИМТ (p=0,12). Использована SPSS Statistics 26.

Результаты. Частота нарушенной гликемии натощак (НГН) составила 0,8% (n=1), HbA1C ≥6% - 18,5% (n=22), инсулина крови >27 мкМЕ/мл – 4,2% (n=5), HOMA IR >2,52 – 21% (n=25). При разделении на группы НГН была выявлена только в 4 гр. (p=0,056). Средние значения гликемии в группах увеличивались от 4,1 ммоль/л в 1 гр. до 4,6 ммоль/л в 4 гр., p_{1-w}=0,002. Однако не различались между 3 и 4 группами, $p_{3,4}$=0,168. Частота повышения HbA1C ≥6% в группах составила 5,8%, 21,6%, 31,3%, 35,7% соответственно, p=0,004. Средние значения HbA1C в группах также увеличивались от 5,2% в 1 гр. до 5,9% в 4 гр., p_{1-w}=0,003. Гиперинсулинемия была выявлена в 2,7% (n=1) во 2 гр. и в 28,6% (n=4) в 4 гр., p=0,000. Частота повышения HOMA IR составила 2%, 16,7%, 50%, 71,4% соответственно, p=0,000. Значения инсулина и HOMA IR не только возрастали в выделенных группах (от 5,44 до 24,15 и от 1,02 до 4,88 соответственно, p_{1-w}=0,000), но и были достоверно выше в 4 гр. в сравнении с 3 гр. (p=0,042 и p=0,038).

Выводы. НАЖБП независимо от ожирения ассоциирована с гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, ожирение, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Асатуллина З.Р., Синеглазова А.В. Нарушения углеводного обмена и инсулинорезистентность при неалкогольной жировой болезни печени.
Терапия. 2023; 9(3S): 61-62.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.61-62

COVID-19 В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

АФАНАСЬЕВ Н.Е., БАТУРИН В.А., ПОЗДНЯКОВА О.Ю., МУРАВЬЕВ К.А., СОЧИЛОВА С.Д., СЕМЕНЯК О.В.

ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 5», г. Ставрополь

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

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 3», г. Ставрополь

Актуальность. В 2020 г. весь мир столкнулся с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной штаммом SARS-CoV-2. Первые случаи заболевания COVID-19 в Ставропольском крае были зарегистрированы в марте 2020 г., после чего распространение заболевания характеризовалось быстрым подъёмом числа заболевших с увеличением количества госпитализированных в медицинские организации.

Цель. Оценить особенности течения пневмонии и результаты фармакотерапии у госпитализированных больных в терапевтическом отделении ГБУЗ СК «ГКБ № 3» г. Ставрополя с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция COVID-19».

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 861 пациента, госпитализированных в терапевтическое отделение ГБУЗ СК «ГКБ № 3» г. Ставрополя с января по декабрь 2021 г. с основным диагнозом «Новая коронавирусная инфекция COVID-19», среднетяжелая форма. Осложнения: внебольничная полисегментарная пневмония, среднетяжелая форма. Обследование и лечение больных осуществлялось в соответствии с временными методическими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), разработанными Министерством здравоохранения РФ; последовательно использовались 14 версий рекомендаций.

Результаты. Распределение пациентов по полу: женщин – 503 (58,4%), мужчин – 358 (41,6%), из них старше трудоспособного возраста 467 человек. Избыточный вес и различная степень ожирения выявлены у 535 (62,2%) пациентов. Сопутствующая патология наблюдалась у 592 (68,7%) больных, в основном это были заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата.

Из клинических проявлений у пациентов регистрировались: потеря обоняния у 55%, кашель – 81%, одышка – 37%, головные боли – 28 %, кровохарканье – 5%, диарея – 13%,

тошнота – 16% и сердцебиение у 22%. Нуждались в кислородотерапии с первых дней госпитализации – более 70% пациентов. Бактериологическое исследование мокроты проводилось лишь у 9,4% поступивших пациентов. Более высокие показатели С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина (ПКТ), фибриногена, Д-димера отмечались у кислородозависимых пациентов с тяжелым течением COVID-19.

Лучевое обследование включало в себя компьютерную томографию легких у 783 (91%) пациентов. Средняя длительность госпитализации составила 16±2 дня.

Летальный исход констатирован у 14 человек, из которых женщин и мужчин - по 50%, трудоспособного возраста – 4 пациента. Все умершие имели тяжелую сочетанную патологию. Причина смерти острый инфаркт миокарда диагностирован у трех пациентов на фоне COVID-19, во всех остальных случаях – тяжелая пневмония с выраженной дыхательной недостаточностью.

Фармакотерапия проводилась по рекомендованным схемам. Использовались противовирусные препараты (фавипиравир, ремдесивир), биологическая терапия (олокизумаб, левилимаб, тоцилизумаб), пульс терапия дексаметазоном, антикоагулянты. При наличии показаний назначались антибактериальные препараты: фторхинолоны, цефалоспорины 3-го и 4-го поколения, карбапенемы и др.

Выводы. При ведении пациентов с COVID-19 важно мониторировать такие предикторы воспаления как СРБ, ПКТ, фибриноген. Повышение уровня этих показателей достоверно коррелировало с тяжестью состояния пациентов, но не являлось основанием для назначения антибактериальной терапии у большинства пациентов. Во время пандемии нерациональная АБТ приводила к росту резистентности этиологически значимых микроорганизмов, что диктует необходимость использования бактериологической диагностики всем поступившим в стационар пациентам.

Ключевые слова: COVID-19, внебольничная полисегментарная пневмония, диагностика COVID-19, фармакотерапия COVID-19.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Афанасьев Н.Е., Батурин В.А., Позднякова О.Ю., Муравьев К.А., Сочилова С.Д., Семеняк О.В. COVID-19 в Ставропольском крае: особенности течения, лабораторной диагностики и фармакотерапии в многопрофильном стационаре. Терапия. 2023; 9(3S): 63-63.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.63-64

ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ К БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЕ ПО ДАННЫМ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ

АШУРОВ Г.М., ШУШАКОВА М.В., СЕМЕНОВА Е.А., ЕФРЕМОВА А.Ю.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Безглютеновая диета (БГД) – единственный патогенетический способ лечения целиакии, несоблюдение которой сопряжено с неблагоприятным прогнозом заболевания. Данные литературы указывают на вариабельность уровня приверженности к БГД (45-90%), что связано с социально-экономическими, бытовыми, психологическими, медицинскими факторами. Вышесказанное обуславливает необходимость проведения регулярного скрининга соблюдения БГД для выявления больных с низким уровнем комплаентности и факторов, его определяющих.

Цель. Оценка приверженности к БГД и факторов его определяющих у пациентов с целиакией на основании данных самообследования.

Материал и методы. Анкетирование, основанное на зарубежных анкетах: GF-EAT, Sources of Gluten-free Diet Information, использование сайта-приложения «Приверженность к лечению». Проанкетировано 60 больных целиакией в возрасте от 10 до 62 лет (38±8,6 лет), соотношение мужчин и женщин – 1:7,1. Результаты обработаны в программе STATISTICA10.

Результаты. Строгую БГД соблюдают 34 человека (56,7%), что соответствует среднему уровню комплаентности. 18 человек (30%) придерживаются БГД с редким непреднамеренным и преднамеренным потреблением глютена, 8 человек (13,3%) – не комплаентные к элиминационной терапии (ЭТ).

Согласно калькулятору «Приверженность к лечению» пациенты характеризовались низким уровнем приверженность к модификации образа жизни (41,8%) и общей приверженностью к лечению (48,8%).

Оценка динамики клинической симптоматики: 57 респондентов (95%) отмечали положительный ответ на ЭТ, сроки наступления которого варьировали от одного месяца до 1,5 лет, в среднем 3,8±0,54 мес. 14% больных отмечали минимальное или отсутствие влияния, попавшего в организм глютена на их состояние.

Все пациенты испытывали трудности при соблюдении диеты: стоимость продукции (60%), органолептические свойства (54,4%), отсутствие информации о правилах соблюдения диеты (43,9%), проблемы с поиском продуктов (24,6%), отрицание болезни

(15,8%), психологические особенности (70%) в виде тревожных расстройств, связанных с исключением привычной еды. 56,9% респондентов не посещали врача-диетолога, уровень приверженности к врачебным рекомендациям составил 59,1%.

Выводы. Обследованные пациенты характеризовались удовлетворительным уровнем приверженности к строгой ЭТ (56,7%). Факторами, негативно влияющими на соблюдение БГД являлись стоимость продукции, повышенная тревожность, отсутствие врачебного сопровождения после инициации диеты. Так, самообследование направленное на оценку приверженности к БГД имеет важное значение для своевременного выявления причин сохраняющихся симптомов заболевания и оптимизации взаимодействия врач-пациент.

Ключевые слова: целиакия, безглютеновая диета, приверженность лечению.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ашуров Г.М., Шушакова М.В., Семенова Е.А., Ефремова А.Ю. Оценка комплаентности к безглютеновой диете по данным самообследования пациентов с целиакией.
Терапия. 2023; 9(3S): 65-66.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.65-66

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ: GLIM, NRS-2002, RFH-NPT

БАДМА-ГОРЯЕВА Ц.С., ДИНОВ Р.М., БЕЛОУСОВА Е.Н., МУХАМЕТОВА Д.Д.
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) представляет собой финальную стадию большинства хронических диффузных заболеваний печени. Мальнутриция – одно из серьезных осложнений ЦП, влияющее на выживаемость таких пациентов.
Цель. Провести сравнительный анализ диагностических методик для выявления мальнутриции у пациентов с ЦП.
Материал и методы. В исследование включены 35 пациентов с ЦП, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». Средний возраст составил 54 [46;59] года; из них женщин – 21 (60%). Распределение по степени тяжести ЦП по классификации Child-Pugh было следующим: класс А – 13 (37,1%) пациентов, класс В – 12 (34,3%), класс С – 10 (28,6%). Для оценки мальнутриции всем пациентам были проведены тесты RFH-NPT, NRS-2002 и определялась их диагностическая значимость. GLIM использовался в качестве «золотого стандарта» для качественной оценки мальнутриции.
Результаты. Среднее значение RFH-NPT составило 2,4 [0;6] балла, NRS-2002 – 1,86 [1;4] баллов. По результатам теста RFH-NPT 18 (51,4%) пациентов имели высокий риск мальнутриции, 4 (11,4%) – средний риск, 13 (37,2%) – низкий риск. По NRS-2002 – 12 (34,3%) имели средний/высокий риск, 23 (65,7%) – низкий риск. У пациентов с ЦП Child-Pugh А риск мальнутриции был ниже, чем у Child-Pugh В и С ($p<0,05$). В группе пациентов с асцитом риск мальнутриции по обоим тестам был выше, чем без асцита ($p<0,05$). По результатам GLIM, 28 (80%) пациентов – имели мальнутрицию. Распределение частоты мальнутриции в зависимости от тяжести ЦП по Child-Pugh А, В, С составило 7 (25%), 11 (39,3%) и 10 (35,7%) пациентов, соответственно.
Выявление мальнутриции по тесту RFH-NPT: чувствительность – 67,9%, специфичность – 57,1%, прогностическая ценность положительного результата (PPV)=86,4%. По тесту NRS-2002: чувствительность – 39,3%, специфичность – 85,7%, PPV=91,7%.
Выводы. Распределение риска мальнутриции различалось по двум тестам. Тест RFH-NPT выявил низкий риск у 37,2%, средний – 11,4%, высокий – 51,4%. Тест NRS-2002, выявил

низкий риск у 65,7%, средний/высокий риск – 34,3%. Обращает внимание высокое значение PPV для обоих тестов, что позволяет считать данные опросники валидными для определения мальнутриции.

Ключевые слова: нутритивный статус, мальнутриция, цирроз печени.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Бадма-Горяева Ц.С., Динов Р.М., Белоусова Е.Н., Мухаметова Д.Д. Сравнительное исследование методов диагностики нутритивного статуса у пациентов с циррозом печени: GLIM, NRS-2002, RFH-NPT.
Терапия. 2023; 9(3S): 67-68.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.67-68

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», г. Новосибирск
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Новосибирск

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и сахарный диабет (СД) 2-го типа – это хронические и прогрессирующие заболевания, требующие пожизненной терапии. То, как человек адаптируется к наличию заболевания, определяет его прогноз. Психологические факторы играют важную роль в процессе лечения как ХОБЛ, так и СД 2-го типа. Определённое влияние на снижение качества жизни у всех больных оказывает наличие психоэмоциональных расстройств, снижающих уровень комплаентности, ухудшающего качество контроля за течением заболеваний, что может формировать «порочный круг».

Цель. Оценить психоэмоциональный статус у пациентов с ХОБЛ и СД 2-го типа.

Материал и методы. В исследование включены 33 пациента (8 женщин, 25 мужчин), госпитализированных в терапевтическое отделение с диагнозом с ХОБЛ, средний возраст 66,8±9,95 лет. Группу 1 составили пациенты с ХОБЛ, n=22; группу 2 пациенты с ХОБЛ и СД 2-го типа, n=11. Скрининг психоэмоционального статуса проводился с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты и обсуждение. Установлено, что признаки тревоги и депрессии присутствовали у 28 пациентов (84%). Высокая частота тревожно-депрессивных нарушений выявлялась как в группе 1 – 81,8%, так и во группе 2 – 90,9%. Важно отметить, что у обоих группах пациентов с отсутствием тревоги и депрессии не обнаружено. Наиболее часто в обеих группах выявлялись клинически выраженные тревожно-депрессивные нарушения. Выраженность тревожно-депрессивных нарушений в группе 1 и 2 достоверно не различалась - 20,1±8,2 балла и 22,1±10,2 балла (p=0,547), соответственно. При этом тревога возрастала по мере увеличении стадии ХОБЛ по GOLD: так у пациентов со II стадией тревога составляла 18,5±6,4 балла, у пациентов с III стадией – 20,3±9,7 балла, то у пациентов с IV стадией 26±10,4 балла.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии клинически выраженных признаков тревоги и депрессии у пациентов с ХОБЛ, наличие СД 2 типа существенно не

влияет на выраженность тревожно-депрессивных нарушений. Выраженность тревоги и депрессии возрастает по мере увеличения стадии заболевания ХОБЛ. Для повышения эффективности лечения таких больных требуется проведение скрининговой оценки психоэмоционального статуса, дальнейшее динамическое наблюдение и коррекция тревожно-депрессивных расстройств.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет 2-го типа, тревожно-депрессивные расстройства, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Бадулина Н.А., Деев Д.А., Самсонова Е.Н. Оценка психоэмоционального статуса у больных с хронической обструктивной болезнью легких и сахарным диабетом 2-го типа.
Терапия. 2023; 9(3S): 69-70.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.69-70

ВЛИЯНИЕ РЕБАМИПИДА И ДИЕТЫ LOW-FODMAP НА АКТИВНОСТЬ КАРБОГИДРАЗ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНТЕРОПАТИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ МЕМБРАННОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ

БАУЛО Е.В., БЕЛОСТОЦКИЙ Н.И., ПАРФЕНОВ А.И.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва

Введение. Энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения (ЭНМП) – заболевание, основанное на снижении активности одного или более ферментов слизистой оболочки тонкой кишки (СО ТК).

Цель. Показать изменение активности ферментов СО ТК у больных ЭНМП под воздействием цитопротектора (ребамипид) в зависимости от продолжительности лечения.

Материал и методы. Обследовано 84 пациента с клиническими симптомами ЭНМП. У каждого пациента была взята биопсия из залуковичного отдела ДПК. Активность ферментов определяли по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого.

Результаты. При изучении активности ферментов СО ТК у пациентов до начала лечения были выявлено, что среднее значение глюкоамилазы составила 104 нг глюкозы/мг ткани, мальтазы – 564, сахаразы – 49,6, лактазы – 13,2.

Через 4 нед. терапии ребамипидом выявлено увеличение глюкоамилазы от исходных значений (до лечения) в 1,8 раз (p□0,005), мальтазы в 1,4 раза (p□0,005), сахаразы в 1,3 раза (p□0,005), лактазы в 1,5 раза (p=0,13).

Через 8 недель обнаружено дальнейшее увеличение их активности: глюкоамилаза увеличилась в 2,2 раза (p□0,005), мальтаза в 1,8 раз (p□0,005), сахараза в 1,7 раз (p=0,021). Исключение составила лактаза, активность которой увеличилась в 1,3 раза (p=0,449), по сравнению с исходными данными, в отличие от 4-х недельного курса терапии.

Через 12 недель терапии ребамипидом глюкоамилаза увеличилась в 3,2 раза (p□0,005), мальтаза в 3 раза (p□0,005), сахараза в 2,9 раз (p□0,005), а лактаза в 1,9 раз (p=0,097).

При изучении активности ферментов под влиянием диеты low-FODMAP отмечено увеличение активности глюкоамилазы в 2,1 раз (p□0,005), мальтазы в 1,7 раза (p□0,005), сахаразы в 2,06 раз (p□0,005), лактазы в 2,22 раза (p□0,005).

Выводы. Ребамипид в дозе 300 мг/сут., последовательно повышает активность карбогидраз СО ТК через 4, 8 и 12 недель терапии. При соблюдении диеты low-FODMAP в течение 8-ми недель также отмечается повышение активности ферментов.

Ключевые слова: энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения, карбогидразы тонкой кишки, low-FODMAP диета, ребамипид.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Бауло Е.В., Белостоцкий Н.И., Парфенов А.И. Влияние ребамипида и диеты low-FODMAP на активность карбогидраз тонкой кишки у пациентов с энтеропатией с нарушением мембранного пищеварения.
Терапия. 2023; 9(3S): 71-72.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.71-72

МНОГОЛИКИЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

БЕЛОВА Г.В., РОМАНЕНКО И.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Введение. Специфический сахарный диабет (СД) встречается нечасто, но может быть причиной диагностических ошибок. В Россию приезжает много иностранцев из стран с тропическим климатом, в которых течение СД может быть особенным.

Описание клинического случая. Пациент Ш. 32 лет, уроженец Эфиопии, на приеме у врача жалуется на слабость, боли в эпигастрии, не имеющие четкой связи с приемом пищи, тошноту, рвоту, жажду, полиурию. СД 6 лет, получает инсулинотерапию, контролирует уровень гликемии, ацетонурии; не курит, не употребляет наркотики. При осмотре: состояние удовлетворительное; вес 50 кг, рост 176 см (ИМТ 16,1кг/м2). Кожа сухая, тёмного коричневого цвета. ЧД 18 в мин., при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, АД 90/60 мм рт.ст., тоны сердца ослаблены, ЧСС 80 в 1 мин. При пальпации брюшной полости - болезненность в эпигастрии, положителен симптом Мейо-Робсона. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторных исследований: общий белок – 60,0 г/л; глюкоза – 9,2 ммоль/л; НвА1с – 8,6%; С-пептид – 0,3 нг/мл. В копрологии – стеаторея и креаторея. На ЭКГ ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 76 в мин. УЗИ поджелудочной железы (ПЖ): головка 52 мм, тело 20 мм, хвост 24 мм, контуры неровные, структура неоднородная, в протоках ПЖ визуализируется многочислнные конкременты размерами от 4 мм до 6 мм. Микро- и макроангиопатии при обследовании больного не выявлены. У пациента имеется дефицит массы тела; за 6 лет течения СД у него не было кетонурии, а функциональная активность β-клеток ещё сохранена; имеется ферментативная недостаточность ПЖ.

Особенность данного клинического случая. Особенность данного случая в том, что пациент – житель Эфиопии, где в пищу используют корнеплоды, провоцирующие образование камней в протоках ПЖ. Исходя из результатов обследования, у больного правомочен диагноз специфического тропического СД, для лечения которого врачу потребуется персонифицированный подход, не исключающий эндоскопического хирургического вмешательства для удаления камней в ПЖ.

Ключевые слова: сахарный диабет, тропический сахарный диабет, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Белова Г.В., Романенко И.А. Многоликий сахарный диабет (клиническое наблюдение).
Терапия. 2023; 9(3S): 73-74.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.73-74

ЧАСТОТА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

БЕЛОВА Г.В., РОМАНЕНКО И.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,

г. Иваново

Актуальность. Выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в ранней стадии, их профилактика является основной задачей здравоохранении. Эти задачи призвана решить и диспансеризации определенных групп взрослого населения, которая проводится в РФ с 2015 г.

Цель. Изучить частоту выявления сахарного диабета (СД) при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в поликлинике.

Материал и методы. Ретроспективный анализ медицинских документов, заполняемых при проведении диспансеризации: записи в амбулаторной медицинской карте, маршрутные карты диспансеризации, анкеты для выявления ХНИЗ и факторов риска их развития, которые оформлялись при проведении диспансеризации взрослого населения на I и II ее этапов. В 2021 г. прошли диспансеризацию 17249 пациентов, из них 45,3% мужчин (7819 человека) и 54,67% женщин (9430 человек). В 2022 г. прошли диспансеризацию 29230 пациентов, из них 42,1% мужчин (12300 человек) и 57,9% женщин (16930 человек).

Результаты. По результатам осмотра и обследования в 2021 г. СД был выявлен у 2038 пациентов – 11,9% от всех прошедших диспансеризацию. В 2022 г. СД был выявлен у 3020 пациентов – 10,3%. Выявленный ранее СД, по поводу которого больные находились под диспансерным наблюдением у участкового терапевта и эндокринолога, отмечен у 1990 человек (11,5%) в 2021 г. и у 2855 человек (9,8%) в 2022 г. от числа прошедших диспансеризацию. Впервые СД был выявлен в 2021 г. у 48 человек (0,3%) и у 165 человек (0,6%) в 2022 г. от всех пациентов, прошедших диспансеризацию. Диагноз уточнялся на 2 этапе диспансеризации с консультацией эндокринолога. Все вновь выявленные больные имели СД 2 типа.

Выводы. Таким образом, частота выявленного СД при диспансеризации различных групп взрослого населения в 2021 г. составила 11,9%, в 2022 г. – 10,3%. Впервые СД в 2021 г. выявлен у 48 пациентов (0,3%), в 2022 г. – 165 пациентов (0,6%).

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, сахарный диабет, диспансеризация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Белова Г.В., Романенко И.А. Частота раннего выявления сахарного диабета при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения. Терапия. 2023; 9(3S): 75-76.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.75-76

COVID-19 КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

БЕРМАН А.А., ТОНКОПРЯД М.В., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А.

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

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн №3», г. Новосибирск

Описание клинического случая. Мужчина, 42 лет, поступил в приемное отделение ГБУЗ НСО «ГКБ №1» 13.07.2022 г. с жалобами на сердцебиение и боли в области сердца, которые появились после физической нагрузки. Из анамнеза: хронические заболевания отрицает; травмы, операции отрицает; вредные привычки отрицает. Прием лекарственных препаратов отрицает. При осмотре состояние крайне-тяжелое. Сознание ясное. Температура тела 36,5 °С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 17 в 1 минуту. SpO_2 91%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД 80/50 мм рт.ст., ЧСС 170 в минуту. Рост 183 см, вес 95 кг, ИМТ 28,4 кг/м^2. При лабораторно-инструментальном обследовании данных за острый коронарный синдром не получено. По данным ЭКГ: ритм - суправентрикулярная тахикардия, ЧЖС 170 в минуту. Экспресс-тест на SARS-COV2 – положительный. На основании проведенного обследования верифицирован диагноз: Новая коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (экспресс-тест на SARS-COV2 от 13.07.2022 г. положительный), легкое течение. Идиопатическое нарушение ритма. Пароксизм ритмированного трепетания 2:1, тахисистолический вариант. Электроимпульсная терапия (ЭИТ) от 13.07.2022 г. Аритмогенный шок. ОСН Killip IV ФК.

Особенности данного клинического случая. Отличительной особенностью данного клинического случая является отсутствие данных о наличие явных факторов риска развития нарушения ритма. В литературеопубликовано множество исследований, подтверждающих связь нарушений ритма и новой короновирусной инфекции COVID-19. Ввиду отсутствия респираторных нарушений, а также признаков системного воспаления данный клинический случай может отражать прямое влияние вируса SARS-CoV-2 на миокард.

Трудности диагностики и лечения. Развитие аритмогенного шока стало показанием для проведения ЭИТ от 13.07.2022 г.; Медикаментозное лечение: фавипиравир по схеме (по

1800 мг 2 раза в день 1-е сутки, по 800 мг 2 раза в день с 2-го по 10-й день), дабигатрана этексилат 150 мг 2 раза в день, омепразол 20 мг 2 раза в сутки, амиодарон 200 мг 3 р/день со снижением дозировки. На контрольной ЭКГ – ритм синусовый. В динамике наблюдения жалоб пациент не предъявлял. Прошел 2-й и 3-й этап медицинской реабилитации.

Ключевые слова: COVID-19, нарушения ритма сердца, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Берман А.А., Тонкопряд М.В., Герасименко О.Н., Толмачева А.А. COVID-19 как фактор риска нарушений ритма сердца на примере клинического случая. Терапия. 2023; 9(3S): 77-78.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.77-78

ПАЦИЕНТ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

БОГДАНОВА А.Р., СИГИТОВА О.Н., ПОЛЬКОВА А.А., МУСЛЮМОВА А.А.

ФГАОУ ВО «Казанский федеральный университет», г. Казань

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

Описание клинического случая. 1 этап наблюдения. Пациенту А.**,** 38 лет, впервые установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 2 степени, I стадия, риск высокий. Ожирение 1 степени. Дислипидемия IIБ типа. Предиабет. Гиперфильтрация (СКФ 151 мл/мин/м^2). Пациент соответствовал критериям метаболического синдрома: абдоминальное ожирение (ИМТ 34 кг/м^2, окружность талии 106 см), артериальная гипертензия (АД 168/102 мм рт.ст.), нарушенная толерантность к глюкозе (глюкоза натощак 6,0; через 2 часа – 8,3 ммоль/л, НвА1с 5,7%), дислипидемия (в ммоль/л: ОХ 6,8; ЛПНП 4,8; ТГ 1,9; ЛПВП 1,0). Рекомендованы отказ от курения, снижение веса, эналаприл по 5 мг 2 раза в сутки.

2 этап. Через 10 лет пациент обратился с жалобами на боли в области сердца и одышку при физической нагрузке. Выявлены некомплаентность пациента и отсутствие коррекции терапии: несоответствие АД (178/108 мм рт.ст.) целевым значениям и нерегулярный прием гипотензивных препаратов (исход – гипертрофия левого желудочка); превышение целевых показателей ЛПНП (исход – атеросклероз сонных артерий); прогрессирование ожирения (ИМТ 35 кг/м^2) и развитие сахарного диабета 2 типа (HbA1c 7,7%) с диабетической нефропатией (хроническая болезнь почек (ХБП), С3а (57 мл/мин/м^2); Ал/Кр в моче 41 мг/г). Рекомендованы отказ от курения, малокалорийная диета, метопролол 100 мг в сутки, эналаприл 10 мг в сутки.

3 этап. К 58 годам пациент перенес острый инфаркт миокарда с развитием систолической дисфункции левого желудочка (фракция выброса 38%) и острое нарушение мозгового кровообращения. Терапию получал нерегулярно, не наблюдался. Целевые показатели АД, ЛПНП, HbA1c, ИМТ не были достигнуты. ХБП прогрессировала до стадии С3Б, А3.

Особенности данного клинического случая. «Неблагоприятный сценарий» развития заболеваний пациента можно было предотвратить при своевременной коррекции факторов риска и высокой приверженности пациента к лечению.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. «Благоприятный сценарий мог выглядеть следующим образом:

1 этап: отказ от курения, аэробные физические нагрузки, гипокалорийная и низкосолевая диеты**;** двойная антигипертензивная и гиполипидемическая терапии, метформин.
2 этап: + «усиление» гипогликемической терапии.
3 этап: + ацетилсалициловая кислота, бета-адреноблокаторы, коррекция гипогликемической терапии (возможно, инсулинотерапия).

Ключевые слова: метаболический синдром, коморбидность, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Богданова А.Р., Сигитова О.Н., Полькова А.А., Муслюмова А.А. Пациент с метаболическим синдромом и коморбидными заболеваниями (клинический случай).
Терапия. 2023; 9(3S): 79-80.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.79-80

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

БОДРЯГИНА Е.С.

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

Актуальность. На сегодняшний день растет число пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, среди которых одну из ведущих позиций занимает синдром раздраженного кишечника (СРК). Он может наблюдаться в том числе и при неблагополучии психоэмоциональной сферы, однако в последнее время есть данные о развитии СРК у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Описание клинического случая. Пациентка А., 37 лет, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на боли в нижней части живота, усиливающиеся перед актом дефекации, частый кашицеобразный стул 2-3 раза в сутки без патологических примесей. Из анамнеза известно, что 4 года назад пациентке был выставлен диагноз «Язвенный колит, левостороннее поражение», по поводу его пациентка находится на поддерживающей терапии сульфасалазином. Лабораторные анализы без патологических изменений — отсутствие анемии (Hb 132 г/л), лейкоцитоза, повышения СРБ, кал на скрытую кровь отрицательный, фекальный кальпротектин в пределах нормы (40 мкг/г). По данным колоноскопии и гистологии не наблюдалось активности язвенного колита. Был выставлен диагноз «Язвенный колит, левостороннее поражение, ремиссия. Синдром раздраженного кишечника с диареей», назначена терапия спазмолитиками и противодиарейными препаратами, однако клинического улучшения не последовало. Пациентка посещала гастроэнтеролога несколько раз за полгода, были применены различные схемы терапии, но без эффекта. При очередном посещении врача была определена четкая зависимость клинических проявлений от психоэмоционального стресса. Была предложена консультация психотерапевта, выявлено пограничное тревожное расстройство, проводилась индивидуальная психотерапия, лечение нейролептиками. На фоне данной терапии наблюдалось полное исчезновение симптомов СРК, эффект также сохранялся и после прекращения лечения.

Особенностью данного клинического случая является сочетание органического и функционального поражения кишечника, устойчивого к стандартной терапии, однако демонстрирующего эффективность применения антидепрессантов в случае диагностированной нестабильности психоэмоционального фона. Сложность в

диагностике была обусловлена скрытыми нарушениями настроения, выявленными лишь при повторном обращении к врачу.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, синдром раздраженного кишечника.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Бодрягина Е.С. Опыт ведения пациента с язвенным колитом и сопутствующим синдромом раздраженного кишечника.
Терапия. 2023; 9(3S): 81-82.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.81-82

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВОБОДНЫХ СУЛЬФАТОВ И 5-ГИДРОКСИИНДОЛУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЗК

БОДРЯГИНА Е.С., ГАЙНУЛЛИНА Г.Р., НАБАТОВ А.А.

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

Актуальность. Сульфаты – труднорастворимые соли серной кислоты, повышение содержания которых может свидетельствовать о наличии у больного воспалительного заболевания кишечника (ВЗК). Наличие сульфатов можно определить по изменениям у пациентов метаболизма 5-гидрокситриптамина (серотонина).

Цель. Оценить уровень сульфата в моче у пациентов с ВЗК, изучить взаимосвязь между метаболизмом сульфата и уровнем основного метаболита серотонина – 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК).

Материал и методы. В исследование было включено 40 пациентов с ВЗК, у которых дважды (утром и днем) осуществлялся сбор мочи, образцы были использованы для анализа свободных сульфатов и 5-ГИУК с помощью специфических тест-полосок и иммуноферментного анализа.

Результаты. Среди 40 пациентов ЯК выявлен у 26 (65%), БК – 14 (35%). Мужчины – 17 (43%), средний возраст – 37,2 года. Степень тяжести заболевания: легкая – 8 (20%); умеренная – 17 (42,5%); тяжелая – 15 (37,5%). Среди больных ЯК тотальный колит наблюдался у 15 (58%) больных, левосторонний колит у 7 (27%), проктит у 4 (15%). Среди больных БК колит наблюдался у 6 (43%), илеоколит у 5 (36%), терминальный илеит у 3 (21%). Внекишечные проявления ВЗК выявлены в 21 (52,5%) случае, осложнения – у 7 (17,5%) больных. Средний уровень сульфатов у больных ВЗК составил 746,3±45,0 мг/л, ЯК 690,4±57,0 мг/л, БК 850,0±66,9 мг/л. Различий между уровнем сульфатов в моче пациентов ЯК и БК не было ($p=0,09$). Однако по сравнению с уровнем сульфата в моче здорового населения (<400) выявлено повышение содержания сульфата в обеих группах пациентов. Нами обнаружены четкие корреляции ($R >0,72$, $p <0,01$) между концентрациями свободных сульфатов в «утренней» моче и 5-ГИУК в «дневной» моче. Пациенты с БК продемонстрировали более сильную ($R >0,77$ vs $R >0,72$) корреляцию по сравнению с пациентами с ЯК в обеих сериях экспериментов.

Выводы. У пациентов с ВЗК уровень сульфатов в моче выше, чем у здоровых людей, что может быть полезным в качестве использования как косвенного признака воспаления. Выявлена связь между метаболизмом сульфата и 5-гидрокситриптамина.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, анализ мочи, свободные сульфаты, 5-гидроксииндолуксусная кислота.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Бодрягина Е.С., Гайнуллина Г.Р., Набатов А.А. Определение свободных сульфатов и 5-гидроксииндолуксусной кислоты мочи у пациентов с ВЗК. Терапия. 2023; 9(3S): 83-84.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.83-84

АБАТАЦЕПТ ТОРМОЗИТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

БОРИСОВА М.А., ЛУКИНА Г.В., ЛУЧИХИНА Е.Л., КАРАТЕЕВ Д.Е., СМИРНОВ А.В., АРОНОВА Е.С., ГЛУХОВА С.И., НАСОНОВ Е.Л.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», г. Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ), г. Москва

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

Актуальность. Абатацепт (АБЦ) широко используется для лечения ревматоидного артрита (РА). Результаты применения данного препарата в условиях реальной клинической практики представляют научный интерес.

Цель. Провести анализ влияния АБЦ на рентгенологическую прогрессию и его терапевтическое действие у больных РА.

Материал и методы. Данная работа проведена в ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой. В исследование был включен 91 пациент с РА и неадекватным ответом на синтетические базисные противовоспалительные препараты (в основном, метотрексат – 70%, n=64) или биологические препараты (51,6%, n=47). Большинство из них – женщины среднего возраста с высокой активностью заболевания (среднее значение DAS28=5,1±1,0, позитивные по ревматоидному фактору 72,5% (n=66) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду 77% (n=70), получавшие АБЦ (в/в, 10 мг/кг). Терапевтический эффект оценивали по критериям EULAR каждые 3 мес. Рентгенография суставов проводилась перед началом лечения и через 12 мес. Для оценки рентгенологических изменений использовали метод Шарпа в модификации van der Heijde.

Результаты. Терапия АБЦ приводила к достоверному снижению активности РА, начиная с 3 мес. лечения ($p < 0,05$). После 12 мес. лечения клиническое улучшение регистрировалось у 63% (n=48) пациентов. Хороший ответ по критериям EULAR отмечался у 39% (n=29) через 12 мес. терапии АБЦ. У 85% (n=23) пациентов после года лечения АБЦ не выявлено рентгенологической прогрессии. Лишь у 4 пациентов

зарегистрировано рентгенологическое прогрессирование, что составило 15% от общего числа больных. Среднее сужение суставной щели, общий балл Шарпа и медианный балл эрозии существенно не изменились через 12 мес.

Выводы. Терапия абатацептом замедляет рентгенологическое прогрессирование и показывает хороший терапевтический эффект у больных ревматоидным артритом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, рентгенологические стадии ревматоидного артрита, абатацепт.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Борисова М.А., Лукина Г.В., Лучихина Е.Л., Каратеев Д.Е., Смирнов А.В., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л. Абатацепт тормозит рентгенологическое прогрессирование у пациентов с ревматоидным артритом: результаты 12-месячного наблюдения.

Терапия. 2023; 9(3S): 85-86.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.85-86

НЕСОВПАДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

БОРИСОВА М.А., ЛУКИНА Г.В., ВОЛКОВ А.Н., СЕВЕРИНОВА М.В., САЙКОВСКАЯ Т.М., АЛЕКСЕЕВА О.Г., АРОНОВА Е.С., ГЛУХОВА С.И., НАСОНОВ Е.Л.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», г. Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ), г. Москва

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

Актуальность. Эффективность терапии ревматоидного артрита (РА) оценивается различными индексами, которые включают лабораторные и клинические показатели. Ультразвуковое (УЗ) исследование дает дополнительную информацию, что в совокупности с оценкой клинических индексов позволяет углубленно проанализировать состояние пациента и назначить наиболее подходящее лечение.

Цель. Проанализировать влияние абатацепта (АБЦ) на УЗ-индексы и клинические индексы активности РА.

Материал и методы. В исследование включено 52 пациента с РА (SDAI=27,8±13, CDAI=25,0±12), наблюдавшиеся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в рамках первого российского стратегического исследования фармакотерапии РА – РЕМАРКА (Российское исслЕдованиеМетотрексАта и биологических препаратов при Раннем аКтивном Артрите). Пациентам с недостаточной эффективностью метотрексата (МТ – 84,6%, n=44) и высокой активностью заболевания (SDAI=27,8±13, CDAI=25,0±12) проводилось лечение АБЦ в дозе 10 мг/кг внутривенно. Эффективность терапии и УЗИ 8 суставных зон кистей и стоп (запястья, II, III пястно-фаланговых, II, III проксимальных межфаланговых, II, V плюснефаланговых суставов) клинически доминирующей стороны проводилось всем пациентам перед началом лечения, далее каждые 3 мес.

Результаты. После 12 мес. лечения ремиссия РА по индексам SDAI, CDAI отмечалась у 6 (20,7%) и 8 (25,8%) пациентов. До начала лечения 84% пациентов имели значительную и умеренную активности синовита в В-режиме и 57% по энергетическому допплеру (ЭД).

После 12 мес. 4 (13%) пациента достигли минимальной активности по серой шкале (СШ). В режиме ЭД достоверное снижение активности воспаления отмечалось с 6-го мес. и до конца наблюдения. После 12 мес. минимальная активность по ЭД отмечалась 63% (n=19) больных. Полной и неполной УЗ -ремиссии через 12 мес. достигли 19 пациентов. В В-режиме полной УЗ-ремиссии не было достигнуто, неполная УЗ-ремиссия отмечалась у 4 пациентов. При сопоставлении пациентов с полной и неполной УЗИ-ремиссией с больными, находящимися в ремиссии по индексам SDAI, CDAI, совпадение регистрировалось не более чем в 50% случаев.

Выводы. На фоне терапии АБЦ отмечается достоверное снижение клинических и УЗ-индексов активности. Отмечено частое несовпадение клинической и УЗ-ремиссии. Полученные результаты могут быть объяснены высокой чувствительностью УЗ-исследования.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ультразвуковые индексы ревматоидного артрита, клинические индексы активности ревматоидного артрита, абатацепт.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Борисова М.А., Лукина Г.В., Волков А.Н., Северинова М.В., Сайковская Т.М., Алексеева О.Г., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л. Несовпадение клинической и инструментальной ремиссии у пациентов с ревматоидным артритом. Терапия. 2023; 9(3S): 87-88.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.87-88

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ И ЕГО ДИНАМИКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

БУРСИКОВ А.В., ВАЛИУЛЛИНА Е.Ш.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Описание клинического случая. Пациентка Ф., 85 лет, доставлена в терапевтическое отделение бригадой скорой помощи с диагнозом «гипертонический криз». Самостоятельно жалоб не предъявляла, на обращенную речь не реагировала. Анамнез собран со слов соседки, которая обнаружила пациентку в неадекватном состоянии: «говорила не дело». Артериальное давление (АД) 280/120 мм. рт. ст. Страдает артериальной гипертонией, хроническим пиелонефритом, пароксизмальной формой мерцательной аритмии регулярную гипотензивную терапию не получает.

Оценка сознания: глаза открывает самостоятельно, на обращенную речь не реагирует, движения конечностей только на болевые раздражители, в постели ведет себя беспокойно. Оценка по Шкале комы Глазго 10 баллов. Однако периодически совершает осознанные движения – протягивает руку для измерения АД, открывает рот при поднесении ложки ко рту. Пульс 140 уд. в 1 мин., мерцательная аритмия, АД 220/120 мм рт.ст., в остальном по органам – без существенной патологии. В общем анализе крови лейкоцитоз 17,5 х 10^9/л, в общем анализе мочи: белок 0,099 г/л, лейкоциты 30-60 в поле зрения, бактерии +++. Показатели функции печени и почек без значимой патологии. ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧСС 150-170 в 1 мин. УЗИ почек: паренхима истончена до 10 мм, уплотнена, размеры почек уменьшены. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: в области бифуркации обеих общих сонных артерий, а также устьях правой и левой внутренних сонных артерий атеросклеротические бляшки, стенозирующие просвет до 50-65%.

Острое нарушение сознания вызывает сложности как в постановке диагноза, так и выборе места и методов лечения. Сознание может быть нарушено по уровню (ступор, сопор, кома) или по содержанию. В данном случае имели место утрата способности к речевому общению, дезориентация в месте, времени, пониманию факта болезни при сохранности некоторых осознанных действий, что расценено как спутанность сознания. Анализ клинической ситуации позволил выделить провоцирующие факторы острого нарушения сознания и определить направления лечения: восстановлен синусовый ритм, АД снижено до целевых значений, проведено лечение инфекции мочевых путей: эналаприл,

бисопролол, амлодипин, индапамид, аторвастатин, апиксабан, дигоксин, цитофлавин, амикацин. На 7-й день лечения: в месте и времени ориентирована, самостоятельно принимает пищу. Оценка по шкале Глазго 15 баллов. В общем анализе крови лейкоцитоза нет. В анализах мочи – единичные лейкоциты в поле зрения.

Выводы. Патогенетическое лечение соматической патологии позволило вернуть сознание пациентки в доморбидное состояние без применения психотропных препаратов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, коморбидность, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Бурсиков А.В., Валиуллина Е.Ш. Оценка состояния сознания и его динамика на фоне лечения пожилой пациентки с коморбидной патологией.
Терапия. 2023; 9(3S): 89-90.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.89-90

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

ВАСИЛЕВСКАЯ А.С., ШЕЛУХИНА С.В., ВОРНАЧЕВА И.Ю., КАРПОВА Л.И., РАЗЖИВИНА Е.Г., ЛАВРУШИН А.А.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Рязань

ГБУ Рязанской области «Городская клиническая больница №4», г. Рязань

Описание клинического случая. Больной М., 30 лет, страдает язвенным колитом с 2009 г., когда появились жалобы на частый стул, субфебрильную температуру, боли в животе. В сентябре 2010 г. – ухудшение состояния. Проводилась гормонотерапия, но в связи с развитием гормонозависимости была назначена антицитокиновая терапия. Ухудшение с июня 2016 г. – стационарное лечение с диагнозом: Язвенный колит, тотальное поражение, тяжелое течение, фаза обострения, гормонозависимая форма, с внекишечными проявлениями – узловатая эритема, артрит, иридоциклит, кандидоз полости рта, трахеи. С 2016 г. в течение 2 лет проводилась антицитокиновая, иммуносупрессивная и противовоспалительная терапия. С августа 2018 г. – ухудшение состояния – усилился болевой синдром, тошнота, многократная рвота, ложные позывы, стул 6 раз в сутки с примесью слизи, повышение температуры до 38,5 °С. 16.10 по 09.11.2018 г. – стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении ГКБ № 4 с диагнозом: Язвенный колит, тотальное поражение, хроническое рецидивирующее течение, с формированием гормональной резистентности, с внекишечными проявлениями (полиартрит, иридоциклит), тяжелое течение, тяжелая атака. Несмотря на проводимую гормональную, противовоспалительную, антибактериальную, генно-инженерную биологическую терапии состояние пациента ухудшилось.

14.11.2018 г. обратился в ГНЦ колопроктологии им. А. Н. Рыжих с жалобами на частый стул до 7 раз в сутки, с примесью крови, слизи, повышение температуры до 38 °С. Без предварительной подготовки проведена колоноскопия и сигмоскопия. Заключение – Язвенный колит. Стадия обострения. Сверхтяжелая форма. 15.11.2018 г. выполнено оперативное вмешательство в объеме колэктомии, илеостомии по Бруку. 11.03.2019 г. второй этап хирургического лечения – резекция прямой кишки с ликвидацией одноствольной илеостомы, формированием J-образного тонкокишечного резервуара, резервуаро-ректального анастомоза, илеостомия по Торнболлу. 18.06.2019 г. проведен 3 этап операции – ликвидация илеостомы.

Выводы. Таким образом, пациенту по поводу рецидивирующего течения язвенного колита свыше 10 лет проводилась комбинированная лекарственная терапия, несмотря на это развилась сверхтяжелая атака язвенного колита, все виды консервативной терапии (гормональная, иммуносупрессивная, противоспалительная, антицитокиновая) оказались неэффективны, пришлось прибегнуть к хирургическому лечению.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Василевская А.С., Шелухина С.В., Ворначева И.Ю., Карпова Л.И., Разживина Е.Г., Лаврушин А.А. Клинический случай больного язвенным колитом. Терапия. 2023; 9(3S): 91-92.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.91-92

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

ВАСИЛЕВСКАЯ А.С., ШЕЛУХИНА С.В., СИМКО С.С., ЗАБРОДИНА О.Н., АКСЕНТЬЕВА О.В., ЕГОРОВА О.Ю.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Рязань

ГБУ Рязанской области «Городская клиническая больница №4», г. Рязань

Введение. На сегодняшний день патологии желудочно-кишечного тракта являются одними из самых распространенных в мире. Пищевод Барретта – это заболевание, при котором участок многослойного плоского эпителия пищевода заменяется на метапластический цилиндрический эпителий кишечного типа. Факторами риска являются: возраст старше 45 лет, мужской пол, длительный (>13 лет) анамнез симптомов ГЭРБ, высокое содержание соляной кислоты и желчных кислот в рефлюктате, диафрагмальная грыжа, абдоминальное ожирение и курение.

Патогенез данной патологии заключается в злокачественной трансформации эпителия пищевода, проходящей через ряд этапов: рефлюкс-эзофагит, цилиндроклеточную кишечную метаплазию эпителия, дисплазию низкой и высокой степени. Клинические симптомы у больных с пищеводом Барретта: изжога, дисфагия, хронические кровотечения. Дифференцировать данную патологию можно с использованием следующих методов диагностики: эндоскопическое и рентгенологическое исследования, манометрия и pH-метрия, pH-импедансометрия.

Описание клинического случая. В гастроэнтерологическое отделение городской клинической больницы № 4 г. Рязани обратился мужчина 46 лет, с жалобами на изжогу, отрыжку и ком в горле. С 2018 г. выставлен диагноз пищевод Барретта, наблюдается в Москве в эндоскопическом отделении «Института пластической хирургии и косметологии», где проводилось эндоскопического исследование пищевода, оценивалась гистологическая картина. По данным гистологического материала выявлен пищевод Барретта с дисплазией метаплазированного эпителия низкой степени. Сопутствующее заболевание: с 2012 г. желчнокаменная болезнь с последующей лапароскопической холецистэктомией. Пациенту было назначено ФГДС с последующей гибридной аргоноплазменной коагуляцией. Данная процедура проводилась двукратно в течение 2 лет.

После проведенных процедур и на фоне поддерживающей терапии (прием ингибиторов протонной помпы), пациент отмечал улучшение самочувствия. В ходе проведения

контрольной гастроскопии изменений со стороны слизистой оболочки пищевода не наблюдалось. Помимо этого, пациенту была проведена pH-метрия, которая доказала эффективность назначенной терапии. Было выявлено небольшое значение pH (около 5-6). В ходе исследования щелочные рефлюксы отсутствовали.

Выводы. Пищевод Барретта является одним из предраковых состояний пищевода, поэтому следует как можно раньше диагностировать данное заболевание и проводить комплексную антирефлюксную терапию, а также при необходимости применять эндоскопические методы лечение.

Ключевые слова: пищевод Барретта, эзофагогастродуоденоскопия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Василевская А.С., Шелухина С.В., Симко С.С., Забродина О.Н., Аксентьева О.В., Егорова О.Ю. Клинический случай пищевода Барретта.
Терапия. 2023; 9(3S): 93-94.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.93-94

ИЗМЕНЕНИЕ МОТОРИКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

ВАСИЛЕВСКАЯ А.С., ШЕЛУХИНА С.В., СУДАКОВА Н.А., НАЗАРОВА Т.Н., БОРИСОВА Л.С., ВЕРДЕРЕВСКАЯ И.А.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Рязань

Актуальность. Вирус COVID-19 может поражать многие органы и системы организма, в том числе и пищеварительную. Поражение желудочно-кишечного тракта возможно несколькими путями: рецептор-опосредованное проникновение вируса в клетки организма; индуцирование вирусом воспаления и изменение проницаемости слизистых оболочек; влияние вируса на состав микробиоты кишечника и снижение ее защитных свойств. Воздействие на желчевыделительную систему развивается вследствие непосредственного повреждения клетками вируса вегетативной нервной системы. При сенсорной вирусной нейропатии возникает периферическая сенситизация. Стимуляция немиелинизированных волокон блуждающего нерва вызывает кашель, беттолепсию, икоту, гастроинтестинальную дисфункцию.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 больных, перенесших COVID-19, с жалобами на впервые возникшую боль в правом подреберье, тяжёлой и средней степени тяжести. Данным пациентам проводился комплекс исследований: сбор жалоб; ОАК, ОАМ, б/х исследование крови, УЗИ органов брюшной полости; ЭГДС; пофазный УЗИ мониторинг.

Результаты и обсуждение. В течение месяца после перенесенной коронавирусной инфекции все пациенты впервые в жизни отметили появление болей в правом подреберье различного характера, которые сопровождались тошнотой, горечью, сухостью во рту, склонностью к запорам. Боли возникали через 1,5-2 часа после погрешности, нервно-психического напряжения, физической усталости. При обследовании в анализах крови, мочи, б/х крови изменений не выявлено.

При проведении УЗИ органов брюшной полости, у 34 больных никаких патологических изменений не отмечалось. Лишь у 6 пациентов была выявлена деформация желчного пузыря. При пофазном ультразвуковом мониторинге желчного пузыря с дачей желчегонного завтрака у всех больных выявлена гиперфункция желчного пузыря, с признаками спазма сфинктера Одди. В первые 15 минут после дачи стимулятора желчевыделения изменения объема пузыря не отмечалось. Однако через 30 минут после

желчегонного завтрака объем желчного пузыря сокращался более чем на 50%, с увеличением скорости желчевыделения более 2,5 мм/мин.

Выводы. Перенесенная коронавирусная инфекция приводит к нарушению функций желчевыводящих путей, характеризующихся гиперфункцией желчного пузыря с одновременным спазмом сфинктера Одди, у всех больных с впервые возникшей болью в правом подреберье.

Ключевые слова: COVID-19, дисфункция желчевыводящих путей, спазм сфинктера Одди.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Василевская А.С., Шелухина С.В., Судакова Н.А., Назарова Т.Н., Борисова Л.С., Вердеревская И.А. Изменение моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей у больных, перенесших COVID-19.
Терапия. 2023; 9(3S): 95-96.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.95-96

ОЦЕНКА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

ВИШНЯК Д.А., АЛИПКАЧЕВА М.У., ИМАНМУРЗАЕВА Д.М., БЕКБОЛАТОВА К.Б., ЗИННУРОВ Р.Г.

БУ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут

БУВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут

Введение. Увеличение количества пациентов с терминальной почечной недостаточностью становится общемировой тенденцией, в связи с этим вопрос относительно качества жизни подобной категории пациентов становится крайне актуальным. Также в настоящее время происходит прогрессивное старение населения, обусловливая тем самым все более пристальное внимание к геронтологическим больным. В настоящее время существует крайне мало работ, посвященных изучению аспектов старческой астении (СА) у пациентов с ХБП, получающих заместительную почечную терапию.

Цель. Оценить проявления старческой астении у пациентов на программном гемодиализе.

Материал и методы. В проспективное годовое исследование вошли 60 человек в возрасте от 37 до 82 лет (средний возраст 55±15,2 лет), получающих программный гемодиализ. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1. Всем пациентам проводилась комплексная оценка синдрома СА, согласно существующим клиническим рекомендациям. Статистическая обработка проведена с использованием программы SPSSStatistics. Всем пациентам был проведен опрос с использованием опросника «Возраст не помеха». Базовая функциональная активность была определена с использованием индекса Бартел. В качестве теста, входящего в систему оценки когнитивных нарушений в рамках диагностики СА, был использован МИНИ-КОГ тест. Для оценки эмоциональных психических нарушений использовали гериатрическую шкалу депрессии

Результаты и выводы. У каждого четвертого пациента с ХБП на программном гемодиализе регистрируется старческая астения (21%) ($p<0,01$). Оставшиеся пациенты имеют высокую вероятность развития синдрома старческой астении. Деменция регистрируется у 36,6% пациентов с ХБПС5Д ($p<0,001$), в то время как депрессия наблюдается у ультимативного большинства наблюдаемых в данной когорте (68%) ($p<0,001$). Ведущими факторами риска развития синдрома старческой астении у пациентов на гемодиализе является депрессия ($p<0,001$), низкая физическая активность ($p<0,001$), а также возраст ($p<0,05$), пол ($p<0,05$), когнитивные нарушения ($p<0,05$) и коморбидность ($p=0,003$).

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гемодиализ, синдром старческой астении.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Вишняк Д.А., Алипкачева М.У., Иманмурзаева Д.М., Бекболатова К.Б., Зиннуров Р.Г. Оценка старческой астении у пациентов на гемодиализе. Терапия. 2023; 9(3S): 97-98.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.97-98

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ФАБРИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГОРОДА СУРГУТА

ВИШНЯК Д.А., ЕРОФЕЕВА А.В., БУГРОВА Д.Д., ЗИННУРОВ Р.Г., КАРИМОВА А.Х.

БУ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут
БУВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут

Актуальность. Болезнь Фабри – это редкое наследственное заболевание из группы лизосомных болезней накопления, которое развивается в результате снижения или отсутствия активности фермента альфа-галактозидазы А.

Цель. Провести диагностику болезни Фабри среди пациентов нефрологического отделения Сургутской окружной клинической больницы (СОКБ).

Материал и методы. Было проведено одноцентровое проспективное исследование 40 пациентов из 157, прошедших лечение в нефрологическом отделении СОКБ с января по март 2023 г., что составило четверть от всех пациентов, прошедших лечение за данный период (24%). Критерием включения в исследование было наличие критериев болезни Фабри. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.1. У отобранных пациентов брали кровь в соответствии с методом «сухая капля». Генетическое исследование проводилось в Медико-генетическом научном центре Москвы.

Результаты. Средний возраст отобранных пациентов составил 44±16 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2 (36% мужчин, 64% женщин). Чаще всего из критериев болезни Фабри встречались: почечная недостаточность – у каждого второго пациента (45%), терминальная почечная недостаточность, требующая гемодиализа и гипертоническая болезнь – у каждого третьего пациента (34% и 31%, соответственно), протеинурия у каждого пятого наблюдаемого (17%), синусные кисты – в каждом десятом случае (11%). Однако, по частоте встречаемости критериальных признаков достоверных различий получено не было ($p>0,05$). По частоте встречаемости критериев: 60% пациентов имели 1 критерий болезни Фабри, 30% наблюдаемых – 2 критерия заболевания, 3% – 3 критерия, 7% – 4 критерия.

В результате проведения медико-генетического тестирования у отобранных пациентов не было выявлено ни одного случая болезни Фабри.

Выводы.

1. Каждый четвертый пациент (24%), проходящий лечение в нефрологическом стационаре, нуждается в проведении диагностики наследственного заболевания – болезни Фабри.

2. У тотального большинства (87%) пациентов с нефрологической патологией, имеющих критерии болезни Фабри, регистрируется 1 или 2 диагностических признака ($p<0,05$), ведущим из которых в исследуемой выборке была почечная недостаточность (45%). Среди выбранных пациентов нефрологического профиля г. Сургута не было выявлено ни одного случая заболевания.

Ключевые слова: болезнь Фабри, орфанные заболевания, нефрологическая патология.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Вишняк Д.А., Ерофеева А.В., Бугрова Д.Д., Зиннуров Р.Г., Каримова А.Х. Современные возможности диагностики болезни Фабри среди пациентов нефрологического профиля города Сургута.
Терапия. 2023; 9(3S): 99-100.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.99-100

ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОБИОПСИЯ И ЕЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА СУРГУТСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ВИШНЯК Д.А., МЕХРАЛЫЕВА Н.П., КАРИМОВА А.Х., ХАЙРУЛЛИНА Г.М., ИСАЕВА А.Г., КАРИМОВА Г.А.

БУ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут

Цель. Оценить диагностическую ценность нефробиопсии у пациентов с нефрологической патологией, проходивших лечение в Сургутской окружной клинической больнице (СОКБ).

Материал и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ 70 историй болезни пациентов, проходивших лечение на базе нефрологического отделения СОКБ в период с 2019 по 2022 гг., которым была проведена чрескожная пункционная нефробиопсия. Морфологическое исследование биоптатов проводилось в Национальном центре клинической морфологической диагностики г. Санкт-Петербурга. На основании полученных данных была проведена оценка влияния результатов прижизненного морфологического исследования нефробиоптатов на изменение диагноза и подходов к лечению пациентов нефрологического отделения СОКБ. Для статистической обработки данных использована программа SPSS StatisticsV17.0.

Результаты. У 4,5% (n=3) исследуемых нефробиопсия оказалась неинформативной. Средний возраст исследуемых пациентов 45,5 (35;56) лет, из них 37 мужчин (52,8%), 33 женщины (47,2%).

Выводы. 1. Ведущими показаниями для проведения нефробиопсии являются: нефротический синдром (42%, p=0,03), хронический нефритический синдром (35%), ОПП неясной этиологии (18,5%).

2. В морфологической структуре нефрологических заболеваний превалируют первичные и вторичные гломерулопатии (60%) (p=0,05). В структуре гломерулярной патологии лидирует JgA-нефропатия, встречающаяся у каждого третьего пациента (25,7%) (p<0,05), а также мембранозная нефропатия (14%). Амилоидоз (AA/Al) зарегистрирован у каждого седьмого пациента (14%). Каждый десятый больной имеет диабетическую нефропатию (10%).

3. В четверти исследований (25,7%) имеются осложнения нефробиопсии. У 21% пациентов проведение нефробиопсии осложняется развитием постпункционной подкапсульной гематомой, у 4,7% – инфекцией мочевых путей.

4. Результаты нефробиопсии влияют на тактику ведения пациентов. Каждому второму пациенту (58,5%) (p=0,005) показана инициация активной патогенетической терапии, коррекция лечения необходима каждому пятому больному (20%). Такая же доля исследуемых (21%) не нуждается в изменении тактики ведения.

Ключевые слова: нефробиопсия, нефрологическая патология, тактика ведения пациентов нефрологического профиля.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Вишняк Д.А., Мехралыева Н.П., Каримова А.Х., Хайруллина Г.М., Исаева А.Г., Каримова Г.А. Пункционная нефробиопсия и ее клинико-диагностическое значение на примере опыта Сургутской окружной клинической больницы.
Терапия. 2023; 9(3S): 101-102.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.101-102

ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ВОРОНИНА Н.Л., АЛИЕВ Д.Б., ГАЙДУКОВА И.З.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Остеопороз является одним из осложнений СКВ, значительно влияющим на качество жизни пациентов.

Цель. Оценка распространённости снижения МПКТ у пациентов с СКВ молодого и среднего возраста и сравнение показателей МПКТ у пациентов с дебютом заболевания в детском и взрослом возрасте.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование данных 66 пациентов с СКВ. Выделено 2 группы по возрасту дебюта клинических проявлений: ювенильная СКВ (юСКВ) – 42 (63,6%) пациента, взрослая СКВ (вСКВ) – 24 (36,4%) пациента. Исследование МПКТ проводилось при помощи двухнергетической рентгеноденситометрии (шейка бедренной кости, позвонки L1-L4), критерия TBS. При оценке МПКТ использовался Z-критерий: все участники относились к группе мужчин и женщин в возрасте до 50 лет. Сила корреляционной связи оценивалась с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. Медиана возрастов пациентов – 32,5 года (18-47). Мужчины 10,6% (n=7), женщины 89,4% (n=59). Все участники имели анамнез приема глюкокортикоидов более 3 мес. На момент исследования 62 (93,9%) пациента продолжали получать преднизолон в средней дозировке (минимум-максимум) – 10,5 (0-40) мг/сут. По данным DXA снижение МПКТ, соответствующее остеопорозу, выявлено у 12 человек (18,2%), среди группы юСКВ у 8 пациентов (19%), вСКВ у 4 (16,6%), $p \geq 0,05$ для всех сравнений. По данным критерия TBS остеопения зарегистрирована у 16 пациентов (24,2%), остеопороз у 3 (4,5%), при юСКВ: остеопороз – 2 случая (4,7%), остеопения – 9 (21,4%); вСКВ: остеопороз – 1 пациент (4,2%), остеопения – 7 (29,1%). Выявлена положительная корреляция между МПКТ и TBS в группе вСКВ. Среди вСКВ наибольшей теснотой связи обладали данные поясничного отдела позвоночника ($r=0,66$), среди юСКВ-шейки бедренной кости ($r=0,45$), $p<0,001$.

Выводы. Снижение МПКТ, соответствующее остеопорозу и остеопении, широко распространено среди пациентов молодого и среднего возраста с СКВ. Полученные

показатели не различаются в группах юСКВ и вСКВ. Необходимо проведение дальнейшего исследования с сопоставлением выраженности снижения МПКТ с частотой переломов, разработка стратегии диагностики и лечения остеопороза у пациентов с СКВ в возрасте до 50 лет.

Ключевые слова: системная красная волчанка, минеральная плотность костной ткани, остеопения, остеопороз.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Воронина Н.Л., Алиев Д.Б., Гайдукова И.З. Изменения минеральной плотности костной ткани у пациентов молодого и среднего возраста с системной красной волчанкой.

Терапия. 2023; 9(3S): 103-104.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.103-104

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

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

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Последние десятилетия наблюдается увеличение продолжительности жизни, что сопряжено с нарастанием когнитивных нарушений, особенно у лиц в возрасте 80 лет и старше, как самой быстрорастущей когорты.

Цель. Оценить связь показателей кардиометаболического здоровья и когнитивных нарушений у долгожителей.

Материал и методы. Включены 52 пациента в возрасте от 90 до 99 (92,8±2,3) лет: 12 мужчин, 40 женщин. Проводился физикальный осмотр, биохимический анализ крови. Когнитивный статус оценивался по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE).

Результаты. Большинство долгожителей (78,8%) имели нормальный уровень глюкозы и гликированного гемоглобина (HbA1, n=44, 89,8%), у 30 (58%) человек концентрация общего холестерина находилась в границах до 5,0 ммоль/л, у 46 (88,5%) долгожителей уровень триглицеридов не превышал 1,7 ммоль/л, у 12 (23%) – уровень ЛПВП был ниже нормальных значений, у 30 (57,7%) – уровень ЛПНП был в пределах нормы. Все долгожители имели очень высокий сердечно-сосудистый риск (ССР) и лишь 5 (9,6%) достигли целевых значений ЛПНП (<1,8 ммоль/л). Предеменция наблюдалась у 31%, деменция легкой степени – у 27%, умеренной степени – у 15%, тяжелой степени – у 8% долгожителей. По наличию деменции пациенты разделены на группы: с деменцией (n=26; MMSE ≤20 баллов) и без деменции (n=26, MMSE>20 баллов), p=0,517. Отмечены нормальные уровни глюкозы у 20 (76,9%) долгожителей с деменцией и у 21 (80,7%) – без деменции (p=0,735), HbA1 – у 24 (96%) и у 20 (83,3%) долгожителей (p=0,125), триглицеридов – у 23 (88,5%) и у 24 (92,3%) долгожителей (p=0,639), ЛПВП – у 15 (57,7%) и у 22 (84,6%) долгожителей (p=0,033), ЛПНП – у 3 (11,5%) и у 2 (7,7%) долгожителей (p=0,639), соответственно. У 23 (88,5%) лиц с деменцией и у 24 (92,3%) – без деменции не было достигнуто целевого значения ЛПНП (p=0,639). Установлена связь между ЛПВП и деменцией (p=0,030, r=-0,301).

Выводы. У каждого второго долгожителя имелась деменция разной тяжести, у большинства из которых лабораторные показатели находились в норме. Необходимо

дальнейшее изучение кардиометаболических нарушений и функционального статуса долгожителей для выработки персонализированного подхода.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, кардиометаболическое здоровье, долгожительство.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Врублевский А.Н., Карпенко Д.Г., Ларина В.Н. Когнитивные нарушения и кардиометаболическое здоровье у долгожителей.
Терапия. 2023; 9(3S): 105-106.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.105-106

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

ВЫЖИГИН Д.А., НОВОСЕЛ Е.О., ШУПЕНИНА Е.Ю., ВАСЮК Ю.А., ЖУКОВА Л.Г., АСТАХОВ Д.А.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Распространенность злокачественных новообразований в мире увеличивается с каждым годом. Появление эффективных способов лечения позволило увеличить продолжительности жизни онкологических пациентов, однако одновременно с этим повысилось количество выявляемых кардиотоксических осложнений, в т.ч. нарушений ритма и проводимости.

Цель. Оценить динамику клинико-функционального состояния онкобольных с развившимися сложными нарушениями ритма и аналогичных больных с синусовым ритмом.

Материал и методы. В исследование было включено 63 онкологических пациента с синусовым ритмом, и 34 онкологических больных с аритмиями, среди которых превалировали частая ЖЭС (n=14 (41%)) и ФП (n=13 (38%)). Злокачественные новообразования преимущественно локализовались в молочной железе (36 (57%) против 12 (35%)), в контрольной группе значимую долю представлял колоректальный рак (10 (16%) против 11(32%)). Пациентам проводился общий осмотр, регистрация ЭКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографическое исследование.

Результаты. В основной группе риск кардиотоксичности по шкале ESC (2022) был меньше, чем у пациентов с аритмиями (ОВ риск n=11 (17%) против n=19 (56%)). У пациентов с синусовым ритмом общее состояние по шкале ECOG было лучше, чем у больных с аритмиями (ECOG-2 n=11 (17%) против n=16 (47%)). По данным ЭхоКГ в основной группе значения глобальной продольной деформации левого желудочка в 3D режиме при включении оставались в пределах нормы, в то время как в контрольной группе эти показатели были снижены (ГПД ЛЖ 3D -19,4±3,7 против -14,0±5,5, p=0,0007). Спустя полгода, несмотря на выбывание наиболее тяжелых пациентов, тенденция сохранялась (ГПД ЛЖ 3D -19,3±2,7 против -16,6±4,7, p=0,19). Индексированный объем ЛП не превышал норму среди пациентов с синусовым ритмом, в отличие от больных с аритмиями в начале наблюдения (инд. объем ЛП 31,9±7,6 против 39,2±8,9, p=0,0001).

Спустя 6 месяцев разница в значениях между группами возросла (инд. объем ЛП 32,9±7,1 против 41,5±9,8, p=0,03).

Выводы. Динамика общего состояния пациентов показывает, что наличие аритмий способствует менее благоприятному течению онкологического заболевания. Для онкологических больных с нарушениями ритма по данным ЭхоКГ характерно наличие органических изменений ССС. Необходимо проведение кардиомониторинга для динамической оценки состояния пациентов и профилактики развития аритмий.

Ключевые слова: онкологические заболевания, аритмии, синусовый ритм.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Выжигин Д.А., Новосел Е.О., Шупенина Е.Ю., Васюк Ю.А., Жукова Л.Г., Астахов Д.А. Влияние нарушений ритма и проводимости на клинико-функциональное состояние и течение основного заболевания у онкологических пациентов.

Терапия. 2023; 9(3S): 107-108.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.107-108

КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЭНТЕЗИСОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

ГАЙНУЛЛИНА Г.Р., КИРИЛЛОВА Э.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

Актуальность. Среди внекишечных проявлений у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) важное место занимают поражения позвоночника, суставов и периартикулярных тканей. Одной из малоизученных форм поражения периартикулярных тканей является патология мест прикрепления сухожилия, связки, суставной капсулы или фасции – энтезопатии.

Цель. Изучить клинико-ультразвуковые особенности поражения энтезисов у пациентов с ВЗК и их взаимосвязь с клиническими характеристиками заболевания.

Материал и методы. В исследование были включены 95 пациентов с ВЗК: 55 из них с язвенным колитом (ЯК) и 40 с болезнью Крона (БК). Средний возраст пациентов составил 32 (25;37) года. Средняя продолжительность заболевания 48 (12;102) мес. У каждого пациента проводилось клиническое исследование 46 и ультразвуковое обследование (УЗИ) 68 энтезисов верхних и нижних конечностей.

Результаты. При оценке взаимосвязи между клиническими характеристиками ВЗК и результатами клинического обследования энтезисов было выявлено, что с увеличением продолжительности заболевания и количества внекишечных проявлений увеличивалось число болезненных энтезисов при пальпации (SR=0,24; p=0,017; SR=0,35; p=0,0004). При наличии внекишечных проявлений вероятность выявления болезненных при пальпации энтезисов повышалась в 5 раз – ОШ 5,04 (95% ДИ 1,85-13,7), а при наличии артралгий в 7 раз – ОШ 7,8 (95% ДИ 2,86-21). При анализе взаимосвязи между клиническими характеристиками ВЗК и результатами УЗИ суставов и энтезисов было выявлено, что с увеличением количества внекишечных проявлений чаще выявляли синовиты (SR=0,23; p=0,027), синовиты с васкуляризацией (SR=0,21; p=0,037). С увеличением продолжительности заболевания чаще выявляли энтезофиты (SR=0,20; p=0,044). При наличии внекишечных проявлений вероятность выявления эрозий энтезисов повышалась в 4 раза – ОШ 4,77 (95% ДИ 1,6-13,9), при наличии артралгии в 3 раза – ОШ 3,37 (95% ДИ 1,18-9,65).

Выводы. Проведенное исследование позволило определить особенности течения ВЗК, которые взаимосвязаны с клинико-ультразвуковыми характеристиками поражения

энтезисов. К ним относятся продолжительность заболевания, количество внекишечных проявлений.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, энтезопатии.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Клинико-ультразвуковые характеристики поражения энтезисов при воспалительных заболеваниях кишечника.
Терапия. 2023; 9(3S): 109-110.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.109-110

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ЭНТЕЗИСОВ

ГАЙНУЛЛИНА Г.Р., КИРИЛЛОВА Э.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

Актуальность. Поражение опорно-двигательного аппарата является частым внекишечным проявлением при язвенном колите (ЯК). Согласно данным литературы развитие суставного синдрома чаще констатируется при более тяжелом течении ЯК и большей площади поражения.

Цель. Изучить взаимосвязь клинических характеристик ЯК с поражением суставов и энтезисов.

Материал и методы. В исследование были включены 55 пациентов с ЯК. Средний возраст пациентов составил 32 (25; 37) года. Средняя продолжительность заболевания была 48 (12; 102) мес. У 24 пациентов (44%) наблюдалось тяжелое течение заболевания, у 22 человек (40%) средней тяжести, у 9 пациентов (16%) легкое. У 13 пациентов наблюдалась легкая атака (24%), у 26 пациентов (47%) атака средней степени тяжести, у 14 пациентов (25%) тяжелая атака. При помощи УЗИ у каждого пациента проводилось обследование 14 суставов и 68 энтезисов верхних и нижних конечностей.

Результаты. При анализе взаимосвязи между течением ЯК и результатами обследования суставов и энтезисов было выявлено, что пациенты с тяжелым течением заболевания чаще отмечали артралгии, чем пациенты с легким течением заболевания (2 [1; 3], 0 [0; 1], p=0,01). У пациентов с тяжелым течением заболевания также чаще выявляли энтезофиты, чем у пациентов с легким течением заболевания (1 [0; 3,5], 0 [0; 2], p=0,04). Продолжительность заболевания имела прямую корреляционную связь с количеством остеофитов (SR=0,4; p=0,002), количество внекишечных проявлений (ВКП) имело прямую корреляционную связь с количеством синовитов с васкуляризацией (SR=0,4; p=0,002), эрозий (SR=0,37; p=0,004), энтезофитов (SR=0,28; p=0,03). При наличии ВКП вероятность выявления синовитов с васкуляризацией повышалась в 15 раз – ОШ 15 (95% ДИ 1,8-138), а вероятность выявления эрозий энтезисов в 14 раз – ОШ 14 (95% ДИ 2,64-79). Статистически значимой взаимосвязи между тяжестью атаки, локализацией воспаления в кишечнике и поражением суставов и энтезисов не было выявлено.

Выводы. У пациентов с ЯК были выявлены особенности течения, которые взаимосвязаны с клинико-ультразвуковыми характеристиками поражения суставов и энтезисов. К ним относятся продолжительность заболевания, количество ВКП, тяжесть течения.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, синовит, энтезопатии.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Взаимосвязь течения язвенного колита с поражением суставов и энтезисов.
Терапия. 2023; 9(3S): 111-112.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.111-112

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ПРАВОСТОРОННЕГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ОСЛОЖНЕННАЯ ПНЕВМОНИЕЙ С ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОЙ ФЛОРОЙ

ГАЛЕЕВА Ш.Ш.

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

Введение. Правосторонний инфекционный эндокардит (ПИЭ) составляет 5-34,6% всех случаев ИЭ и чаще всего развивается у лиц с наркотической зависимостью. Типичные проявления ПИЭ: лихорадка, бактериемия и множественные септические кардиогенные эмболии в малом круге кровообращения, которые проявляются болью в груди, кашлем, кровохарканьем, одышкой. У 65-100% больных ПИЭ развивается полисегментарная пневмония с характерным двусторонним поражением легких.

Описание клинического случая. В отделение терапии поступил пациент З., 32 лет, БОМЖ, без документов. Считает себя больным в течение 2 недель. Отмечает ежедневные подъемы температуры до 39 °С, одышку смешанного характера, кашель с отхождением мокроты с прожилками крови, общую слабость. Предварительный диагноз: «Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, средней степени тяжести. ДН 1». В анамнезе: ХВГС, употребление наркотический веществ внутривенно, курение по 2,5 пачки с 23 лет.

По результатам дальнейшего обследования (ЭхоКС, РКТ ОГК) диагноз дополнен: «Острый инфекционный эндокардит с поражением трехстворчатого клапана. Вегетации передней створки ТК (Абцесс?). Недостаточность трикуспидального клапана 4 степени. Атеросклероз аорты. Увеличение правого предсердия. Митральная регургитация 1 степени. Высокая легочная гипертензия. Незначительный гидроперикард. Двусторонний гидроторакс. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония (септическая?) тяжелой степени. ДН 1-2. ТЭЛА на уровне субсегментарных ветвей. Нормохромная анемия средней степени. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Пароксизм от 10.12.2022 г. ХВГС. Синдром цитолиза. Асцит».

Во время госпитализации выяснилось, что у пациента есть родственники. С их слов он ранее вел благополучный образ жизни, однако пристрастился к употреблению наркотических веществ и прервал контакты с близкими. В дальнейшем родственники участвовали в лечебном процессе пациента, восстановили утраченные документы.

По результатам бактериологического исследования мокроты наблюдалась полирезистентность ко всем антибактериальным препаратам. Проводилась

антибактериальная терапия препаратами бета-лактамной группы, фторхинолонов, ко-тримаксозола, ванкомицина, меропенема, амикацина, линезолида.
В ходе лечения по результатам клинико-лабораторных данных наблюдалась положительная динамка. Пациент был выписан для дальнейшего лечения в условиях кардиохирургического стационара.
Выводы. Таким образом, пациент поступил с диагнозом «Внебольничная пневмония», получал соответствующее лечение. Диагноз «инфекционный эндокардит» был верифицирован после ЭхоКС, пневмония являлась осложнением ИЭ у данного пациента.
Ключевые слова: инфекционный эндокардит, внебольничная пневмония, полирезистентность к антибактериальной терапии.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Галеева Ш.Ш. Клинический случай острого правостороннего инфекционного эндокардита, осложненная пневмонией с полирезистентной флорой. Терапия. 2023; 9(3S): 113-114.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.113-114

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМОЙ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА И ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК: ТРУДНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

ГАЛЕЕВА Ш.Ш.

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

Введение. Нередко проблемой ведения полиморбидных пациентов становится трудности подбора медикаментозной терапии, особенно при поражении почек.

Описание клинического случая. Пациент К., 86 лет, госпитализирован в отделение терапии с жалобами на одышку смешанного характера в покое, давящие боли в груди при физической нагрузке, купирующиеся в покое.

Объективно обращает на себя внимание следующее. Положение ортопноэ. Пастозность голеней. Дыхание везикулярное, не проводится в нижние отделы справа. ЧДД 20 в мин. SpO□ 89%, 98% на 5 л O_2. Костно-суставная система: тофусы на предплюсне-плюсневых суставах 1 пальца обеих стоп и 5 пальца слева, дистальном межфаланговом суставе 4 пальца правой ноги, пястно-фаланговых суставах 2,5 пальцев справа, дистальных межфаланговых суставах 2,3 пальцев слева, обеих коленных суставов. По результатам лабораторных анализов примечательно: креатинин – 208,1 мкмоль/л, мочевая кислота – 792,6 мкмоль/л. По УЗИ плевральных полостей справа визуализируется более 3000 мл свободной жидкости. УЗИ ОБП и почек: конкремент желчного пузыря диаметром 30 мм, в паренхиме левой почки мелкие кальцинаты диаметром до 4 мм.

Из разговора с дочерью выяснено: около 10 лет назад был выставлен диагноз «подагра», в течение этого времени прнимает комбинированный препарат, в составе которого парацетамол и диклофенак.

Вероятно, нефропатия у пациента К. имеет сложный генез: гипертоническая, подагрическая, лекарственная (длительный прием НПВС). ХБП С4 ограничивает выбор медикаментозной терапии. Наряду с плевральной пункцией применялся фуросемид внутривенно, противопоказанный при подагре, однако ввиду дыхательной недостаточности, обусловленной правосторонним гидротораксом, проводился форсированный диурез.

Пациент выписан с диагнозом: «ИБС. Стенокардия напряжения ФК 2. Гипертоническая болезнь Ш стадии. Контролируемая АГ. Дислипидемия. Риск 4 (очень высокий). Целевой

уровень АД 130-139/70-79 мм рт.ст. ХСН 2Б ст., ФК 3. Правосторонний гидроторакс. Хроническая тофусная подагра. Хронический подагрический полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей, стоп, коленных суставов, II рентгенологическая стадия, ФН II. Нефролитиаз. Нефропатия смешанного генеза. Кисты обеих почек. ХБП С4 (СКФ по CKD-EPI 20,7 мл/мин/1,73м^2). ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения».

Для уратснижающей терапии данному пациенту фебуксостат противопоказан. Амбулаторно был рекомендован аллопуринол в минимальной дозе 100 мг/сутки, наблюдение по месту жительства.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, подагрический артрит, нефропатия, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Галеева Ш.Ш. Клинический случай полиморбидного пациента с хронической сердечной недостаточностью, запущенной формой подагрического артрита и поражением почек: трудности медикаментозной терапии.
Терапия. 2023; 9(3S): 115-116.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.115-116

ИНДЕКС КОМОРБИДНОСТИ ЧАРЛСОНА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ/ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ГАЛЕЕВА Ш.Ш., ГАЛЯУТДИНОВ Г.С., ИБРАГИМОВА К.Р.

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

Актуальность. Сопутствующие заболевания могут иметь важное влияние на выживаемость пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), и наличие сопутствующих заболеваний часто используются в исследованиях, оценивающих прогноз пациентов. Наиболее широко используется шкала индекса коморбидности Чарлсона (CCIS), первоначально разработанная для прогнозирования смертности у онкологических больных. Однако исследования показали, что CCIS можно использовать для прогнозирования смертности в результате других заболеваний. CCIS – удобный и популярный инструмент прогнозирования, требующий только анамнеза и возраста пациента, представляющий собой сумму значений состояний, так что более высокие общие баллы индекса указывают на большее коморбидное бремя, а также прогноз 10-летней выживаемости. Использование этой модели дает количественную оценку, что упрощает объяснение статуса заболевания и устраняет человеческую субъективность.

Цель. Определить взаимосвязь показателей шкалы коморбидности Чарльсона с формами ФП.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ данных 74 пациентов с ФП. Все пациенты были поделены на 2 группы: 55 пациентов с постоянной и персистирующей формами ФП и 19 пациентов с пароксизмальной формой ФП. Наличие диагноза ФП подтверждалось данными медицинской документации. Для обеих групп пациентов был рассчитан индекс коморбидности Чарлсона, а также определена 10-летняя выживаемость. Достоверность различий исследуемых величин определялась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты. Выявлены достоверные различия между группами в индексе CCI (в группе пациентов с постоянной и персистирующей формой ФП составил 5,93±2,46, в группе с пароксизмальной формой ФП – 4,53±2,04 (U-критерий=344,55, p=0,028)). Группы также достоверно отличались по 10-летней выживаемости (в группе пациентов с постоянной и персистирующей формой ФП среднее значение составило 23,4%, в группе с пароксизмальной формой ФП – 44,3% (U-критерий=360, p=0,046)).

Выводы. У пациентов с постоянной или персистирующей формой ФП выявлен более высокий уровень коморбидности, а также в 1,9 раза более низкая 10-летняя выживаемость по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой ФП.
Ключевые слова: фибрилляция предсердий, индекс коморбидности Чарлсона, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Галеева Ш.Ш., Галяутдинов Г.С., Ибрагимова К.Р. Индекс коморбидности Чарлсона у пациентов с пароксизмальной и постоянной/персистирующей формой фибрилляции предсердий.
Терапия. 2023; 9(3S): 117-118.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.117-118

ДЕБЮТ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОСЛЕ КОЛЭКТОМИИ

ГАЛИЕВА А.М., ВАЛИТОВА А.Д., МУХАМЕТОВА Д.Д., БЕЛОУСОВА Е.Н., ЧЕРЕМИНА Н.А.

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

Введение. Язвенный колит (ЯК) характеризуется различными клиническими синдромами, как со стороны кишечника, так и внекишечными проявлениями (ВКП). ВКП могут быть как связанными с активностью заболевания, так и не связанными, а также могут быть обусловлены длительным воспалением. Чаще всего ВКП встречаются со стороны суставов, кожи, глаз и печени. Течение ВКП после колэктомии может быть неоднозначным. По данным исследования René Roth, у половины пациентов после колэктомии сохранялись ВКП; у каждого седьмого пациента появляются de novo.

Описание клинического случая. Пациентка С., 30 лет, в июне 2022 г. поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на болезненные кожные проявления багрового цвета на бедрах, голенях и в ягодичной области; язвочки во рту; на кашицеобразный стул по стоме без патологических примесей; слизисто-гнойные отделяемое из прямой кишки с примесью крови; снижение массы тела при сохранном аппетите. Одновременно с этим пациентку беспокоили боли в пояснице воспалительного характера, отмечалась субфебрильная температура.

Из анамнеза: в 2017 г. был диагностирован ЯК, левостороннее поражение. Был назначен сульфасалазин, однако активность сохранялась, был назначен преднизолон с положительным эффектом, с постепенной отменой. В январе 2019 г. – повторное обострение, потребовавшее проведение колэктомии, наложения одноствольной илеостомы. С 2021 г. у пациентки появились жалобы на боли в спине воспалительного характера, после дообследования был выставлен диагноз «Аксиальный спондилоартрит, HLA-B27 – негативный, дорентгенологическая стадия, высокой степени активности (клинически). МРТ – верифицированный двусторонний сакроилиит». Кожные проявления осмотрены дерматологом, диагностирована гангренозная пиодермия. В связи с активностью заболевания и наличием внекишечных проявлений была начата терапия инфликсимабом 300 мг в комбинации с азатиоприном 50 мг, на фоне которой наблюдался регресс кожного процесса. В январе 2023 г. проведена колпроктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует, что после проведенной колэктомии ВКП могут не устраняться, а также возможна их манифестация.

Ключевые слова: язвенный колит, колэктомия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Галиева А.М., Валитова А.Д., Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н., Черемина Н.А. Дебют внекишечных проявлений язвенного колита после колэктомии. Терапия. 2023; 9(3S): 119-120.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.119-120

ОСОБЕННОСТИ МРТ-ИЗМЕНЕНИЙ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И ИХ СВЯЗЬ С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

ГАРАЕВА А.Р., ЛАПШИНА С.А., АНИСИМОВ В.И., АБДРАКИПОВ Р.З., ГАБДУЛЛИНА З.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Поражение шейного отдела позвоночника при анкилозирующем спондилите (АС) не является редкостью, может приводить к серьезным неврологическим осложнениям, при этом причины и сами воспалительные изменения структур атлантоаксиальной области (ААО) малоизучены.

Цель. Оценить ранние визуализационные (МРТ) изменения атлантоаксиальной области и сопоставить их с клинико-лабораторными характеристиками у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов с АС, 85% – мужчин, 15% – женщин. Средний возраст 44,2±12,7 лет. Активность (ASDAS(СРБ)): очень высокая – 85%, высокая – 5%, низкая – 10%. Рентген стадия сакроилиита: 2 – 60%, 3 – 15%, 4 – 25%. Функциональная недостаточность (ФН): 3 – 55%, 2 – 20%, 1 – 25%. Медиана длительности заболевания 176 [2;360] месяцев. Расширенное клиническое обследование включало: оценку неврологического статуса, боли по опросникам (нейропатическая (НБ) – Pain detect (PD), центральную сенситизацию (ЦС) – CSI), оценку качества жизни – по опроснику SF-36, функциональные нарушения – BASMI, BASFI. Проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) краниовертебрального перехода (КВП) с измерением краниометрических параметров (КМП) на наличие транслокации зубовидного отростка аксиса: линии pB-C2 (pB-C2), переднего (ADI) и заднего атланто-дентального (PADI) интервалов, угла ретрофлексии, линии Чемберлена.

Результаты. КМП: 100% – уменьшение угла ретрофлексии, 20% – увеличение ADI, 15% – транслокация относительно линии Чемберлена, 10% увеличение pB-C2, 5% – уменьшение PADI. Болевой синдром в шее – 75%: воспалительный – 95%, невоспалительный – 80% (НБ – 65%, 50% – ЦС). Среднее значение боли по ВАШ 5,75±2,09. Медиана ФН: BASMI 3,86 [2; 7], BASFI 4,84 [0,7; 8,7]. 75% – ограничение ротации шеи, 65% – увеличение расстояния козелок-стена. Выявлена корреляционная связь: ADI и рентген стадией

(rСп=0,629; p=0,021), BASMI (rСп=0,575; p=0,04) и психологическим компонентом SF-36 (rСп=0,570; p=0,042). Угла ретрофлексии с давностью заболевания (rСп=-0,580; p=0,038), СРБ (rСп=0,624; p=0,023).

Выводы. Анализ КМП у данных пациентов показывает присутствие у всех начальных критериев нестабильности атлантоаксиального сустава, которые имеют связь с большей длительностью заболевания, маркерами воспаления, рентген стадией и уровнем функциональных ограничений. Нарушение функциональных показателей может служить показанием к МРТ исследованиям атлантоаксиальной области.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, атлантоаксиальная область, магнитно-резонансная томография.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гараева А.Р., Лапшина С.А., Анисимов В.И., Абдракипов Р.З., Габдуллина З.Н., Абдулганиева Д.И. Особенности МРТ-изменений атлантоаксиальной области у пациентов с анкилозирующим спондилитом и их связь с клинико-лабораторными характеристиками.

Терапия. 2023; 9(3S): 121-122.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.121-122

МНОГОКОМПОНЕНТНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГАРАЕВА А.Р., ШАПОРЕВА К.Р., СУХОРУКОВА Е.В., ЗАМАНОВА Э.С., ЛАПШИНА С.А.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. У большинства пациентов с ревматическими заболеваниями боль является одним из ведущих кинических проявлений и критерием тяжести, но не всегда может имеет воспалительный характер.

Цель. Изучить особенности болевого синдрома у пациентов с ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом.

Материал и методы. Обследовано 78 пациентов с ревматическими заболеваниями: 30,8% больных ревматоидным артритом (РА) и 68,2% с анкилозирующим спондилитом (АС). Активность оценивалась по шкале DAS28 для пациентов с РА, BASDAI/ASDAS у пациентов с АС. Проводилось неврологическое обследование. Степень невропатической боли (НБ) оценивалась при помощи опросника Pain detect (PD), наличие фибромиалгии (ФМ) – по опроснику FIRST. Качество жизни – с помощью опросника EQ-5D.

Результаты. У всех пациентов отмечалась хроническая воспалительная боль в суставах и/или спине, 69,3% пациентов имели дополнительно боль невоспалительного характера: 38,4% пациентов – НБ, 50% – боль, связанную с ФМ. НБ превалировала в группе пациентов с РА, а ФМ преобладала у пациентов с АС. По шкале PD положительный результат наблюдался у 53,9%, 41,2% у АС и 87,5% с РА. Выявлена корреляционная связь индекса PD с лабораторными показателями воспаления СОЭ и СРБ (rСп=0,445; p=0,026), интенсивностью боли по ВАШ (rСп=0,470; p=0,018), однако, не отмечена связь с ФН. По шкале FIRST положительный результат наблюдался у 50% всех пациентов, 52,9% у АС и 44,4% с РА. ФМ коррелировала с интенсивностью боли по ВАШ (rСп=0,699; p=0,001), выявлена обратная умеренная связь с индексом EQ-5D (rСп=-0,659; p=0,001). Отмечена обратная зависимость наличия ЦС с приемом противовоспалительной терапии (НПВП, базисные и глюкокортикостероидные препараты).

Выводы. У большинства пациентов (69,3%) с иммуновоспалительными заболеваниями имеется боль смешанного генеза, причем при РА больше за счет НБ, а при АС – ФМ. При наличии НБ и ФМ у пациентов выше лабораторная активность. Качество жизни пациентов

значительно ниже у пациентов с ФМ. Таким образом, при обследовании пациентов с РА и АС требуется детализации болевого синдрома с последующим дифференцированным подходом к анальгетической терапии.

Ключевые слова: болевой синдром, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гараева А.Р., Шапорева К.Р., Сухорукова Е.В., Заманова Э.С., Лапшина С.А. Многокомпонентность болевого синдрома у пациентов с ревматическими заболеваниями.
Терапия. 2023; 9(3S): 123-124.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.123-124

АДИПОЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ БЛЯШКАМИ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

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

ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, г. Новосибирск

Цель. Изучить уровни адипоцитокинов, их ассоциации с нестабильными атеросклеротическими бляшками у пациентов с коронарным атеросклерозом и абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. В исследование включены 145 мужчин в возрасте 38-79 лет с атеросклерозом коронарных артерий (КА), стабильной стенокардией II-III ФК, госпитализированные для операции коронарного шунтирования (2011-2022 гг.). Окончательный анализ включал 116 пациентов. У 70 мужчин были стабильные бляшки в ЦА (из которых у 44,3% пациентов был АО), у 46 мужчин – нестабильные бляшки в ЦА (из которых у 43,5% пациентов был АО). Уровни адипоцитокинов определяли с помощью мультиплексного анализа (панель метаболических гормонов человека V3).

Результаты. В подгруппе пациентов с нестабильными бляшками у пациентов с АО уровень GLP-1 был в 1,5 раза выше, а липокалина-2 – в 2,1 раза ниже, соответственно. GLP-1 напрямую, а липокалин-2 обратно пропорционально связан с АО у пациентов с нестабильными бляшками. Среди пациентов с АО уровень липокалина-2 у пациентов с нестабильными бляшками был в 2,2 раза ниже, чем у пациентов со стабильными бляшками в СА. У пациентов с АО у пациентов с нестабильными бляшками уровень липокалина-2 был в 2,2 раза ниже, чем у пациентов со стабильными бляшками в СА. Уровень липокалина-2 был обратно пропорционален наличию нестабильных атеросклеротических бляшек в СА.

Выводы. GLP-1 напрямую связан с АО у пациентов с нестабильными атеросклеротическими бляшками. Липокалин-2 обратно связан с наличием нестабильных атеросклеротических бляшек у пациентов с АО.

Ключевые слова: коронарный атеросклероз, абдоминальное ожирение, адипоцитокины.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гарбузова Е.В., Шрамко В.С., Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Стахнева Е.М., Кургузов А.В., Мурашов И.С., Чернявский А.М., Рагино Ю.И. Адипоцитокиновый профиль у пациентов с нестабильными атеросклеротическими бляшками и абдоминальным ожирением.
Терапия. 2023; 9(3S): 125-126.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.125-126

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПОТЕРЯ МЫШЕЧНОЙ МАССЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ

ГАСАНОВ М.З., БАТЮШИН М.М.

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

Актуальность. Саркопения является одним из осложнений хронической болезни почек (ХБП). Ее распространенность по разным данным варьирует от 5,9 до 65,5% в зависимости от стадии ХБП, пола, возраста пациента и длительности гемодиализа (ГД).
Цель. Изучить распространенность саркопении и оценить вклада миостатина и mTOR в развитие потери мышечной массы и силы у пациентов с ТПН, получающих лечение программным ГД.
Материал и методы. В исследование было включено 80 больных с ХБП5Д (58,7% мужчин и 41,3% женщин). Их средний возраст составил 51,7±11,6 лет (женщины – 53,1±1,9 лет, мужчины – 50,8±1,8 лет). Средняя продолжительность применения ГД была 50,1±5,7 месяцев.
Результаты. Средний объем скелетно-мышечной массы (СММ) в общей группе составил 23,4±0,6 кг, в подгруппе с саркопенией – 20,5±0,7 кг и достоверно отличался такового показателя в подгруппе без саркопении 25,2±0,8 кг. Распространенность саркопении, выявленной при значениях СММ ниже пороговых в популяции (рассчитанных индивидуально соответственно полу и возрасту), составила 38,8% в общей выборке (44,7% – у мужчин и 30,3% – у женщин). При проведении корреляционного анализа связи между возрастом и объемом СММ как в общей когорте пациентов (r=0,17), так и в подгруппе больных с саркопенией (r=0,09) обнаружено не было.
Медиана уровня mTOR в общей группе составила 8,32±0,3 нг/мл, а миостатина – 9,68±0,4 нг/мл. Содержание mTOR в сыворотке крови больных с саркопенией было достоверно ниже, чем в подгруппе без саркопении (6,61±0,4 нг/мл и 9,4±0,3 нг/мл соответственно (p□0,001)). С миостатином наблюдалась обратная ситуация: его уровень был достоверно выше в подгруппе пациентов с саркопенией (12,2±0,6 нг/мл против 8,1±0,3 нг/мл соответственно (p□0,001)).
В результате проведенного корреляционного анализа было установлено, что и в общей группе, и в подгруппе с саркопенией прирост миостатина сопровождался снижением mTOR (r=-0,57; r=-0,55).

При оценке взаимосвязей объема СММ пациентов общей когорты с уровнями миостатина и mTOR, была установлена умеренная корреляционная связь (r=-0,31; r=0,47), в подгруппе с саркопенией – слабая корреляционная связь этих маркеров (r=-0,2; r=0,21).

Выводы. Таким образом, миостатин и mTOR продемонстрировали свой диагностический потенциал в аспекте выявления саркопении у пациентов с ТПН и могут быть использованы в качестве перспективных биомаркеров.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, терминальная почечная недостаточность, заместительная почечная терапия, саркопения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гасанов М.З., Батюшин М.М. Терминальная почечная недостаточность и прогрессирующая потеря мышечной массы у пациентов, получающих заместительную почечную терапию.
Терапия. 2023; 9(3S): 127-128.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.127-128

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СМАД

ГАЧКОВА И.Н., КРЮЧКОВ М С. СЕРГЕЕВА О.В., ЕВСЕВЬЕВА М.Е.

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

Актуальность. На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются серьёзной проблемой. Результаты исследований показывают, что даже незначительное увеличение веса, начавшееся в раннем возрасте, повышает риск развития гипертонии. Поскольку у данной группы пациентов не всегда выявляются нарушения регуляции гемодинамики, которые возможно выявить рутинным измерением артериального давления (АД), то им необходимо проводить исследование суточного профиля артериального давления (СМАД). При этом важна оценка центрального АД (ЦАД), которое в сравнении с периферическим более тесно ассоциировано с поражением органов мишеней.

Цель. Оценить показатели ЦАД у молодых женщин в зависимости от их варианта регуляции АД по результатам СМАД.

Материал и методы. В исследование включены 104 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Всем обследуемым проводилось 24-часовое СМАД осциллометрическим датчиком системы BPLab Vasotens (Нижний Новгород). Сформировано четыре группы обследуемых. В 1-й контрольной группе женщины со стойкой нормотензией (n=30), во 2-й с «АГ белого халата» (n=10), в 3-й со скрытой АГ (n=32), в 4-й со стойкой АГ (n=32). Данные обработаны с помощью пакета программ Excel 2019 г. (Microsoft, USA).

Результаты. Выявлено, что у женщин в 4-й группе по сравнению с контролем за сутки отмечается повышение систолического АД в аорте и составляет 126,8±2,6 и 108,5±1,1 мм рт.ст. соответственно (p=0,0000), диастолического АД в аорте 88,7±1,5 и 75,2±0,9 мм рт.ст. (p=0,0000), ПАД в аорте 38,1±1,7 и 33,3±0,8 мм рт.ст. (p=0,0000). У женщин в 3-й группе со скрытой АГ также отмечается достоверное повышение этих показателей относительно контроля: 120,1±1,3 (p_{1-3}=0,0000), 80,5±0,8 (p_{1-3}=0,0000), 39,6±1,1 мм рт.ст. (p_{1-3}=0,0000). Во 2-й группе с «АГ белого халата» все вышеперечисленные показатели практически равнозначны с таковыми в группе контроля.

Выводы. Показатели ЦАД у молодых женщин зависят от варианта дисрегуляции периферического АД – максимальное повышение как систолического, так и

диастолического ЦАД за сутки выявлено при стойкой АГ, а также при скрытой гипертензии. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения в проведение профилактического скрининга молодых женщин такой диагностической опции СМАД, как оценка ЦАД.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, суточное мониторирование артериального давления, центральное артериальное давление.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гачкова И.Н., Крючков М С. Сергеева О.В., Евсевьева М.Е. Показатели центральной гемодинамики у молодых женщин с учетом различных вариантов артериальной гипертензии по результатам СМАД.
Терапия. 2023; 9(3S): 129-130.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.129-130

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА (mSCORE/Q-RISK) И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

ГЕОРГИНОВА О.А., КИРИЛЛОВА К.И., ВАЛЕЕВА Д.Л., ПАВЛИКОВА Е.П., КРАСНОВА Т.Н., КАМАЛОВ А.А.

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Цель. Оценить СС-риск и сравнить результаты стратификации Q-risk и mSCORE у пациентов с воспалительным и метаболическим заболеванием суставов.

Материал и методы. В исследовании включен 101 пациент с ревматоидным артритом (РА), подагрическим артритом (ПА), анкилозирующим артритом (АС), псориатический артрит (ПсА), деформирующим остеоартрозом (ДоА)) в возрасте от 19 до 83 лет (47% мужчин и 53% женщины), наблюдавшийся с 2020 по 2023 гг. в МНОЦ МГУ. Диагноз установлены на основании: ACR/EULAR 2010 г. (РА), ACR/EULAR 2015 г (ПА), Caspar, 2006г. (ПсА), модифицированные Нью-Йоркские критерии, 1984 г. (АС). Критерии исключения: ХБП 4 ст, онкологические заболевания. Оценивали: антропометрические параметры, АД, лабораторные анализы, в том числе в сыворотке крови: трансаминазы, креатинин, мочевую кислоту, показатели холестеринового обмена, уровни глюкозы, СРБ, цитокинов Il-6, Il-10, Il1B, ФНО-альфа. Риск сердечно-сосудистого события оценивали на основании Q-risk и mSCORE. Для проведения стат-тестов использовались IBM SPSS Statistica.

Результаты. Пациенты были разделены на группы с воспалительными (71%) и метаболическими (29%) заболеваниями суставов. Основные результаты в таблице 1.

Таблица 1. Факторы риска и стратификация кардиориска по mSCORE и Q-risk у пациентов с РЗ.

Параметры	**Воспалительный артрит, 72 чел (ПА-36(50%), РА – 23 (32%), АС – 8 (11%), ПсА – 5(7%).**	**Метаболический артроз, 29 чел. (ДОА)**
Возраст, г	53,6±17,7	53,4±17,7
Курение, %	23 (32%)*	2 (7%)
АД, мм рт.ст., M+SD	142±27	124±11

СРБ, мг/мл МЕ [25-75]	8,6 [4,1;20,6]	1.5 [0,8;2,6]
Тромбоциты*10(9)/л, M+SD	291,2±77,5*	256,4±62,4
Креатинин, (N 62-132 мкмоль/мл) M+SD	109±20*	81±11
Мочевая кислота, (N 250-470 мкмоль/мл, M+SD	486±24*	321±49
IL6 (полиморфизм G/G),%	68,2%**	36,4%
mSCORE (очень высокий и высокий риск, >10%), %	29%	17,9%
Q-risk (очень высокий и высокий риск, >10%), %	52,9%*	32,1%
*p <0,05 – между анализируемыми группами, ** p <0,068 (тенденция).		

Выводы. У пациентов с различными РЗ высок сердечно-сосудистый риск, связанный как с традиционными факторами риска, так и с показателями системного воспаления, в т.ч. уровнем цитокинов. Необходимо дальнейшее изучение и разработка калькуляторов, позволяющая адекватно оценить риски ССЗ у пациентов РЗ.

Ключевые слова: воспалительные и метаболические заболевания суставов, цитокиновый профиль сердечно-сосудистый риск.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Георгинова О.А., Кириллова К.И., Валеева Д.Л., Павликова Е.П., Краснова Т.Н., Камалов А.А. Оценка кардиоваскулярного риска (mSCORE/Q-RISK) и цитокинового профиля у пациентов с воспалительными и метаболическими заболеваниями суставов.
Терапия. 2023; 9(3S): 131-132.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.131-132

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ГОЛОВИНА Н.Б.

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

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) представляет собой гетерогенный воспалительный артрит, ассоциированный с псориазом (Пс); он относится к группе спондилоартритов и сопровождается поражением как позвоночника, так и периферических суставов, а также развитием энтезита и дактилита. Помимо поражения кожи и суставов, при ПсА наблюдаются многочисленные коморбидные состояния, патогенетически взаимосвязанные с основным заболеванием, такие как воспалительные заболевания кишечника и аутоиммунные заболевания глаз, а также сердечно-сосудистые заболевания, ожирение и метаболический синдром, диабет, остеопороз, злокачественные новообразования, психические расстройства, и различные сопутствующие заболевания. Нами представлены данные о распространенности этих патологических состояний среди когорты больных ПсА, вошедших в Общероссийский регистр.

Цель. Изучить частоту встречаемости коморбидной патологии у больных псориатическим артритом.

Материал и методы. В исследовании участвовали 95 больных возрастом от 18 до 74 лет, проходивших лечение в отделении ревматологии ГУЗ ГКБ СМП № 25 с 2019 по 2022 гг. В исследование включили 50 мужчин в возрасте от 18 до 71 лет и 45 женщин возрастом от 26 до 70 лет. Все пациенты имели диагноз: Псориатический артрит и получали стандартную терапию НПВС, метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин. Часть из пациентов получала ГИБТ (инфликсимаб, тоцилизумаб) – 9,4% больных. Диагноз был установлен на основании критериев CASPAR 2006 г. Из 95 пациентов, участвовавших в исследовании, высокая активность заболевания отмечалась у 83 больных, умеренная активность – у 12 больных. У 65 пациентов из 95 отмечалась спондилоартритическая форма заболевания, у 26 – полиартритическая форма, у 1 пациента – мутилирующая форма.

Результаты и обсуждение. У 41 пациента выявлялись коморбидные состояния (43% от всех больных). Сочетание двух или нескольких заболеваний встречалось у 10 пациентов (10,5%). У 54 пациентов не выявлено коморбидных заболеваний (57%). У 4 пациентов (4,2% больных) среди сопутствующих заболеваний выявлена ХСН.

Сахарный диабет 2 типа встречался у 8 пациентов (8,4%), среди них 1 мужчина (12.5%), 7 женщин (87.5%). Гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия выявлена у 23 пациентов (24.2% больных). Среди них 11 мужчин (47.8%), 12 женщин (52,2%). При этом ГБ 2 стадии встречалась у 9 человек (39%) - 4 мужчин, 5 женщин. ГБ 3 стадии – у 5 человек (21,7%) –среди них 1 мужчина, 4 женщины. Снижение СКФ ниже нормы встречалось у 1 человека, ХБП выявлена была у 6 человек (6,3% больных). Нарушение пуринового обмена встречалось у 1 человека (1%). Сенсорная полинейропатия – у 1 женщины. Анемия встречалась у 29 человек (30,5%), среди них 11 мужчин и 18 женщин. Индекс массы тела был повышен у 50 пациентов (52.6%). Из 68 пациентов со спондилоартритической формой – 40 пациентов имеют коморбидные заболевания (58%), 28 пациентов не имеют коморбидных заболеваний (42%). Из 26 пациентов с полиартритической формой – 20 пациентов (76.9%) – с коморбидной патологий, 6 – без коморбидной патологии (23,1%).

Из 83 пациентов с высокой активностью заболевания – 60 имеют коморбидную патологию (72,3 %), 23 – не имеют (27.7%).

Выводы. При ПсА часто встречаются коморбидные состояния (43% от всех пациентов). Также встречаются больные без коморбидных заболеваний (57%). Имеется связь между активностью заболевания и наличием коморбидной патологии – при высокой активности коморбидность встречается чаще (72%). При полиартритической форме коморбидность встречается чаще (76,9% больных имеют коморбидные заболевания), при спондилоартритической форме коморбидность встречается реже (58%). У пациентов с ПсА наиболее часто встречается патология сердечно-сосудистой системы, а именно гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия (24,2% больных), а также анемический синдром (30% больных). Почти половина пациентов имеет повышенный индекс массы тела. Сахарный диабет 2 типа встречается у 8,4% больных. Реже встречается ХБП, нарушения пуринового обмена и полинейропатия.

Ключевые слова: псориатический артрит, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Головина Н.Б. Частота встречаемости коморбидной патологии у пациентов с псориатическим артритом.

Терапия. 2023; 9(3S): 133-134.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.133-134

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПИТАНИЯ НА РАЗВИТИЕ ПОДТИПОВ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

ГОЛУБЕВ М.Е, КОВАЛЕНКО В.Н., ДАВИДЕНКО И.Ю., ВОЛКОВА Н.И.

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

Актуальность. Гестационный сахарный диабет вызывает интерес ученых из-за его распространенности и малоизученности. Питание как многогранный фактор может внести как положительный, так и отрицательный эффект в течение ГСД. Предполагается, что ГСД аналогично обычному диабету имеет различные подтипы – ГСД связанный с дефектом β-клеток, ГСД связанный с инсулинорезистентностью (ИР) и смешанный ГСД. Согласно последним исследованием качество питания может являться как фактором риска развития различных подтипов ГСД, так и причиной развития тяжелых осложнений, поэтому так важно развиваться в этом направление – изучать особенности фактора питания на патогенез различных подтипов ГСД.

Цель. Оценка питания как фактора риска развития различных подтипов ГСД.

Материал и методы. В работу включили 130 беременных без патологии углеводного обмена в анамнезе. Испытуемых разделили: группа I – 45 беременных с ГСД и дисфункцией β-клеток, группа II – 43 беременные с ГСД и ИР, группа III – 42 беременных без ГСД (контроль). Всех пациенток анкетировали для оценки состава фактического рациона. Оценили углеводный обмен по данным глюкозы крови, перорального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы. Оценили функция β-клеток, выявили ИР. По данным индекса Matsuda выделили подтипы ГСД. Статистическая обработка проводилась при помощи сравнительного анализа

Результаты и обсуждение. Среди беременных с ГСД и ИР (группа II) характерно более частое ежедневное потребление 2-х и более порций фруктов и ягод, 2-х и более порций овощей, овощей, мяса/птицы/яиц овощей, кондитерских изделий, более редкое ежедневное употребление цельнозерновых продуктов. Для пациенток с ГСД и дисфункцией β-клеток (группа I) более частое потребление 2-х и более порций овощей, цельнозерновых продуктов, меньшее потребление мяса/птицы/яиц, кондитерских изделий. Среди подтипов ГСД выявлены различия по потреблению цельнозерновых продуктов, кондитерских изделий, мясных продуктов.

Выводы. Данные исследования позволяют судить о том, что питание наряду с другими факторами, является звеном патогенеза, влияющим на развитие подтипа гестационного сахарного диабета. Таким образом, представленные данные важны для понимания

механизма формирования гипергликемии, последующей диагностики, модификации образа жизни и назначении эффективного лечения.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, инсулинорезистентность, питание.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Голубев М.Е, Коваленко В.Н., Давиденко И.Ю., Волкова Н.И. Изучение влияния питания на развитие подтипов гестационного сахарного диабета. Терапия. 2023; 9(3S): 135-136.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.135-136

ФЕНОТИП ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ШПАГИН И.С.

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

Актуальность. Вибрационная болезнь, характеризуется учащением сочетаний с сердечно-сосудистыми заболеваниями, торпидностью течения, невзирая в завершение воздействия производственного контакта, патоморфозом поражения органов-мишеней, что определяет социально-медицинское значение данной патологии.

Цель. Оптимизировать диагностику на основе изучения клинико-функциональных показателей и нутритивно-метаболического статуса у профессиональных больных на модели коморбидной патологии.

Материал и методы. Проведено одномоментное открытое, описательное, сравнительное исследование больных с вибрационной болезнью (ВБ (n=115) и ВБ + АГ (n=112). Группой сравнения были пациенты с вибрационной болезнью в сочетании с артериальной гипертензией (112 пациента). Группа контроля условно здоровые лица (109 человек). Для оценки функциональных параметров применялись методы основных анализаторов. Дана оценка нутритивного статуса, фактического питания, метаболические особенности в виде изучения белкового, липидного, углеводного обмена, показатели крови: уровень адипокина, лептина, адипонектина, резистина, 25 ОН витамина D крови, уровень провоспалительных цитокинов.

Результаты и обсуждение. В группе ВБ + АГ определяются более высокие уровни инсулина, гликированного гемоглобина, индекса HOMA – ИР, уровня общего холестерина, триглицеридов, коэффициента атерогенности.

Исследование продемонстрировало более низкие уровни адипонектина, более высокие уровни свободного лептина, соотношения адипонектин/лептин в группе больных ВБ+АГ. В исследовании 25 ОН витамина Д в группе ВБ+АГ составил 15,0 нг/мл, что соответствует дефициту. При анализе состава тела методом биоимпедансметрии, выявлено, что при ВБ+АГ имеется склонность к задержке жидкости. В группе коморбидного варианта ВБ и АГ уровень провоспалительных цитокинов был больше, чем в группе контроля и ВБ в 5,3 и 1,42 раза. Множественный межсистемный корреляционный и регрессионный анализ позволил построить математическую модель с выделением интегрального показателя индекса ОТ/ОБ, а также разработать дополнительные

диагностические критерии нутритивных нарушений.

Выводы. Вариант ВБ + АГ по сравнению с ВБ характеризуется низким количеством активно-клеточной массы, повышенным показателем общей воды в сочетании с избыточной массой тела и ожирением, выявлены пониженный уровень адипонектина и соотношения адипонектин/лептин, повышенный индекс свободного лептина, дефицит витамина D, увеличение уровня провоспалительных цитокинов.

Ключевые слова: вибрационная болезнь, артериальная гипертензия, нутритивно-метаболический статус, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Горбунова А.М., Герасименко О.Н., Шпагин И.С. Фенотип вибрационной болезни в сочетании с артериальной гипертензией: вопросы диагностики нутритивно-метаболических нарушений.
Терапия. 2023; 9(3S): 137-138.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.137-138

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2020–2022 ГГ.

ГОРШЕНИНА О.В.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области» Минтруда России, г. Иркутск

Актуальность. Глобальной проблемой для мирового сообщества, имеющей огромное медицинское и социально-экономическое значение, явилась пандемия хронических неинфекционных заболеваний, среди которых заболевания почек. Актуальностью изучения заболеваний данной нозологии явилась значительная распространенность, высокая смертность, необходимость применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки.

Цель. Изучить динамику и структуру первичной инвалидности вследствие болезней мочевыделительной системы среди взрослого населения в Иркутской области за период 2020-2022 гг.

Материал и методы. Материалами для анализа послужили сведения о деятельности учреждения медико-социальной экспертизы по формам государственного статистического наблюдения 7-Собес, электронная база данных о гражданах, прошедших первичное освидетельствование.

Результаты. В общей структуре первичной инвалидности взрослого населения увеличилась доля инвалидов вследствие болезней мочеполовой системы (далее БМПС) до 1,8% (2020 г. – 1,1%, 2021 г. – 1,4%) от общего числа впервые признанных инвалидами в Иркутской области и составила 205 человек.

Уровень первичной инвалидности вследствие БМПС взрослого населения в 2020-2022 гг. составил на 10 тыс.: в Сибирском Федеральном округе – 0,6; в Иркутской области – 1,1; в Российской Федерации – 0,7.

В структуре первичной инвалидности вследствие БМПС уменьшилась доля населения трудоспособного возраста (2020 г. – 45%; 2021 г. – 54%; 2022 г. – 33%), по тяжести преобладают инвалиды II группы (2020 г. – 48%, 2021 г. – 47,9%, 2022 г. – 47,3%).

Среди трудоспособного возраста преобладают инвалиды I группы (2020 г. – 55,7%; 2021 г. – 53,4%; 2022 г. – 48,5%), уменьшилась доля II группы инвалидности (2020 г. – 39 %; 2021 г. – 41%; 2022 г. – 39 %), увеличилась доля III группы инвалидности (2020 г. – 4,9%; 2021 г. – 5,6%; 2022 г. – 13,0%).

В пенсионном возрасте преобладает доля II группы инвалидности (2020 г. – 58%; 2021 г. – 55%, 2022 г. – 52%), доля III группы инвалидности увеличилась до 20% (2020 г. – 13%; 2021 г. – 12%,).

По нозологическим формам лидирует гломерулонефрит (более 50%), на втором месте – мочекаменная болезнь (9,3%), отмечен рост прочих заболеваний почек (Амилоидоз, Гидронефроз, нефроптоз, гипоплазия почек, аномалии развития) до 8,7%.

Выводы. В связи с ростом в первичной инвалидности взрослого населения Иркутской области за период 2020-2022 гг. инвалидов вследствие БМПС требуется усилить внимание данной категории граждан на всех этапах оказания специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: хронические неинфекционныы заболевания, болезни мочевыделительной системы, первичная инвалидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Горшенина О.В. Анализ первичной инвалидности населения в возрасте 18 лет и старше вследствие болезней мочевыделительной системы в Иркутской области за 2020–2022 гг.

Терапия. 2023; 9(3S): 139-140.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.139-140

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОГО АМИЛОИДОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ, ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК, СЕРДЦА И НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ГОСТЮНИН Т.Д., ХАЛФИНА Т.Н., НУРУЛЛИНА Г.И., МУТИГУЛЛИН Р.Д.
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

Описание клинического случая. Пациентка Ш. с начала 2020 г. жаловалась на боль при глотании. С марта появились артралгии, отеки лица, туловища, уменьшение диуреза. Обратилась к нефрологу, назначена диуретическая терапия. В августе появились эпизоды нарушения сознания. Госпитализирована в МКДЦ с диагнозом «Ишемический инсульт, правосторонний гемипарез и дизартрия». Проведены исследования на аутоиммунные заболевания (аДНК, АЦЦП, ANA, ANCA, ВА – не обнаружены). Выявлена протеинурия – 6,0 г/л. Направлена в нефрологическое отделение МСЧ КФУ, выписана с диагнозом «Хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом. ХБП С2 А3». Назначены: преднизолон 60 мг, спиронолактон 50 мг, препараты кальция, витамин д3, омепразол 20 мг, аспирин 75 мг. Состояние пациентки не улучшилось, обратилась в поликлинику ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», в ноябре госпитализирована в отделение нефрологии РКБ, где проведена нефробиопсия, диагностирован «Амилоидоз с поражением почек, нефротическая стадия». Продолжено лечение ГК, добавлены 3 курса мелфалана, 4 дня, по 6 мг утром. В феврале 2021 г. –повторная госпитализация в РКБ для контроля лечения, наблюдалась тенденция к улучшению состояния: уменьшение протеинурии, высыпаний, исчезновение отеков.

Особенности данного случая. На момент поступления у пациентки выявлены геморрагические высыпания на коже лица, шеи. Тоны сердца приглушены. Увеличение размеров речения Рыхлые отеки ног до средней 1/3 голеней. В ходе обследования: протеинурия – 5,1 г/сут; Эхо-КС – утолщение стенок обоих желудочков; консультация невролога – вторичная (амилоидная) полинейропатия в форме умеренного проксимального системного парапареза; консультация кардиолога – рестриктивная кардиомиопатия, обусловленная амилоидозом сердца, легочная гипертензия, ХСН с сохранённой ФВ, I ст., ФК II.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Одновременное поражение различных систем органов создало основание для обширного диагностического поиска, после чего была проведена нефробиопсия, которая и выявила амилоидные включения. Пациентке был выставлен диагноз «Системный амилоидоз с поражением кожи, печени,

сердца, почек, вторичной полинейропатией в форме умеренного проксимального нижнего парапареза».

Ключевые слова: амилоидоз, нефробиопсия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гостюнин Т.Д., Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И., Мутигуллин Р.Д. Клинический случай системного амилоидоза с поражением кожи, печени, почек, сердца и нервной системы.
Терапия. 2023; 9(3S): 141-142.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.141-142

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ГУРКИНА А.А., СТУКЛОВ Н.И.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Когда хроническая сердечная недостаточность (ХСН) сопровождается анемическим синдромом, отмечается усугубление тяжести состояния больного, развивается толерантность к последующему лечению, снижается эффективность препаратов, составляющих основу лечения ХСН, и ухудшается прогноз.

Цель. Провести коррекцию новыми препаратами железа с антигепцидиновым механизмом всасывания, сравнить эритроцитарные показатели, обмен железа и воспаления до и после лечения. Сравнить функциональную адаптацию пациентов, качество жизни и изменение выносливости к физической нагрузке до и после терапии.

Материал и методы. В исследование включили 96 пациентов с диагнозом ХСН в сочетании с анемией, которые были разделены на две группы: 48 больных получали стандартную терапию ХСН с препаратами железа (группа лечения), 48 – только терапию ХСН (группа сравнения) в течение 3 мес. В качестве ферротерапии использовали сукросомальное железо по 60 мг в день перорально.

Результаты. В группе лечения через 3 мес получен рост показателей гемоглобина (p=0,01) и ферритина (p=0,04), снижение показателя NT-proBNP (p=0,004), при этом максимальный прирост гемоглобина (p=0,002) достигнут в группе с ферритином менее 30 мкг/л. В группе сравнения через 3 мес выявлено улучшение только по гемоглобину (p=0,05). В группе лечения доказано изменение показателей ШОКС (p=0,01), MHFLQ (p=0,002), Т-6-МХ (p=0,01), а в группе сравнения только по шкале MHFLQ (p= 0,005).

Выводы. Наибольшая эффективность лечения ХСН и анемии выявлена в группе лечения. Максимальный прирост гемоглобина получен при ферритине менее 30 мкг/л. Назначение препаратов железа приводит как к достоверному росту гемоглобина, так и клиническому улучшению качества жизни, повышению толерантности к физическим нагрузкам.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, анемия, клинический случай, препараты железа, качество жизни, толерантность к физическим нагрузкам.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гуркина А.А., Стуклов Н.И. Коррекция анемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, анализ эффективности.
Терапия. 2023; 9(3S): 143.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.143

ЛЕЧЕНИЕ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИИ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА

ГУСАРОВА Н.С., ЛЕОНОВА И.А.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Описание клинического случая. Пациент Ю., 71 года, с жалобами на давящие боли за грудиной и одышку, возникающие при ходьбе более 300 м, а также при изменении погоды. Анамнез: боли беспокоят с февраля 2022 г., после перенесения НКВИ-19, по результатам СМ-ЭКГ эпизоды выраженной депрессии ST. Имеет длительный анамнез ГБ более 20 лет. Тредмил-тест положителен по ЭКГ и ЭХО-критериям. На КАГ: коронарный артерии без стенозирования. По данным ПЭТ-КТ снижение резерва коронарного кровотока на фармакологической и холодовой пробах. Имеется нарушение как эндотелийзависимой вазодилатации, связанной с регуляцией тонуса сосудов, так и эндотелийнезависимой вазодилатации, связанной с утолщением сосудов вследствие ГБ. Заключительный диагноз: Основной: ИБС: Микроваскулярная стенокардия. ГБ III, риск ССО 3. Осложнение: ХСН с сохраненной ФВ, II ФК, IIA ст. Лечение: бисопролол, кандесартан, аторвастатин, клопидогрел, индапамид, никорандил.

Особенности данного клинического случая. Приём нитратоподобных соединений вызвал появление головных болей, поэтому пациенту было рекомендовано усиление антиангинальной терапии (амлодипин, ранолазин, триметазидин) и участие в клинической апробации метода электрической стимуляции спинного мозга. Нейростимуляция благодаря воздействию на латеральный спиноталамический тракт позволяет уменьшить боль, снизить количество и интенсивность ангинозных приступов. В качестве основных жалоб у пациентов с микроваскулярной стенокардией присутствуют классические боли в области сердца, но они возникают не на пике физической нагрузки, а спустя 15-20 минут после неё, их появление связывают с изменением погоды, болевой синдром не купируется нитратами.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. К сожалению, у представленного пациента, в месте установки нейростимулятора возникли осложнения инфекционного характера, поэтому спустя 2 месяца систему пришлось удалить. Спинальная стимуляция является альтернативным методом при лечении рефрактерных форм стенокардии, но оценить эффективность в данном клиническом случае не

представляется возможным. На кафедре имеются случаи успешного лечения микроваскулярной стенокардии при использовании данного метода лечения.

Ключевые слова: микроваскулярная стенокардия, электрическая стимуляция спинного мозга, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гусарова Н.С., Леонова И.А. Лечение микроваскулярной стенокардии методом электрической стимуляции спинного мозга.
Терапия. 2023; 9(3S): 144-145.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.144-145

КАЖДЫЙ ЧЕТВЕРТЫЙ ПАЦИЕНТ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИМЕЕТ ВЫСОКИЙ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ МИНИМИЗИРОВАН У ПОЧТИ 90% БОЛЬНЫХ

ДАВЛЕТОВА М.А., СТАВЦЕВА Ю.В., КОБАЛАВА Ж.Д.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Несмотря на очевидную пользу назначения прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (НКФП) и сердечной недостаточностью (СН) развитие больших кровотечений на фоне их назначения может быть фатальным. Для минимизации риска геморрагических осложнений целесообразна идентификация и коррекция потенциально модифицируемых факторов риска кровотечений. Проблема распространенности модифицируемых факторов риска в популяции пациентов с ФП и СН, получающих ПОАК, изучена недостаточно.
Цель. Оценить распространенность высокого риска кровотечений по шкале HAS-BLED и долю модифицируемых ее компонентов у пациентов с ФП и СН, принимающих ПОАК.
Материал и методы. В исследование последовательно включены пациенты с ФП и СН, принимающие ПОАК (ривароксабан, апиксабан или дабигатран), госпитализированные в связи с декомпенсацией СН в 2021-2022 гг. Риск кровотечений рассчитывался по шкале HAS-BLED. Были верифицированы модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Количественные переменные представлены как медиана (межквартильный размах). Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$
Результаты. Пациенты с НКФП составили 50,5% [n=388] (возраст 73,5 года [66-82], мужчины – 59.3%, непароксизмальные формы ФП – 58,8%, риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA_2DS_2-VASc – 4 [4-5]). У 67,9% пациентов функциональный статус СН по шкале NYHA соответствовал III-IV функциональным классам. Инфаркт миокарда в анамнезе – у 37,6% пациентов. Медиана фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила 44,5% (34-52). Риск кровотечений по шкале HAS-BLED – 2 (1-3). Высокий риск кровотечений по шкале HAS-BLED (≥3 баллов) отмечался у 26,3% больных. В подгруппе пациентов с ФВ ЛЖ ≤40% риск кровотечений был выше по сравнению с пациентами с ФВ ЛЖ >40% (HAS-BLED ≥3 у 32,1% против 20,4%, $p<0,05$). Немодифицируемые факторы риска кровотечений регистрировались у 10% пациентов, модифицируемые – у 88% (с или без немодифицируемых). Среди последних наиболее часто встречалась анемия (50,5%). Злоупотребление алкоголем и/или сопутствующий

прием ряда лекарств, усиливающих кровоточивость – у 21,6%, нарушенная почечная/печеночная функция – у 19,6%. Нарушение почечной/печеночной функций чаще регистрировалось у пациентов с ФВ ЛЖ ≤40% по сравнению с пациентами с ФВ ЛЖ >40% (24,7% против 10,6%; 28,4% против 16,8%, соответственно; $p<0,05$). Немодифицируемые факторы риска расположились в следующем порядке: возраст старше 65 лет – 78,9%, инсульт – 13,4%. Различий между группами в зависимости от ФВ ЛЖ установлено не было.

Выводы. Каждый четвертый пациент с НКФП и СН имеет высокий риск кровотечений, который может быть минимизирован у почти 90% пациентов за счет коррекции модифицируемых факторов риска. Анемия была наиболее распространенным модифицируемым фактором риска кровотечений.

Ключевые слова: неклапанная фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, кровотечения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Давлетова М.А., Ставцева Ю.В., Кобалава Ж.Д. Каждый четвертый пациент с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью имеет высокий риск кровотечений, который может быть минимизирован у почти 90% больных.
Терапия. 2023; 9(3S): 146-147.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.146-147

ПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ: ОШИБКИ ДОЗИРОВАНИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ДАВЛЕТОВА М.А., СТАВЦЕВА Ю.В., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. При соблюдении режима дозирования прямые оральные антикоагулянты (ПОАК) активно снижают риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (НКФП). Используемые в настоящее время ПОАК имеют разные режимы дозирования, что может приводить к лекарственным ошибкам. Гиперкоагуляция у пациентов с НКФП и сердечной недостаточностью (СН) увеличивает риск ТЭО. Проблема лекарственных ошибок в госпитальной популяции пациентов с ФП и СН, получающих ПОАК, изучена недостаточно.

Цель. Оценить распространенность неправильного дозирования ПОАК у госпитальных пациентов с ФП и СН.

Материал и методы. Ретроспективно было проанализировано 388 историй болезни пациентов с НКФП и СН, получавших ПОАК (ривароксабан, апиксабан или дабигатран) в период с января 2020 г. по май 2022 г. Дозы ПОАК были классифицированы как необоснованноо низкие или необоснованно высокие в соответствии с классификацией EHRA. Количественные переменные представлены как медиана (межквартильный размах). Различия считались статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты. В общей сложности 388 пациентов (возраст 73,5 года [66-82], 59,3% мужчины, шкала CHA2DS2-VASc 4 [4-5]) получали ПОАК (54,1% [n=210] ривароксабан, 24,2% [n=94] апиксабан, 21,7% [n=84] дабигатран). Ошибки в дозировании ПОАК наблюдались у 117 пациентов (30,2%), из которых 85 (21,9%) получали необоснованно низкую дозу, а 32 (8,3%) — необоснованно высокую дозу. Наибольшая частота ошибок при выборе дозы ПОАК была у апиксабана — 39/94 (41,5%), за ним следовали ривароксабан 74/210 (35,2%) и дабигатран 4/84 (4,8%). Пациенты, которым назначали несоответствующие дозы, были старше (78,5 лет [69-83] против 72,0 лет [65-81]; p=0,01), имели более низкий клиренс креатинина (52,0 мл/мин [42,4-74,6] против 64,4 мл/мин [50,3-93,3]; p=0,03) и более высокую сумму B-линий при УЗИ легких (40 [25-49] против 24 [11-46]; p=0,009). Назначение апиксабана, более высокий уровень клиренса креатинина и более высокая сумма B-линий были единственными значимыми независимыми предикторами при многофакторном анализе.

Выводы. Ошибки дозирования ПОАК встречаются почти у каждого третьего пациента с ФП и ХСН. Пациенты с выраженной хронической болезнью почек и тяжелой СН имеют высокий риск тромбоэмболических осложнений и наиболее уязвимы к назначению неправильных доз. Необходимо соблюдение рекомендаций и обучение медицинских работников, чтобы избежать ошибок дозирования и увеличить преимущества ПОАК в клинической практике.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, прямые оральные антикоагулянты, дозирование лекарственных средств.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Давлетова М.А., Ставцева Ю.В., Кобалава Ж.Д. Прямые антикоагулянты: ошибки дозирования у госпитализированных пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью.
Терапия. 2023; 9(3S): 148-149.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.148-149

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УПАДАЦИТИНИБА У ПАЦИЕНТА СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

ДВОРОВКИН А.Э.

ООО «Мой медицинский центр», г. Санкт-Петербург

Описание клинического случая. К ревматологу в «Мой медицинский центр» (ММЦ) обратилась пациентка Е., 68 лет (1954 г.р.), с жалобами на выраженный болевой синдром (7-8 баллов по ВАШ) в плечевых, локтевых, лучезапястных, коленных суставах, с развитием в них классических признаков артрита и деформацией мелких суставов кистей по типу «шеи лебедя», утренней скованностью в мелких суставах кистей около 3-4 часов. Системными признаками заболевания при осмотре были гипотрофия мышц верхних и нижних конечностей, похудание, эпизоды лихорадки до 38,5 °С и тяжелый остеопороз. Длительное течение заболевания и отсутствие адекватной лекарственной терапии выраженно снизили качество жизни пациентки.

Из анамнеза заболевания известно, что дебют суставного синдрома возник в 1991 г. (коленные суставы). Диагноз РА верифицирован в 1996 г., начата терапия витуридом – препаратом на основе дихлорида ртути – без стойкого улучшения. В том же году госпитализация в одну из больниц г. Чита, где начата терапия преднизолоном 15-20 мг в сутки. На фоне применения глюкокортикостероидов (ГКС) пациентка отметила умеренное улучшение самочувствия. В 2000 г. к терапии стероидами добавлен метотрекстат в дозировке 7,5 мг, который в дальнейшем был отменен в связи с развитием частых эпизодов ОРВИ. В дальнейшем у ревматолога активно не наблюдалась, самостоятельно принимала метилпренизолон в дозировке от 4 до 12 мг. Крайний осмотр ревматолога в 2009 г. При обращении к ревматологу ММЦ в январе 2023 г. стаж самостоятельного приема метилпреднизолона около 18 лет. Иной терапии по основному диагнозу не получала.

По рекомендации ревматолога ММЦ перед началом лекарственной терапии лабораторно обследована: повышение СОЭ до 38 мм/ч при сохранении нормальных значений в формуле крови, уровень С-реактивного белка составил 148,5 мг/л, ревматоидного фактора – 239 МЕ/мл, антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 288 Ед/мл. Пациентке был отменен таблетированный прием ГКС, в связи с высокой клинико-лабораторной активностью заболевания выполнена пульс-терапия

дексаметазоном по схеме 12-8-8-4-4 мг с положительным эффектом. В связи с длительным стажем РА, отсутствием эффекта от базисной терапии пациентке предложено рассмотреть вариант об усилении лекарственной терапии. В связи с низкой мобильностью пациентки было принято решение о добавлении в терапию ингибиторов янус-киназ в таблетированной форме. Скринирована на латентные формы туберкулеза, T-SPOT от февраля 2023 г. – отрицательно.

Препаратом выбора стал упадацитиниб в дозировке 15 мг один раз в день с сохранением метипреда в дозировке 12 мг с последующим снижением. Через 10 дней от начала приема данной схемы лекарственной терапии отмечена положительная динамика в состоянии пациентки. Контрольные анализы через 1 мес. от начала терапии: нормализация уровня СОЭ (6 мм/ч), С-реактивного белка (3 мг/л), ревматоидного фактора (177 МЕ/мл) при отсутствии гепато- и нефротоксичности. Проводится постепенная отмена метипреда, в настоящий момент пациентка получает 4 мг в день. Проводится мониторинг состояния больной ревматологом, пациентка отмечает эффективность лекарственной терапии, самостоятельно встает с кровати, увеличивает объем физической активности, передвигается по дому. Суставной синдром и утренняя скованность купированы.

Выводы. Таким образом, представленный клинический случай интересен несколькими ключевыми особенностями: длительностью ревматоидного артрита (стаж по жалобам более 30 лет, стаж по диагнозу более 25 лет), непереносимостью и неэффективностью проводимого стандартного лечения, высокой клинико-лабораторной и иммунологической активностью заболевания, быстрым ответом на терапию ингибитором янус-киназ у пациентки старшей возрастной группы.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, упадацитиниб, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Дворовкин А.Э. Клинический случай: опыт применения упадацитиниба у пациента старшей возрастной группы с длительно протекающим ревматоидным артритом и резистентностью к стандартной терапии.
Терапия. 2023; 9(3S): 150-151.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.150-151

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РИСК РАЗВИТИЯ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ: МЕТААНАЛИЗ

ДЖАФАРОВА А.Р., ЧЕРЕНКОВА В.В., АНДРЕЕВ Д.Н.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) – это прогрессирующее фибровоспалительное заболевание поджелудочной железы, ведущее к необратимым патоморфологическим изменениям органа с развитием экзокринной и эндокринной недостаточности, что существенно влияет на качество жизни пациентов. По эпидемиологическим данным, распространенность ХП в различных выборках составляет приблизительно 40-50 случаев на 100 тыс. населения, а общая заболеваемость составляет 9,62 случая (95% ДИ: 7,86-12,00) на 100 тыс. населения в год. Регресс выработки пищеварительных ферментов при экзокринной недостаточности ПЖ у пациентов с ХП опосредует развитие мальдигестии и мальабсорбции, приводя к мальнутриции. Данные состояния не только ухудшают качество жизни больного, но и повышают риск развития остеопороза и саркопении. Саркопения – это атрофическое изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы и ассоциированное с неблагоприятным прогнозом.

Цель. Систематизация данных о частоте и риске возникновения саркопении у пациентов с ХП.

Материал и методы. Поиск исследований проводился в электронных базах данных MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane, Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Дополнительно выполнялся поиск релевантных абстрактов по электронным базам данных конференций Европейского панкреатологического клуба (European Pancreatic Club, EPC), Международной ассоциации панкреатологии (International Association of Pancreatology, IAP) и Европейского конгресса радиологов (European Congress of Radiology, ECR).

Результаты. В итоговый анализ включено 13 исследований с участием 1605 пациентов с ХП. Обобщенная частота саркопении у пациентов с ХП составила 38,5% (95% доверительный интервал – ДИ: 27,2-50,6). Относительный риск саркопении у пациентов ХП в сравнении с контролем – 1,67 (95% ДИ: 1,21-2,29, p=0,002). При исключении из метаанализа исследований с общей выборкой меньше 50 пациентов обобщенная частота саркопении у пациентов с ХП составила 24,7% (95% ДИ: 20,5-45,2).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что саркопения является достаточно распространенным осложнением ХП и наблюдается примерно у 1 из 4 пациентов с данным воспалительным заболеванием поджелудочной железы. Учитывая высокие риск возникновения и частоту неблагоприятных исходов, ассоциированных с саркопенией, необходимо своевременно диагностировать это патологическое состояние у пациентов с ХП.

Ключевые слова: хронический панкретатит, саркопения, метаанализ.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Джафарова А.Р., Черенкова В.В., Андреев Д.Н. Распространенность и риск развития саркопении у пациентов с хроническим панкреатитом: метаанализ. Терапия. 2023; 9(3S): 152-153.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.152-153

ОЦЕНКА МАЛЬНУТРИЦИИ И АСТЕНИИ (FRAILTY) У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ДИНОВ Р.М., БАДМА-ГОРЯЕВА Ц.С., БЕЛОУСОВА Е.Н., МУХАМЕТОВА Д.Д.
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) – занимает значительное место в структуре болезней органов пищеварения. Согласно современным представлениям, мальнутриция и астения рассматриваются как осложнения ЦП и являются предикторами выживаемости данных пациентов.

Цель. Оценить выраженность астении и мальнутриции у пациентов с ЦП.

Материал и методы. В исследование включено 35 пациентов с ЦП и 41 – контрольная группа. Средний возраст пациентов составил 54 [46; 59] года; из них женщин – 21 (60%). Всем пациентам для оценки астении был проведен Liver Frailty Index (LFI); для выявления мальнутриции использован тест GLIM.

Результаты. Анализировались параметры LFI: среднее значение силы ведущей руки по динамометрии в группе с ЦП составило 22 [17,4; 28] кг, в группе контроля – 25,9 [23,5; 39,8] кг, $p<0,05$. Время, затраченное на приседания, у пациентов с ЦП было значимо больше, чем в группе контроля – 10 [7; 13,35] против 7 [6; 9] сек, $p<0,05$. Со стойкой «ноги в стороны» в исследуемой группе не справились 2 (6%) пациента, с «полутандемной постановкой стоп» – 3 (9%), с «тандемной постановкой стоп» – 4 (11,4%); в группе контроля все справились с заданием. Таким образом, среднее значение LFI при ЦП составило 4,07 [3,32; 5,2] баллов, что значимо больше, чем в контрольной группе - 2,88 [2,28; 3,2], $p<0,05$. По результатам LFI в исследуемой группе 11(31,4%) пациентов имели показатель «астения», 17 (48,6%) – «пре-астения» и 7 (20%) – «здоровые». По результатам ROC-анализа при пороге LFI 3,64 баллов, чувствительность составила 58,8%, специфичность – 92,5%, +LR=7,84, -LR=0,45, PPV =75,7%.

По результатам GLIM, мальнутриция была выявлена у 28 (80%) пациентов с ЦП. Мальнутриция чаще встречалась у пациентов ЦП по Child-Pugh класса В 11 (39,3%) и С 10 (35,7%). У пациентов с ЦП и мальнутрицией астения встречалась значимо чаще, чем без мальнутриции ($p<0,05$).

Выводы. У пациентов с ЦП мальнутриция встречалась у 80%, астения была выявлена у 31,4%, пре-астения у 48,6%. При наличии мальнутриции и с увеличением тяжести ЦП, астения встречалась значимо чаще.

Ключевые слова: цирроз печени, мальнутриция, астения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Динов Р.М., Бадма-Горяева Ц.С., Белоусова Е.Н., Мухаметова Д.Д. Оценка мальнутриции и астении (frailty) у пациентов с циррозом печени.
Терапия. 2023; 9(3S): 154-155.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.154-155

ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОЙ РН-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕЭРОЗИВНОЙ ГЭРБ

ДУДАРЕВ В.М., ШКЛЯЕВ А.Е.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Актуальность. Известно, что более чем у 30% больных ГЭРБ сохраняются симптомы заболевания на фоне терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП), что значительно снижает качество жизни пациентов. Традиционные методы диагностики (клинические и эндоскопические) не всегда позволяют охарактеризовать патогенетические особенности ГЭРБ, провести дифференциальную диагностику заболевания.

Цель. По данным суточной рН-импедансометрии представить функциональную характеристику патологических состояний, сопровождающихся симптомами ГЭРБ.

Материал и методы. В исследование включено 54 больных ГЭРБ в возрасте 46 (29;49) лет, с периодически возникающими симптомами заболевания на фоне проводимой постоянно стандартной терапии ИПП. Пациентам выполнено: анкетирование по опроснику GerdQ, ФГДС и суточная рН-импедансометрия с использованием прибора «Гастроскан-ИАМ».

Результаты. По данным анкетирования все опрошенные набрали 8 и более баллов, что позволило диагностировать у них ГЭРБ. По результатам ФГДС установлено, что 84% обследованных имели эндоскопически негативную (неэрозивную) ГЭРБ, 16% – признаки эрозивного эзофагита 1 степени. Пациентам с неэрозивной формой ГЭРБ проведена суточная рН-импедансометрия пищевода, по результатам которой ГЭРБ подтверждена в 69% случаев; при этом, более чем у половины из них фиксировалась высокая частота слабокислых рефлюксов. У 16% пациентов выявлена функциональная изжога, у 5% – имелись признаки гиперчувствительности пищевода к рефлюксу (т.н. гиперсенситивный пищевод), у 4% – сочетание неэрозивной ГЭРБ с функциональной изжогой.

Выводы. В структуре ГЭРБ преобладают эндоскопически негативные формы. Суточная рН-импедансометрия пищевода позволяет дифференцировать неэрозивную ГЭРБ с функциональными заболеваниями пищевода (функциональная изжога, гиперсинсетивный пищевод), а также регистрировать их сочетание.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функциональные заболевания пищевода, суточная рН-импедансометрия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Дударев В.М., Шкляев А.Е. Возможности суточной pH-импедансометрии в дифференциальной диагностике неэрозивной ГЭРБ. Терапия. 2023; 9(3S): 156-157.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.156-157

РАСТВОРИМЫЙ БЕЛОК – СУПРЕССОР ОНКОГЕННОСТИ-2 И N-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА, ПРЕДИАБЕТОМ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

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

ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск

Актуальность. Натрийуретические пептиды (НУП) широко используемые маркеры сердечной недостаточности для постановки диагноза, прогнозирования и оценки эффективности терапии. Использование новой молекулы – растворимого белка – супрессор онкогенности-2 (sST2), привлекает клиницистов своей низкой индивидуальной вариабельностью, в отличии от НУП. Данные исследований, посвященных изучению гуморальных кардиомаркеров у пациентов с хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ), предиабетом и абдоминальным ожирением, ограничены.

Цель. Изучить sST2 и N-концевой фрагмент мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP)) у пациентов ХСНсФВ, предиабетом и абдоминальным ожирением.

Материал и методы. В интервенционное одноцентровое открытое рандомизированное проспективное контролируемое исследование на базе НИИТП - филиал ИЦиГ СО РАН (г. Новосибирск) включено 64 человека (32 – мужчины) с ХСНсФВ, подтвержденной наличием структурных поражений сердца и уровнем NT-proBNP ≥125 пг/мл (для пациентов с фибрилляцией предсердий NT-proBNP >365 пг/мл), предиабетом и абдоминальным ожирением. Медиана возраста включенных мужчин составила - 58,0 [54,3;60,0], женщин – 58,0 [56,0;59,0] лет (p>0,05). Пациентам проводилось: общеклиническое обследование, антропометрия, стандартные лабораторные исследования, оценка уровня NT-proBNP электрохемилюминесцентным иммуноанализом, уровня sST2 количественным иммуноферментным анализом.

Результаты: среди 58 (47,5% от всех обследованных) пациентов с уровнем NT-proBNP <125 пг/мл, где диагноз ХСН был высоко клинически вероятен, но не подтвержден высоким значением NT-proBNP, были 37 мужчин (63,8%) и 21 женщина (36,2%). Уровень NT-proBNP у включенных женщин был ниже по сравнению с мужчинами (129,5

[126,3;158,5] и 174,0 [127,0;409,8] пг/мл, p=0,036), при более низких значениях скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у женщин (66,3 [61,2;75,1] и 74,2 [65,7;81,2] мл/мин/1,73 $м^2$, p=0,034). У мужчин с 3 степенью ожирения уровни NT-proBNP были самыми низкими (305,0 [131,8;721,8]; 348,0 [137,0;819,0] и 126,5 [125,0;128,3] пг/мл, p=0,012). У женщин при ожирении 2 степени уровень NT-proBNP был максимальным и значимо отличался от аналогичного параметра у женщин с 1 степенью ожирения (275,0 [129,8;542,8] и 130,0 [127,3;156,5] пг/мл, p=0,026). Уровень sST2 у женщин и мужчин был сопоставим (20,2 [18,3;24,0] и 23,7 [19,5;28,2] нг/мл, p=0,058), при этом только у 1 женщины (1,6%) и 3 мужчин (4,7%) уровень sST2 был >35 нг/мл (порог неблагоприятного прогноза при ХСН). Как у мужчин, так и у женщин не показана корреляционная связь между уровнем sST2 и СКФ. Уровни sST2 у мужчин и женщин не отличались в зависимости от степени ожирения.

Выводы. Уровни sST2 не различались в зависимости от пола, СКФ и степени ожирения. Вероятно, sST2 наиболее надежный маркер ХСН, по сравнению с NT-proBNP, в изучаемой нами выборке. У 47,5% обследованных пациентов на этапе скрининга с наличием симптомов и клинических признаков ХСН, а также структурного поражения сердца, уровень NT-proBNP был <125 пг/мл. У мужчин в сравнении с женщинами зарегистрированы более высокие значения NT-proBNP плазмы. У мужчин с 3 степенью ожирения уровни NT-proBNP были ниже, чем при 1 и 2 степени.

Ключевые слова: с хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, терминальный фрагмент мозгового натрийуретического пептида, супрессор онкогенности-2.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Евдокимова Н.Е., Цыганкова О.В., Латынцева Л.Д. Растворимый белок – супрессор онкогенности-2 и N-терминальный фрагмент мозгового натрийуретического пептида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса, предиабетом и абдоминальным ожирением. Терапия. 2023; 9(3S): 158-159.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.158-159

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ЕЛИСЕЕВА Л.Ю., БОРОВКОВА Н.Ю., ЗУБЕЕВ П.С., ЗУБЕЕВА Г.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород

Актуальность. Накопленный в период пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) опыт свидетельствует о высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с COVID-19 (COronaVIrus Disease 2019) и более высоком риске летального исхода у этих лиц. Создание специализированных отделений по лечению больных НКИ было важным этапом для сохранения жизни и здоровья населения Российской Федерации. В настоящее время анализ полученного опыта позволяет совершенствовать подходы к лечению таких пациентов.

Цель. Оценить структуру кардиоваскулярной патологии у пациентов с НКИ и определить предикторы неблагоприятного исхода при лечении НКИ у данных лиц.

Материал и методы. На базе ковидного госпиталя г. Нижний Новгород было проведено проспективное исследование. Выборка состояла из 139 пациентов, госпитализированных в 2021 г., с подтвержденным диагнозом НКИ и коморбидной патологией. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – реконвалесценты (n=82), 2 группа – летальные (n=57). Был проведен анализ клинической характеристики пациентов, структуры сопутствующей патологии, лабораторных показателей.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 70 [63;79] лет, старше были летальные пациенты ($p<0,001$). Проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), которая составила в среднем 33,8±3,2, было выявлено, что ИМТ среди умерших был достоверно выше ($p <0,001$).

Анализ распространенности ССЗ показал, что наибольшую встречаемость в обоих группах имела гипертоническая болезнь (в 1 группе – 98,9%, n=81, во 2 – 100%, n=57); среди реконвалесцетов ИБС страдали 56,1% пациентов (n=46), среди летальной группы 82,5% (n=47); ХСН стадии IIА (по Стражеско-Василенко) в группе выживших была диагностирована в 47,6% (n=39) случаев, IIБ в 2,4% (n=2), в группе летальных больных ХСН IIА составила 77,2% (n=44), IIБ 12,3% (n=7). Также проводился анализ нарушений ритма сердца, наиболее часто регистрировалась фибрилляция предсердий: в первой

группе – 23,2% (n=19), во второй группе 29,8% (n=17). Во время стационарного лечения в ковид-госпитале только в группе летальных пациентов было зафиксировано развитие таких сердечно-сосудистых катастроф, как ОИМ 12,3% (n=7) случаев и ТЭЛА 5,3% (n=3). При анализе сопутствующей патологии выявлено, что лидировала хроническая болезнь почек (ХБП). Среди реконвалесцентов наиболее часто регистрировалась ХБП С3А – в 30,5% (n=25), ХБП С3Б 13,4% (n=11), ХБП С4 4,9% (n=4). Встречаемость ХБП С3А среди умерших составила 35,1% (n=20), ХБП С3Б 31,6% (n=18), ХБП С4 – 12,3% (n=7), ХБП С5 – 5,3% (n=3). Высокую распространенность имел сахарный диабет 2 типа – 36,6% (n=30), среди пациентов первой группы и 40,4% (n=23) – второй.

В ходе корреляционного анализа Спирмена наибольшая положительная связь была найдена между развитием летального исхода и повышением ИМТ (ρ=0,490, p <0,01), фактом наличия ХСН (ρ=0,419, p <0,01), потребностью в кислородной поддержке (ρ=0,558, p <0,01), в частности инвазивными методами – ИВЛ (ρ=0,506, p <0,01), а также тяжестью течения НКИ COVID-19 у данных лиц (ρ=0,588, p <0,01). Вместе с тем, была установлена отрицательная взаимосвязь между развитием летального исхода и укорочением сроков лечения в стационаре (ρ=-0,320, p <0,01), лимфопенией (ρ=-0,447, p<0,01), снижением сатурации (SPO2) (ρ=-0,579, p <0,01), снижением рассчетной СКФ (CKD-EPI) (ρ=-0,431, p <0,01).

При оценке влияния различных факторов на вероятность развития летального исхода у пациентов с COVID-19 и ССЗ с помощью бинарной логистической регрессии была разработана прогностическая модель. Исходя из полученных коэффициентов регрессии: увеличение возраста пациента, наличие ХСН IIБ, а также впервые выявленной фибрилляции предсердий, снижение SpO_2, а также рост С-реактивного белка (СРБ) сопряжены с увеличением риска летального исхода. Шансы развития неблагоприятного исхода при увеличении возраста на 1 год возрастали в 1.31 раза, или на 31% (ОШ=1,310; 95% ДИ 1,13-1,52), при наличии ХСН в стадии IIВ в 4,671 раза или на 367,1% (ОШ=4,671; 95% ДИ 0,95-22,94). Чувствительность данной модели составила 93%, специфичность модели 93,9%.

Выводы. В рамках ССЗ у пациентов с НКИ наиболее часто регистрируется ГБ, несколько реже встречаются ХСН и ИБС. Среди коморбидной патологии наиболее часто регистрируется ХБП. В летальной группе пациентов были зарегистрированы сердечно-сосудистые катастрофы: ОИМ и ТЭЛА, которые развились на фоне крайне тяжелого течения НКИ.

Предикторами неблагоприятного исхода лечения НКИ у пациентов с ССЗ являются возраст пациента, наличие ХСН стадии IIБ по Стражеско-Василенко, впервые выявленная фибрилляция предсердий, снижение SpO_2, а также рост маркера воспаления СРБ.

Ключевые слова: COVID-19, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Елисеева Л.Ю., Боровкова Н.Ю., Зубеев П.С., Зубеева Г.Н. Предикторы неблагоприятного прогноза течения COVID-19 у пациентов с кардиоваскулярной патологией на госпитальном этапе.
Терапия. 2023; 9(3S): 160-162.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.160-162

АНАЛИЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ COVID-ГОСПИТАЛЯ

ЕЛИСЕЕВА Л.Ю., БОРОВКОВА Н.Ю., ЗУБЕЕВ П.С., ЗУБЕЕВА Г.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают занимать лидирующую позицию среди причин смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. Многочисленные отчеты демонстрируют, что кардиоваскулярная патология является одним из основных факторов, ухудшающих течение новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19.

Цель. Провести анализ структуры сердечно-сосудистой патологии у пациентов с НКИ и определить влияние лечебных мероприятий на развитие неблагоприятного исхода у данных лиц.

Материал и методы. На базе ковидного госпиталя ГБУЗ НО «Городская больница № 33» г. Нижний Новгород было проведено исследование, включающее ретроспективный и проспективный этапы. Выборка состояла из 284 пациентов, госпитализированных в 2021 г., с подтвержденным диагнозом НКИ и коморбидной патологией. Пациенты были разделены на три группы: основная группа – пациенты с НКИ, ССЗ и коморбидной патологией, группа контроля - пациенты с НКИ и без ССЗ и коморбидной патологии, группа сравнения – пациенты с НКИ и ССЗ. Был проведен анализ клинической характеристики пациентов, структуры сопутствующей патологии, схем терапии.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 60 [56; 73] лет, старше были пациенты основной группы ($p < 0,001$). Среди исследуемых было 49,3% мужчин (n=140) и 50,7% женщин (n=144), $p=0,125$. Проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), которая составила в среднем 32,7 [31;35,6], было выявлено, что ИМТ в основной группе был достоверно выше ($p < 0,001$).

Анализ структуры ССЗ в основной группе показал, что наибольшую встречаемость имела гипертоническая болезнь – 97,1% (n=201), ишемическая болезнь сердца (ИБС), что подразумевало наличие стенокардии II и III КФК – 67,6% (n=140); ХСН стадии IIА (по Стражеско-Василенко) была диагностирована в 63,3% случаев (n=131), IIБ в 6,8% (n=14). Было выявлено, что среди нарушений ритма сердца наиболее часто регистрировалась фибрилляция предсердий: в первой группе – 37,5% (n=57). Были зарегистрированы острые

сердечно-сосудистые катастрофы – острый инфаркт миокарда (ОИМ) у 3,9% лиц (n=8), тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) у 2,4% лиц (n=5), что послужило причиной летального исхода.

При изучении коморбидной патологии выявлено, что лидировала хроническая болезнь почек (ХБП). Среди реконвалесцентов наиболее часто регистрировалась ХБП С3А – в 30% (n=62), ХБП С3Б 17,4% (n=36), ХБП С4 6,8% (n=14). Встречаемость ХБП С3А среди умерших составила 35,1% (n=20), ХБП С3Б 31,6% (n=18), ХБП С4 – 12,3% (n=7), ХБП С5 – 17,4% (среди них 33 пациента получали заместительную почечную терапию путем программного гемодиализа, у 3 больных случилось острое почечное повреждение). Высокую распространенность имел сахарный диабет (СД) 2 типа – 36,7% (n=76), СД 2 типа был лишь у 1,9% пациентов (n=4).

Проводился анализ влияния оказываемого лечебного воздействия на летальность на основе расчета коэффициента контингенции. Было получено, что проведение кислородотерапии наиболее существенно влияет на снижение летальности. Наряду с этим, прием препаратов из групп – бета-адреноблокаторы, статины, антагонисты кальция, дезагреганты, используемых для терапии ССКБ также оказывают влияние на выживаемость, но в меньшей степени.

Выводы. При анализе ССЗ у пациентов с НКИ выяснилось, что наиболее часто регистрируется ГБ, несколько реже встречаются ХСН и ИБС. Среди коморбидной патологии наиболее распространена ХБП. Развитие острых сердечно-сосудистых катастроф ОИМ и ТЭЛА проходило на фоне крайне тяжелого течения НКИ и влекло за собой летальный исход.

Нами получено, что наиболее благоприятное влияние на выживаемость пациентов оказывает назначаемая кислородотерапия. Также было получено, что продолжение приема препаратов для терапии кардиоваскулярной патологии различных групп положительно сказывается на снижении летальности.

Ключевые слова: COVID-19, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Елисеева Л.Ю., Боровкова Н.Ю., Зубеев П.С., Зубеева Г.Н. Анализ сердечно-сосудистой патологии у коморбидных пациентов в условиях COVID-госпиталя. Терапия. 2023; 9(3S): 163-164.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.163-164

ТИРЕОТОКСИКОЗ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА КУЗБАССА

ЕПИФАНОВА Е.Э.

ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово

Введение. По данным ВОЗ заболевания ЩЖ занимают второе место среди всех эндокринных заболеваний, а различные нарушения функции ЩЖ выявляют примерно у каждого десятого жителя планеты.

Тиреотоксикоз (ТТ) – клинический синдром, обусловленный избытком тиреоидных гормонов крови и их действием на органы и ткани. Наличие йододефицита в Кузбассе, предполагает особенности нозологической структуры тиреотоксикоза.

Цель. Изучить нозологическую структуру тиреотоксикоза в Кузбассе.

Материал и методы. Анализ 300 историй болезни пациентов с синдромом тиреотоксикоза. Проведено сравнение клинических диагнозов, установленных до оперативного вмешательства, и заключительных диагнозов.

Результаты и обсуждение. У пациентов с ТТ выявлены следующие нозологии: диффузный токсический зоб (ДТЗ) в 78% случаев; многоузловой токсический зоб (МУТЗ) в 15% случаев; одноузловой токсический зоб (ОУТЗ) в 3%; амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз в 3%; аутоиммунный тиреоидит (АИТ) в 1%.

Степень тяжести тиреотоксикоза до оперативного вмешательства: легкая 7%; средняя 23%; тяжелая 70%.

Тиреотоксикоз осложнялся тиреогенной миокардиодистрофией в 57%; анемией в 3,5%; тиреотоксическим гепатитом в 3% случаев.

Хирургическое лечение было проведено 100% пациентов: тиреоидэктомия – 46 пациентам (15%) (у 17(39%) – повторная операция после предшествующей резекции с рецидивом тиреотоксикоза через 5,5-18 лет); предельно-субтотальная резекция – 160 пациентам (54%); субтотальная резекция – 71 пациенту (23%); гемиструмэктомия – 23 пациентам (8%).

Гистологически диагностированы: ДТЗ у 224 больных (75%); МУТЗ у 59 больных (20%); рак у 9 больных (3%); ОУТЗ у 4 больных (1%); АИТ у 4 больных (1%).

Гистологически выявлены сочетания заболеваний: ДТЗ + АИТ в 2,5%; ДТЗ + рак в 2%; ДТЗ + АИТ + рак в 1,5%

Выводы. В Кузбассе наиболее частой причиной развития тиреотоксикоза стал диффузный токсический зоб; вторым по частоте – многоузловой токсический зоб.

Сочетание заболеваний щитовидной железы, приводящих к ТТ, зарегистрированы в 6%.

При сравнении клинических диагнозов обращает на себя внимание гистологическая верификация рака щитовидной железы, который на предоперационном этапе не был диагностирован.

Высокий риск рецидива ДТЗ и МУТЗ (39%) после резекции щитовидной железы доказывает оптимальность проведения тиреоидэктомии. Это соответствует рекомендациями Российской ассоциацией эндокринологов (РАЭ) и Европейской ассоциации щитовидной железы (European thyroid association (ETA).

Ключевые слова: тиреотоксикоз, токсический зоб, йододефицит.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Епифанова Е.Э. Тиреотоксикоз в условиях йододефицита Кузбасса. Терапия. 2023; 9(3S): 165-166.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.165-166

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

ЖДАНОВА Е.В., РУБЦОВА Е.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган

ФГБУ «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курган, г. Тюмень

ООО «Поликлиника консультативно-диагностическая им. Е.М. Нигинского», г. Тюмень

Актуальность. По мере уменьшения количества пациентов с острыми проявлениями COVID-19, отмечается рост пациентов с осложнениями после купирования острого периода инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2. РНК- содержащий вирус, которому характерна генетическая мутация и формирование новых штаммов, которые, вероятно, могут быть причиной мультиорганных патологических состояний в постковидном периоде, изменяя иммунологический статус человека. В большей степени это касается пациентов с наличием метаболического синдрома (МС), который является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Изучить связь иммунного спектра с впервые выявленными признаками поражения сердечно-сосудистой системы в постковидном периоде.

Материал и методы. Проведен анализ 1052 электронных амбулаторных карт пациентов, обратившихся в одно из ЛПУ города Тюмени с целью проведения обследования и курса реабилитации в течение первых 6 месяцев после купирования острых явлений COVID-19. Из них 342 пациента предъявляло кардио-респираторные жалобы. У данных пациентов собран анамнез, уточнен коморбидный фон, определены антропометрические данные. Пациенты прошли клиническое (клинический и биохимический анализ крови, липидный спектр, общий иммуноглобулин Е), иммунологическое (определение уровня TNF-α, IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IFN-γ, ИЛ-10 и IL-17 в сыворотке крови) и инструментальное обследование (ЭКГ, ЭХОКГ). Из них у 44 пациента впервые выявлена патология сердечно-сосудистой системы. Проведена оценка наличия метаболического синдрома в данной группе. По итогам проведенного исследования, пациенты разделены на две группы: с выявленным метаболическим синдромом и группа пациентов без него. Полученные данные обработаны компьютерной программой Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. По итогам проведенного клинического обследования, 44 пациента, предъявляющие кардиореспираторные жалобы разделены на две группы:1 группа: пациенты без выявленного метаболического синдрома (n=11); 2 группа с выявленным метаболическим синдромом (n=33). В дальнейшем исследовании приняли участие пациенты из второй группы (23 женщин и 10 мужчин). Женщины обращались во всех возрастных промежутках, но преимущественно (30% – в возрасте 31-40лет). Мужчины с МС в 50% случаев обратилось в возрасте 31-40 лет, в 30% – в возрасте от 41-50 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт за грудиной (98%), снижение толерантности к физическим нагрузкам (83%), общую слабость (82%). Для оценки факторов риска учитывались пол, возраст пациента, индекс массы тела (ИМТ), показатели АД, а также учитывался коморбидный фон, степень отклонения лабораторных показателей. При метаболическом синдроме как у мужчин (32,3±5,3 кг/м^2), так и у женщин (30,0±4,5 кг/м^2) выявлено повышение ИМТ в сравнении с пациентами первой группы. При МС объем талии (ОТ) более выше у мужчин 102,2±6,8 см, у женщин ОТ составил 91,1±17,9 см, что выше ОТ женщин первой группы. Уровень артериального давления (АД) – наиболее высоким оказался у мужчин с МС (147,1±15,9/94,5±16,1 мм рт.ст.). Максимальный уровень общего холестерина (6,06±1,45 ммоль/л) выявлен у женщин в группе с МС. Средний показатель гликемии при МС выявлен у женщин – 6,9±2,34 ммоль\л, что выше уровня гликемии мужчин – 5,7±1,55 ммоль/л.

При оценке ЭКГ– у 90% мужчин и у 83% женщин при МС выявлены нарушения сердечного ритма с изменениями как функции проводимости, так и функции возбудимости, и автоматизма. В 63% случаев по ЭКГ впервые выявлены нарушения процессов реполяризации сердечной мышцы по типу метаболических нарушений. В 27% по ЭХОКГ выявлены признаки малого перикардита. Эту группу в основном составили мужчины (57%) молодого возраста (в 29% случаев в возрасте 30-40 лет). Чаще пациенты без перенесенной вирусной пневмонии в анамнезе. В 55% перенесли COVID инфекцию в легкой форме или бессимптомной форме и не получали или получали не в полном объеме противовирусную и противовоспалительную терапию. В 76% перикардит выявлялся в раннем временном промежутке, по ЭХОКГ накопление жидкости в полости перикарда происходит в заднем мешковидном пространстве от 3-5,5 мл. Перикардит, как правило, сочетается с нарушение автоматизма (на фоне синусовой аритмии в 42%).

При изучении лейкоформулы пациентов с МС в постковидном периоде диагностирован лимфоцитоз, нейтропения, эозинофилия как в % отношении, так и в абсолютных цифрах. В постковидном периоде, не смотря на сохраняющийся лимфоцитоз, в цитокиновом

профиле, на фоне продолжающегося роста уровня IL-6, IL-8, диагностирован значительный рост IL-17: у пациентов с МС до 14,3±0,8 пг/мл, без МС до 11,8±1,2 пг/мл, при уровне доноров 4,2±1,0 пг/мл. Согласно научным данным, ИЛ-17 вызывает эндотелиальную дисфункцию всех органов и может способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний. В большей степени у пациентов с метаболическим синдромом.
Выводы. Одним их патогенетических механизмов формирования впервые выявленных сердечно-сосудистых нарушений в постковидном периоде, может являться наличие метаболического синдрома. Сам МС способствует сохранению в течение длительного времени иммунного дисбаланса. Повышение уровня IL-17 объясняет полиорганность поражения в постковидном периоде за счет эндотелиальной дисфункции всех систем организма, в том числе поражение ССС.
Ключевые слова: постковидный синдром, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Жданова Е.В., Рубцова Е.В. Патофизиологические механизмы впервые выявленных нарушений сердечно-сосудистой системы в постковидном периоде. Терапия. 2023; 9(3S): 167-169.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.167-169

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

ЖУЧКОВА С.М., БУСАЛАЕВА Е.И., МАРКОВА Т.Н.

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

Введение. Ожирение является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности во всем мире и затрагивает не только взрослых, но детей и подростков.

Цель. Изучить распространенность избыточной массы тела и ожирения, особенности пищевых привычек у студентов медицинского факультета (МФ) «Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова».

Материал и методы. Разработана анкета для оценки семейного анамнеза по ожирению, отягощенной наследственности по компонентам метаболического синдрома, особенностей пищевого поведения. Проводилась антропометрия с расчетом индекса массы тела (ИМТ), измерялось АД, ЧСС. В 2022 г. проанкетированы 55 студентов 1, 4 и 6 курсов МФ. Данные сравнивались с результатами аналогичного анкетирования 100 студентов от 2005 г.

Результаты и обсуждения. В 2005 г. 25% студентов имели ИМТ выше 25 кг/м^2, ожирение (ИМТ >30 кг/м^2) – у 7%, в 2022 г. у 9% выявлена избыточная масса тела и 5% ожирение разных степеней.

Большинство обучающихся с избыточной массой тела в 2005 г. было на 4 (15%) и 6 курсе (10%). В 2022 г. противоположные результаты – с избыточной массой тела первокурсников большинство – 63%.

В 2005 г. 48% первокурсников, 22,5% студентов 4 курса и 20% шестикурсников ограничивали себя в количестве принимаемой пищи при их ИМТ менее 20 кг/м^2. В 2022 г. ограничивали себя в еде 18% опрошенных, из них лишь 1 человек имел ИМТ >25 кг/м^2. Анализ дневников самоконтроля опрошенных с ИМТ >25 кг/м^2 в 2022 г.: у 87% отмечалась нерегулярность питания, у 75% – отсутствие завтраков, у 100% – питание не чаще 2 раз в сутки, у 50% – частые перекусы едой «всухомятку». У каждого второго студента 2022 г. с избыточной массой тела и ожирением эмоциогенный тип пищевого поведения.

Выводы. Студенты 2022 г. более объективно относятся к своей массе тела, реже прибегают к ограничительным рационам питания без оснований в сравнении со студентами 2005 г. Питание всех респондентов нерациональное и нерегулярное; этот факт не имеет тенденции к изменению за последние 18 лет.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирения, рацион питания.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Жучкова С.М., Бусалаева Е.И., Маркова Т.Н. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у студентов медицинского факультета.
Терапия. 2023; 9(3S): 170-171.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.170-171

ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРИ ДЕКСТРОКАРДИИ

ЗАБРОДИНА М.Д., РЕЗНИКОВА Е.Н., АФАНАСЬЕВА Т.С.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Актуальность. Выявление аномалий локализации сердца является сложным диагностическим процессом. Они могут быть результатом нарушения развития самого сердца или влияния экстракардиальных причин.

Цель. Оценить запись ЭКГ при расположении сердца в правой половине грудной клетки.

Задачи. Рассмотреть постановку ЭКГ при данной локализации сердца и исследовать патологические изменения зубцов в разных отведениях.

Материал и методы. В отделение реанимации и интенсивной терапии ГКБ № 7 города Ижевска поступила пациентка в тяжелом состоянии, 56 лет, с черепно-мозговой травмой. Была проведена операция, после которой пациентку перевели в реанимационное отделение. Больной необходимо было снять ЭКГ. При первом снятии ЭКГ врач утверждала, что электроды были перепутаны, однако, постановка была верной. При снятии повторного ЭКГ результаты были теми же. Врач решила лично удостовериться в правильности постановки датчиков ЭКГ и обнаружила, что сердце у женщины располагается в центре грудной клетки с небольшим смещением вправо.

Результаты. При атипичном расположении сердца и обычном расположении электродов на записи появятся зубцы с противоположным направлением. Полученные результаты характеризуются усилением зубцов в грудных отведениях. Для диагностики данной патологии сердца ЭКГ снимают при условии перемещения желтого электрода на правую руку, а красного — на левую. Таким образом, на ЭКГ в I отведении выявляются отрицательные зубцы P, T и основной зубец комплекса QRS направлен вниз от изолинии. Низкий начальный и конечный зубцы комплекса QRS записываются как зубцы r_I, r. В III стандартном отведении зубцы R и T становятся выше зубцов R и T во II стандартном отведении. Зубец P_{II} отрицательный. Изменяются форма и направление зубцов в отведениях aVL и aVR. В грудных отведениях от V1 до V6 в комплексе QRS преобладает зубец S. Зубец P в левых грудных отведениях отрицательный, а в правых – положительный. По этим признакам дается заключение о декстрокардии.

Выводы. При обследовании больного врачу необходимо помнить, что каждый пациент

обладает рядом индивидуальных особенностей организма, так, в данном случае сердце пациента располагается в правой половине грудной клетки.

Ключевые слова: аномалии локализации сердца, декстрокардия, электрокардиография.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Забродина М.Д., Резникова Е.Н., Афанасьева Т.С. Изменения на электрокардиограмме при декстрокардии.
Терапия. 2023; 9(3S): 172-173.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.172-173

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ И НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19)

ЗАМАНОВА Э.С., ШАМСУТДИНОВА Н.Г., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

Описание клинического случая. Пациентка О., 60 лет наблюдалась у ревматолога с диагнозом системная склеродермия с 1996 г. Дебютировало заболевание с отечности, побеления, болей в IV пальце правой кисти, отечности лица, верхних и нижних конечностей. Постепенно заболевание прогрессировало: с 2000 г. присоединились жалобы на нарушение глотания, покашливание, поперхивание при глотании твердой пищи, уплотнение кожи. Пациентка наблюдалась у ревматолога, принимала преднизолон (до 10 мг в сутки внутрь) и гидроксихлорохин (в течение двух лет). В 2003 г. к терапии добавили купренил. В 2008 г. появились жалобы на нарушение глотания. С апреля 2019 г. к терапии добавили метотрексат 10 мг в неделю внутрь и фолиевую кислоту.

Дебют новой коронавирусной инфекции был острым, пациентка предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, миалгии, головные боли. Мазок из зева на выявление РНК вируса SarsCoV2 был положительным. В связи с сохраняющейся фебрильной лихорадкой и наличием тяжелого соматического заболевания, на 5 день болезни пациентка госпитализирована во временный инфекционный госпиталь ГАУЗ РКБ МЗ РТ для дальнейшего лечения. При поступлении предъявляла жалобы, появившиеся в последние 3-4 дня: на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38 °С, мышечные боли, одышку постоянную смешанного характера, усиливающаяся при ходьбе, после физической нагрузки, ощущение сердцебиения; а также специфические жалобы, характерные для основного заболевания.

Пациентке проведены рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки, ЭХО-КГ, ЭКГ, термометрия, пульсоксиметрия, лабораторные исследования анализов крови. На РКТ органов грудной клетки, проведённой на 8 день болезни, выявлены изменения, характерные для вирусной пневмонии. Определенную трудность в клинической практике составляет дифференциальная диагностика интерстициальных изменений, имеющихся до дебюта COVID-19 и непосредственно вирусного поражения легких. У данной пациентки имелись РКТ органов грудной клетки, проведенные до НКВИ, соответственно, мы имели возможность сравнить изображения и трактовать изменения как проявления вирусного поражения легких.

Выставлен диагноз: Новая коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован, среднетяжелая форма. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, средней степени тяжести. КТ 1. ДН 0. Прогрессирующий системный склероз - системная склеродермия, диффузная форма, активность 3 степени, хроническое прогрессирующее течение, с поражением кожи (выраженный плотный отек кожи верхних и нижних конечностей, лица, гиперпигментация кожи, кисетный рот, кожный счет 18 баллов), суставов (полиартрит, Ro ст. 2, ФН 1), сосудов (ангиотрофоневроз, синдром Рейно 3, дигитальные рубчики, телеангиоэктазия), легких (базальный пневмосклероз, ДН 1), желудочно-кишечного тракта (гипотония пищевода, стеноз пищевода с супрастенотическим расширением, с замедлением эвакуаторной функции), криоглобулинемия. Атеросклероз аорты, створок аортального и митрального клапанов. Пролапс митрального клапана 1 степени. Рубцовая стриктура нижней трети пищевода. Рефлюкс эзофагит В. Недостаточность кардиального жома. Поверхностный гастрит. Дуоденальный рефлюкс. Множественные кисты левой доли печени максимальным диаметром до 21 мм. МКД. Кисты почечного синуса до 6 мм с двух сторон. Состояние после оперативного вмешательства (эндоскопическое бужирование рубцовой стриктуры нижней трети пищевода) от 25-27.11.2020 г.

Пациентке временно отменен метотрексат и назначено следующее лечение: эноксапарин натрия 0,6 мл 2 раз в день подкожно, омепразол 20 мг 2 раза в день внутрь, преднизолон 25 мг в стуки утром внутрь, амлодипин 5 мг 1 раз в день внутрь, ацетилцистеин 200 мг 3 раза в день внутрь. В связи с клинической и лабораторной картиной (сохранение жалоб на лихорадку, миалгии; лейкопении на 14 день болезни), вероятным высоким риском развития тяжелого течения новой коронавирусной инфекции у пациентки с системной склеродермией проведено переливание антиковидной свежезамороженной плазмы на 10 день болезни в объеме 194 мл. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 18 день болезни, с улучшением. Рекомендовано продолжить антикоагулянтную терапию ривароксабаном 10 мг 1 раз в день 1 месяц, под контролем коагулограммы; продолжить прием преднизолона в дозе 5 мг (1 таблетка) утром; ацетилцистеин 600 мг в сутки утром внутрь в течение 10 дней.

Ключевые слова: COVID-19, системная склеродермия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Заманова Э.С., Шамсутдинова Н.Г., Абдулганиева Д.И. Системная склеродермия и новая коронавирусная инфекция (COVID-19).
Терапия. 2023; 9(3S): 174-175.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.174-175

ЦИФРОВЫЕ СРЕДСТВА ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЗАМЯТИН К.А., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Каждый второй пациент в возрасте 60 лет и старше с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) не следует рекомендациям врача, 38,9-87,2% пациентов не знакомы с принципами самоконтроля за симптомами заболевания, что существенно затрудняет ведение пациентов на амбулаторном этапе. При этом цифровые технологии стремительно развиваются и набирают популярность во всех сферах жизни, в том числе и медицине.

Цель. Изучить возможности применения современных цифровых средств в повышении приверженности лечению пациентов с ХСН.

Материал и методы. При анализе репрезентативных обзоров были определены основные свойства мобильных приложений для контроля соблюдения медикаментозной терапии:

• необходимость оплаты за пользование, наличие/отсутствие пробных версий;
• язык интерфейса;
• наличие списка лекарств, подсказок при вводе названия;
• профиль приложения относительно нозологии;
• наличие рекламы;
• способ выведения напоминания: push-уведомления, будильники;
• возможность отложить напоминание;
• возможность сохранять данные в облачном хранилище;
• история приема лекарственных препаратов;
• связь с аккаунтом пациента;
• статистика приёма препаратов и анализ приверженности терапии;
• отслеживание фактов приёма лекарств;
• напоминание об истощении запаса лекарств;
• возможность защиты данных паролем.

Критерии включения в исследование:

• наличие русского/английского языка интерфейса;
• отсутствие обязательной регистрации для работы приложения.

По критериям отобрано и проанализировано 45 приложении□.

Результаты. Полноценный русскоязычный интерфейс имеют только 53% приложений. Специализированные приложения для повышения приверженности пациентов лечению с ХСН отсутствуют. Наиболее распространенные функции существующих приложений: отправление push-уведомления (89%) и отметка о приёме лекарства (87%). Большинство (73%) приложении полностью бесплатны, многие (53%) содержат рекламу. Только 38% приложении имеют специфически медицинскую функцию – отслеживание приёма лекарств и анализ приверженности. Функции сохранения истории лекарственной терапии, напоминание об истощении запаса препарата встречаются в единичных качественных медицинских приложениях, которые сочетают сразу несколько из них.
Выводы. В русскоязычном поле доступны приложения, направленные на повышение приверженности пациентов лечению, но качественную локализацию имеют только часть из них. Применение цифровых средств повышения приверженности, доступных для любого человека, в медицинской практике может способствовать улучшению показателей здоровья населения в долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, приверженность лечению, мобильные приложения для контроля соблюдения медикаментозной терапии.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Замятин К.А., Ларина В.Н. Цифровые средства повышения приверженности лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Терапия. 2023; 9(3S): 176-177.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.176-177

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ЗИМИНА Ю.Д., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.

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

Актуальность. Выявлено, что почти в 30% случаев развитие дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) связано с последствиями инфекционного процесса. Предполагается, что постоянная иммунная активация при вирусной инфекции увеличивает риск развития дилатационной кардиомиопатии у пациентов с COVID-19.

Цель. Описание клинического случая ДКМП после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации (амбулаторная карта пациента, история болезни).

Клинический случай. Пациентка А, 69 лет, 17.03.2023 г. поступила в отделение медицинской реабилитации с жалобами на одышку при привычной физической нагрузке, снижение толерантности к физическим нагрузкам, быструю утомляемость. Хронические заболевания, повышение АД, вредные привычки отрицает, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена. Из анамнеза: в феврале 2022 г. перенесла инфекцию COVID-19, осложненную двусторонний пневмонией. С мая 2022 г. отмечает появление вышеуказанных жалоб. Проведены лабораторные и инструментальные исследования. Биохимический анализ крови: холестерин 6 ммоль/л, ТТГ 1,62 мМе/л, Т4 15,4. Остальные показатели в пределах референсных значений. По электрокардиографии (ЭКГ) – синусовый ритм, тахикардия, ЭКГ-признаки гипертрофии левых отделов. Эхокардиография (ЭХО-КГ): левое предсердие (ЛП) 42 мм, левый желудочек (ЛЖ) КДР 59 мм, правый желудочек (ПЖ) 22 мм, зоны гипокинеза переднеперегородночной области, фракция выброса (ФВ 47%). Терапевтом назначен ивабрадин 5 мг 2 раза в сутки, а также дезагрегантная и липидснижающая терапия. Без дополнительных рекомендаций. На фоне проводимой терапии состояние с некоторым ухудшением, в виде усиления одышки. В марте 2023 г. повторно выполнен ряд исследований. ЭХО-КГ: ЛП 43 мм, ПП 36 мм, ЛЖ 66 мм, толщина стенки ЛЖ 1,0 см, выраженная митральная недостаточность, диффузный гипокинез ЛЖ (преимущественно в переднеперегородной области), ФВ 38%, СДЛА 35 мм рт.ст. Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий без признаков атеросклероза. Натрийуретический пептид 552 пг/мл. Пациентка направлена на селективную коронарографию (КАГ) для исключения ишемической болезни сердца. По

результатам КАГ данных за атеросклероз не получено. Согласно диагностическим критериям установлен диагноз дилатационной кардиомиопатии.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы в постковидном периоде.

Ключевые слова: дилатационная кардиомиопатия, COVID-19, постковидный период, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Зимина Ю.Д., Герасименко О.Н. Клинический случай дилатационной кардиомиопатии после перенесенной коронавирусной инфекции.
Терапия. 2023; 9(3S): 178-179.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.178-179

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С САРКОИДОЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

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

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

Введение. В последние годы активно проводятся исследования по изучению и разработке эффективных программ медицинской реабилитации пациентов с интерстициальными заболеваниями легких, в том числе и с саркоидозом. Особое внимание уделяется пациентам, которые перенесли новую коронавирусную инфекцию. COVID-19 оказывает влияние на течение и исходы саркоидоза. Результаты научных работ будут взяты за основу при разработке клинических рекомендаций по медицинской реабилитации пациентов с саркоидозом.

Описание клинического случая. Пациентка А. 58 лет, поступила в отделение медицинской реабилитации с жалобами на постоянный малопродуктивный кашель, преимущественно в утренние часы, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, тревожность. Клинический диагноз: Саркоидоз легких с поражением внутригрудных лимфатических узлов 4 стадии, неактивный, хроническое течение. Реконвалесцент коронавирусной инфекции, осложненной двусторонней пневмонией (ноябрь 2022 г.). В отделении медицинской реабилитации специалистами мультидисциплинарной бригады подобрана индивидуальная программа медицинской реабилитации, которая включала: коррекцию базовой лекарственной терапии (будесонид + формотерол 160 мкг + 4,5 мкг по 2 дозы 2 раза в сутки, тиотропия бромид 18 мкг в сутки.), лечебную физкультуру (дыхательная гимнастика), коррекцию психосоматического состояния (психодиагностика при использовании системы оценки психологического статуса НС-психотест; психологическая терапия), диетотерапию, дыхательную физиотерапию. Продолжительность курса реабилитации составила 14 дней. По результатам лечения отмечается положительная динамика, в виде повышения качества жизни пациента, отсутствия кашля, значительного уменьшения степени одышки, увеличение переносимости физической нагрузки, нормализации психоэмоционального состояния. Это находит подтверждение при объективной оценке на основании реабилитационных шкал: ШРМ 4 балла/ 3 балла, шкала Рэнкин – 3 балла / 2 балла, опросник качества жизни (EQ-5D) – 60 % / 85%, тест с 6-минутной ходьбой –

265 м / 392 м, шкала тревоги и депрессии (HADS) – 8 баллов / 5 баллов, mMRC – 2 балла / 1 балла при поступлении / при выписке соответственно.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует возможность проведения эффективной программы медицинской реабилитации пациенту с саркоидозом лёгких на фоне перенесенной новой коронавирусной инфекции. Это свидетельствует о важности мультидисциплинарного подхода в разработке персонифицированных программ реабилитационного лечения.

Ключевые слова: COVID-19, саркоидоз легких, медицинская реабилитация, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Зимина Ю.Д., Толмачева А.А., Горбунова А.М., Знахаренко Е.А., Герасименко О.Н. Медицинская реабилитация больных с саркоидозом легких после перенесенной коронавирусной инфекции на примере клинического случая.
Терапия. 2023; 9(3S): 180-181.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.180-181

ТРУДНОСТИ ПОДБОРА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ЗИННАТУЛЛИНА А.Р., САЛИМЗЯНОВА А.Р.

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

Введение. Несмотря на широкий выбор антимикробных препаратов, лечение инфекционного эндокардита (ИЭ) является сложной задачей. Основной принцип лечения – это ранняя, массивная и длительная антибактериальная терапия (АБТ) с учетом чувствительности выделенного возбудителя к антибиотикам.

Описание клинического случая. Мужчина 75 лет направлен 02.01.2023 г. в стационар г. Казани с жалобами на повышение температуры до 39 $^{\circ}$С, выраженную одышку смешанного характера. Впервые диагноз «инфекционный эндокардит» выставлен 01.12.2021 г. При поступлении СОЭ 25 мм/ч, лейкоциты 9,3 х 10^9/л, СРБ 36,9 мг/л. ЭХО-КГ: вегетации на МК и электроде ЭКС. При исследовании крови высеян *St. epidermidis*. Получал амоксиклав, максиктам, ципрофлоксацин. Домой АБТ не назначалась. При выписке показатели крови в норме. Далее произведено биопротезирование МК, пластика ТК, удаление ЭК с электродами. В стационаре получал цефтриаксон.

21.09.2022 г. повторная госпитализация с жалобами на фебрильную лихорадку. В крови: СОЭ 37 мм/час, лейкоциты 12,8 х 10^9 /л, СРБ 111,6 мг/л. Получал кларуктам, левофлоксацин. При выписке СРБ 84,6 мг/л, СОЭ 36 мм/час, лейкоциты 8,4 х 10^9/л. АБТ на дом не рекомендовали.

Повторная госпитализация с теми же жалобами 27.10-28.11.2022 г. СОЭ 47 мм/час, лейкоциты 11,6 х 10^9/л. Из крови высеян *St. epidermidis*. АБТ: ванкомицин, линезолид. На дом назначили левофлоксацин 1000 мг/д, амоксиклав 2000 мг/д 14 дней.

После прекращения приема антибиотиков лихорадка до 38 $^{\circ}$С, в связи с чем госпитализирован 26.12.2022 г. Терапия: цефтриаксон, меропенем, ципрофлоксацин. 30.12.2022 г. выписан с рекомендациями: цефексим 400 мг/д, ципрофлоксацин 1000 мг/д месяц. 01.01.2023 г. жалобы возобновились.

В крови: лейкоцитоз 10,3 х 10^9/л, СРБ 216,6 мг/л, прокальцитонин 0,95 нг/мл. Из крови высеян Staphylococcus epidermidis. ЭХОКГ: на створках МК и ТК вегетации. Диагноз: «Подострый инфекционный эндокардит биопротеза МК с рестенозом клапана,

непрерывно-рецедивирующее течение. АБТ: цефтриаксон, имепенем, линезолид, моксифлоксацин. Домой рекомендовано линезолид 1200 мг в день 6 недель.

Вывод. Лечение ИЭ – трудный процесс, требующий назначения АБТ на долгий срок с учетом чувствительности микроорганизмов к препарату.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, антибактериальная терапия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Зиннатуллина А.Р., Салимзянова А.Р. Трудности подбора антибиотикотерапии для лечения инфекционного эндокардита на примере клинического случая.

Терапия. 2023; 9(3S): 182-183.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.182-183

ПОВТОРНЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОБОСТРЕНИЙ

ЗИННАТУЛЛИНА А.Р., ХАМИТОВ Р.Ф.

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

Актуальность. Наиболее значимыми факторами риска обострений ХОБЛ являются предшествующие обострения и тяжесть ограничения воздушного потока. Причинами обострений чаще выступают вирусные и бактериальные инфекции дыхательных путей.

Цель. Оценить особенности инфекционных обострений ХОБЛ у пациентов с повторными госпитализациями.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 423 медицинских карт больных, госпитализированных в терапевтическое отделение городского стационара за 4 года. 276 однократных госпитализаций (1 группа), 147 повторных (2 группа), из которых 38 пациентов – 2 раза за год, 22 – 3 и более раз.

Результаты. Средняя продолжительность заболевания в 1-й группе - 8,5±0,8 лет, во 2-й – 11,3±1,3 года, ($p < 0,05$). Достоверных различий по возрасту и тяжести обструктивных нарушений между изучаемыми группами не было.

Пациенты 1-й и 2-й групп предъявляли жалобы на одышку (97,5% и 98%), кашель (по 89,1%), усиление гнойности мокроты (36,9% и 25,2%) ($p<0,05$), лихорадку (31,5% и 17%) ($p <0,05$).

Высокий уровень СРБ при госпитализации имели 140 (50,7%) пациентов 1-й группы и 53 (36,1%) – 2-й ($p <0,05$). Повышенный уровень лейкоцитов в общем анализе мокроты выявлен у 130 (47,1%) пациентов 1-й группы и у 42 (28,6%) – 2-й ($p <0,05$). При бактериологическом исследовании мокроты в группах были высеяны *Streptococcus pneumoniae* (40% и 38,5%, соответственно), *Klebsiella pneumoniae* (24% и 23%), *Pseudomonas aeruginosa* (12% и 15,4%), однако во 2-й группе частота высева *Streptococcus pneumoniae* увеличивалась в 4 раза от первой ко второй госпитализации.

В обеих группах антибиотикотерапию назначали в 88% и 89,1% случаев: цефтриаксон (56,8% и 63,9%), азитромицин (6,2% и 3,3%), их комбинацию (16,7% и 13,3%), левофлоксацин (4,7% и 3,3%).

Выводы. В группе с нечастыми обострениями в 2 раза чаще отмечались лихорадочные подъемы температуры и усиление гнойности мокроты. У пациентов с однократными

госпитализациями в 1,5 раза чаще отмечалось повышение уровня СРБ и лейкоцитов в мокроте. У пациентов с повторными госпитализациями отмечался рост высева из мокроты *Streptococcus pneumoniae* ко второй госпитализации, в то время как режимы антибиотикотерапии оставались прежними.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, госпитализации, С-реактивный белок, *Streptococcus pneumoniae*.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф. Повторные госпитализации при хронической обструктивной болезни легких: особенности инфекционных обострений. Терапия. 2023; 9(3S): 184-185.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.184-185

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЖИТЕЛЬНИЦ КИРОВСКОГО И ОКТЯБРЬСКОГО РАЙОНОВ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА С ВАРИАНТАМИ НУКЛЕОТИДНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ГЕНОВ TCF7L2, FABP2, FTO

ЗОРИНА В.В., МЕЛЬНИКОВА Е.С., ИВАНОВА А.А., ГУРАЖЕВА А.А., МАКСИМОВ В.Н.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Новосибирск

Актуальность. Проблема ожирения не теряет актуальности в мире. По данным ВОЗ в России□ской□ Федерации на 2019 г. насчитывалось 2,3 млн. людеи□, страдающих ожирением. Наиболее значимои□ формои□ является морбидное ожирение, приводящее к снижению качества жизни граждан.

Цель. Изучение ассоциации вариантов нуклеотиднои□ последовательности (ВНП) rs7903146 гена TCF7L2, rs1799883 гена FABP, rs9939609 гена FTO с морбидным ожирением у женщин, проживающих на территории Кировского и Октябрьского раи□онов города Новосибирска.

Материал и методы. Экспериментальная и контрольная группы отобраны из банка ДНК международного исследования Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe (HAPIEE). В экспериментальную группу вошли 192 женщины (среднии□ возраст 57,0±7,2 лет, ИМТ >40 кг/м^2), в контрольную группу – 450 женщин (среднии□ возраст 55,4±7,4 лет, ИМТ 20,0-24,9 кг/м^2). Выделение ДНК осуществлялось из венознои□ крови методом фенол- хлороформнои□ экстракции. Генотипирование ВНП rs7903146 гена TCF7L2, ВНП rs1799883 гена FABP выполнено методом ПЦР-ПДРФ по оригинальным методикам; ВНП rs9939609 гена FTO - методом ПЦР в режиме реального времени с использованием TaqMan зондов (Applied Biosystems, США).

Результаты. Исследуемые частоты генотипов ВНП rs7903146 гена TCF7L2, rs1799883 гена FABP2, rs9939609 гена FTO соответствуют ожидаемым согласно равновесию Харди-Ваи□нберга (χ^2=1,21; 1,07; 0,03, соответственно). Статистически значимых различии□ между экспериментальнои□ группои□ и группои□ контроля по частотам генотипов rs7903146 гена TCF7L2, rs1799883 гена FABP2 (p>0,05) не выявлено. В

экспериментальнои группе доля носительниц генотипа ТТ ВНП rs9939609 гена FTO статистически значимо меньше (26,6%), а генотипа АТ значимо больше (53,6%), чем в контрольнои группе (38,4%; 45,1%, соответственно), (ОШ 0,58, 95% ДИ 0,4-0,84, p=0,004; ОШ 1,41, 95% ДИ 1,0-1,98, p=0,047, соответственно).

Выводы. Генотипом риска морбидного ожирения у женщин является генотип АТ rs9939609 гена FTO, протективным эффектом в его отношении выступает генотип ТТ. Не выявлено ассоциации ВНП rs7903146 гена TCF7L2 и rs1799883 гена FABP2 с морбидным ожирением у женщин.

Ключевые слова: морбидное ожирение, медицинская генетика, генотип морбидного ожирения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Зорина В.В., Мельникова Е.С., Иванова А.А., Гуражева А.А., Максимов В.Н. Исследование ассоциации морбидного ожирения у жительниц Кировского и Октябрьского районов города Новосибирска с вариантами нуклеотиднои последовательности генов TCF7L2, FABP2, FTO.
Терапия. 2023; 9(3S): 186-187.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.186-187

СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ АСЦИТА

ЗУРИЛИН Е.А., ФАМ Л.В., ШАРОБАРО В.И.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) является ведущей причиной смерти, ассоциированной с заболеваниями печени. Однако влияние личностных особенностей пациентов на течение данной патологии остается малоизученным.

Цель. Оценить влияние личностных особенностей больных ЦП на течение заболевания.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ЦП различной этиологии, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении СОКБ (13 мужчин и 17 женщин, возраст – от 38 до 73 лет, средний – 52,8 лет). Контрольная группа была сформирована из 24 относительно здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по возрасту и полу. Тестирование лиц основной и контрольной групп проводилось по опроснику смысложизненных ориентаций, Леонтьев Д.А., 2006. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Statistica 10. Достоверность различий определялась по критерию Манна-Уитни. Статистическая достоверность присваивалась при значении $p < 0,05$.

Результаты. Больные ЦП, не имеющие асцита, показали заниженные результаты II, III, IV и IV шкал ($p<0,05$) что характеризует их как людей целеустремленных, однако эти планы не имеют реальной опоры в настоящем в силу того, что данные пациенты не удовлетворены текущим положением собственных дел и считают себя неспособными контролировать процессы, происходящие в их жизни.

Пациенты с компенсированным и субкомпенсированным асцитом также имеют в жизни определенные цели, которые подкреплены личным ресурсом на их выполнение в силу относительно высоких значений по шкале «Локус контроля – Я».

Бремя декомпенсированного асцита способствует тому, что данная группа больных утрачивает целеустремленность, присущую больным с другими стадиями асцита и в целом имеет относительно низкие показатели по большинству шкал. При этом, показатель «Локус контроля – Я» не имеет достоверных различий ни с контрольной группой, ни с другими группами по выраженности асцита, следовательно, несмотря на тяжелое состояние, больные верят в собственные силы, что дает шанс на успешность терапии.

Выводы. Больные ЦП с разной степенью выраженности асцита имеют некоторые личностные особенности и смысложизненные ориентации, которые могут влиять на динамику заболевания и успех лечения.

Ключевые слова: цирроз печение, асцит, опросник смысложизненных ориентаций.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Зурилин Е.А., Фам Л.В., Шаробаро В.И. Смысложизненные ориентации у больных циррозом печени с различной степенью выраженности асцита. Терапия. 2023; 9(3S): 188-189.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.188-189

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ИВАНОВА А.Д., ЧУДИНОВ А.Л., ГАЙДУКОВА И.З.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. АНЦА-ассоциированные системные васкулиты (АНЦА-СВ) являются мощным иммуннопосредованным фактором, повреждающим сосудистую стенку. Инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, также ассоциируется с активацией иммунных механизмов и дисфункцией эндотелия.

Цель. Проанализировать встречаемость коронавирусной инфекции (COVID-19) у пациентов с АНЦА-СВ, влияние на течение ревматического заболевания в постковидном периоде.

Материал и методы. В течение 2022 г. под наблюдением в СПб ГБУЗ «КРБ № 25» находились 76 пациентов (ср. возраст 53±16,3 г.) с диагнозом АНЦА-СВ, из них с гранулематозным полиангиитом – 46 пациентов, с микроскопическим полиангиитом – 11, с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом – 19. В ходе работы были оценены клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования, уточнено влияние АНЦА-позитивности на течение COVID-19.

Результаты. Подтвержденная перенесенная новая коронавирусная инфекция отмечалась в 55,3% случаев, дважды переболевшими оказались 3 пациента, трижды – 1 пациент. Наличие вирусной пневмонии (КТ1-КТ4) на фоне SARS-CoV-2 наблюдалось у 31% от общего числа переболевших. Вакцинация против новой ковид-19 проведена у 19,7%. Антитела к МПО и ПР-3 наблюдались у пациентов с перенесенной новой коронавирусной инфекцией, чем без нее (57,1% и 42,9% соответственно; $p<0,05$). После перенесенной инфекции отмечались симптомы, которые не потребовали коррекции лечения АНЦА-СВ, потому были расценены как постковидные проявления. В 35,7% отмечено нарастание астении, 23,8% осложнения со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, 16,7% – развитие артралгий или артритов, 7,2% и 2,4% случаев соответственно – геморрагические высыпания и язвенные дефекты кожи. Частичная аллопеция – 7,2%, снижение зрения – 4,7%. Поражение миокарда, мочевыделительной системы, увеличение внутригрудных лимфатических узлов отмечалось по одному случаю.

Выводы. В наблюдаемой нами когорте 55,3% перенесли COVID-19. Более чем у половины пациентов с АНЦА-СВ в рамках постковидного синдрома наиболее часто

отмечались симптомы поражения верхних и нижних дыхательных путей, ЛОР-органов, другие симптомы, которые имитировали проявления заболевания. Позитивность по АНЦА достоверно чаще отмечалась в когорте пациентов, перенесших ранее новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или у вакцинированных от нее.

Ключевые слова: АНЦА-ассоциированные системные васкулиты, COVID-19, постковидный период.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Иванова А.Д., Чудинов А.Л., Гайдукова И.З. Особенности течения АНЦА-ассоциированных васкулитов при заболевании новой коронавирусной инфекцией. Терапия. 2023; 9(3S): 190-191.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.190-191

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МИНИМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ МОДУЛЯЦИИ ГИПЕРАММОНИЕМИИ

ИВАНОВА К.Н., БАКУЛИН И.Г.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Минимальная печеночная энцефалопатия (МПЭ) не выявляет клинически значимых неврологических и психических отклонений, но характеризуется незаметными нейрокогнитивными изменениями, обнаруживаемыми с помощью нейропсихологических или психометрических тестов.

Цель. Сравнить клинико-лабораторные показатели и оценить качество жизни у пациентов с циррозом печени (ЦП) и МПЭ на фоне или в отсутствии терапией рифаксимином-α.

Материал и методы. В исследование включено 40 пациентов с МПЭ на фоне ЦП различной этиологии. Пациенты были разделены на группы в зависимости от схемы лечения: 1 группа (n=14; 35%) – постоянная терапия рифаксимином-α в дозе 1200 мг/сут, 2 группа (n=12; 30%) – терапия рифаксимином-α в дозе 1200 мг/сут курсами (7 дней каждого месяца), 3 группа (n=14; 35%) – без терапии рифаксимином-α. Спустя 3 месяца наблюдения был проведен анализ клинических (оценка выраженности ПЭ по результатам психометрических тестов) и лабораторных данных (уровень аммиака капиллярной крови), а также оценка качества жизни (опросник SF-36).

Результаты. В 1 группе на фоне постоянной терапии рифаксимином-α у 12 чел. (85,7%) выявлено снижение уровня аммиака в капиллярной крови, у 4 чел. (28,5%) отмечался регресс МПЭ, у 10 пациентов (71,4%) улучшились показатели качества жизни. При этом у 3 чел. (21,4%) отмечалось прогрессирование МПЭ в явную ПЭ, у 3 чел. (21,4%) увеличение уровня аммиака в капиллярной крови. Во 2 группе при курсовом применении рифаксимина-α у 13 чел. (92,8%) выявлено снижение уровня аммиака капиллярной крови, у 2 чел. (14,2%) регресс МПЭ, и у 7 пациентов (50%) отмечалось улучшение качества жизни. В 3 группе у 6 чел. (42,8%) выявлено прогрессирование МПЭ в явную ПЭ, у 7 (50%) повышение уровня аммиака, у 9 чел. (64,2%) отмечалось ухудшение показателей качества жизни.

Выводы. В ходе исследования выявлено, что при терапии рифаксимином-α снижается гипераммониемия и прогрессирование МПЭ в явную ПЭ, а также отмечается улучшение показателей качества жизни. Для более точного анализа и сравнения эффективности

постоянной и курсовой терапии, а также выявления благоприятных и неблагоприятных предикторов течения заболевания необходимы дальнейшие исследования с участием пациентов с ЦП и МПЭ.

Ключевые слова: минимальная печеночная энцефалопатия, цирроз печени, гипераммониемия, рифаксимин-α.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Иванова К.Н., Бакулин И.Г. Улучшение качества жизни у пациентов с минимальной печеночной энцефалопатией и циррозом печени на фоне модуляции гипераммониемии.
Терапия. 2023; 9(3S): 192-193.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.192-193

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

ИВАНОВА Н.Ю., ЯДРОВА Д.Д., РУДЕНКО И.Б.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Актуальность. Медицинские работники более подвержены риску инфицирования COVID-19, поэтому важно разрабатывать эффективные реабилитационные программы, которые позволяют снизить число дней нетрудоспособности и быстрее приступить к своей медицинской деятельности.

Цель. Оценить эффективность санаторно-курортного лечения медицинских работников с постковидным синдромом на базе ООО «Санаторий Варзи-Ятчи» Удмуртской республики в 2021 г.

Материал и методы. Изучено 105 медицинских карт. Коронавирусная инфекция протекала по типу ОРВИ у 26 человек (24,7%), внебольничной пневмонии – 79 (75,3%). Возраст пациентов в среднем составил 54,3±2,5 года. Длительность пребывания в санатории от 10 до 16 дней. Проводилось обследование в соответствии с медико-экономическими стандартами. Также определялась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI. План реабилитации составлялся индивидуально и включал: терренкур и лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, грязелечение, различные виды массажа, физиолечение и бальнеотерапию.

Результаты. Наибольшее количество переболевших работали медсестрами – 43 (41%), врачи – 20 (19%), акушерки – 9 (8,6%) и другие (фельдшера, санитарки, рентгенолаборанты). Среди жалоб основными были астенический 98 (93,3%) и суставной синдромы 51 (48,5%). Также отмечались одышка у 33 (31,4%) и кашель у 24 (22,8%) пациентов. У 91 (86,6%) СКФ была ниже 90 мл/мин/1,73 м^2. Нарушение функции внешнего дыхания наблюдалось у 80 (76,1%) пациентов и сопровождалось снижением ФЖЕЛ от 68% до 80% от должного объёма, сатурации крови кислородом (SpO_2) от 96% до 98%. После прохождения реабилитации у всех пациентов исчезла слабость, уменьшился суставной синдром у 41 человека (в 39,1% случаев). По анализу крови: снизились показатели СОЭ с 19±3,3 до 12±2,6 мм/ч, уменьшилось количество лейкоцитов с 11±3,6 до 6±3,1 х 10□/л, уровень фибриногена снизился с 5±2,1 до 3±1,2 г/л ($p < 0,01$).

СКФ имела тенденцию к увеличению на 15,1% у 23 (21,9%). Отмечено улучшение SpO_2 с 96±0,3% до 98±0,5% (p <0,01), ФЖЕЛ увеличилась с 68±1,2% до 80±1,6% (p <0,01).
Выводы. Средний медицинский персонал более подвержен риску инфицирования. Разработанная реабилитационная программа помогает медработникам быстро восстановиться после перенесенного COVID-19 и приступить к выполнению своих функциональных обязанностей.

Ключевые слова: COVID-19, постковидный синдром, санаторно-курортное лечение, медицинская реабилитация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Иванова Н.Ю., Ядрова Д.Д., Руденко И.Б. Эффективность использования лечебных санаторно-курортных факторов в реабилитационной программе медицинских работников с постковидным синдромом.
Терапия. 2023; 9(3S): 194-195.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.194-195

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

КАЗАРИН Д.Д., ШКЛЯЕВ А.Е., ЧУПИНА М.С.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Актуальность. На сегодняшний день имеется мало информации о клинических особенностях и тяжести течения постковидного синдрома у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Вместе с тем, учитывая патогенез заболевания, данную группу пациентов можно отнести к категории высокого риска.

Цель. Провести сравнительный анализ качества жизни у пациентов с ВЗК в постковидном периоде с имеющимся постковидным синдромом (ПКС) и без него.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 20 пациентов обоего пола с диагнозом ВЗК, перенёсшие COVID-19 не менее чем 12 недель назад. Средний возраст пациентов составил 45,3±2,1 года. Для выявления клинических симптомов, характерных для постковидного синдрома, применялась анкета, используемая в рамках углубленной диспансеризации для лиц, перенесших COVID-19. В соответствии с результатами анкеты пациенты были разделены на две группы по 10 человек. Каждому пациенту была проведена оценка качества жизни специфическим опросником IBDQ-32.

Результаты. При сравнении качества жизни значимые различия наблюдались по шкалам кишечных и системных проявлений. Так, показатель кишечных проявлений у лиц с постковидным синдромом (31,5±2,6 балла) был на 19,1% ниже, чем у больных без постковидного синдрома (38,9±2,2 балла). Разница по шкале оценки системных проявлений у пациентов с постковидным синдромом (17,3±0,8 балла) составила 21,3% в сравнении с пациентами без постковидного синдрома (22,0±1,8 балла). У пациентов не было различий по шкалам общего балла, социальных и эмоциональных проявлений.

Выводы. Сравнение качества жизни больных воспалительными заболеваниями кишечника с имеющимся постковидным синдромом и без него показало более низкие показатели по шкалам кишечных и системных проявлений у первых. Пациенты с ВЗК, перенёсшие инфекцию COVID19, нуждаются в диагностике постковидного синдрома ввиду необходимости индивидуализации терапевтического подхода.

Ключевые слова: COVID-19, воспалительные заболевания кишечника, постковидный синдром.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Казарин Д.Д., Шкляев А.Е., Чупина М.С. Качество жизни у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в постковидном периоде.
Терапия. 2023; 9(3S): 196-197.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.196-197

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСПЛАЗИИ В КОСТНОМ МОЗГЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ЦИТОПЕНИЕЙ

КАЛАШНИКОВА Д.В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Актуальность. Исследование костного мозга у пациентов с ВИЧ-инфекцией уже в течение многих лет вызывает интерес по всему миру. Чаще всего пункции костного мозга выполняются в районах с наибольшим распространением инфекции. В России исследования костного мозга у пациентов с ВИЧ-инфекцией выполняются крайне редко.

Цель. Определение риска развития дисплазии в костном мозге у пациентов с ВИЧ-инфекцией и цитопенией.

Материал и методы. В исследуемую группу вошло 30 пациентов. У пациентов в гемограмме имелась двух- или трехростковая цитопения. Подсчет миелограмм осуществлялся на 500 клеток. Для оценки влияния отдельных факторов на развитие дисплазии рассчитывался показатель отношения шансов – ОШ, представленный в виде ОШ и ДИ 95%. Гипотеза об отсутствии статистически значимого влияния фактора отвергалась при $p>0,05$.

Результаты. Цитологическое исследование костного мозга выполнено 30 пациентам с двух- и трехростковыми цитопениями по данным гемограмм. При оценке клеточности ее снижение установлено у 50%, нормоклеточный костный мозг у 40%, гиперклеточный у 10% пациентов. Эритроцитарный росток угнетен у 63,3% пациентов. У 53,3% не было нарушения клеточности гранулоцитарного ростка. В миелограммах у 53,3% установлено снижение уровня мегакариоцитов. Нарушение гемопоэза было выявлено у 46,7%, при этом дисэритропоэз отмечен у 13,3%, дисгранулоцитопоэз у 10%, омоложение клеток гранулоцитарного ряда выявлено у 6,7%, голоядерные клетки 13,3% ($d=0,039$, $p<0,05$). Для выявления факторов риска развития дисплазии проведен расчет отношения шансов. Первую группу составили 14 пациентов с признаками дисплазии в костном мозге, вторую-контрольную 16 пациентов без нее. Значимыми факторами риска развития дисплазии в ходе проведения анализа явились: гипоклеточность в костном мозге ($\chi^2=7,783$, $p=0,006$, ОШ 2,42; 95% ДИ 0,22-10,78), угнетение эритроидного ($\chi^2=10,222$, $p=0,002$, ОШ 3,28; 95% ДИ 6,84-15,17), мегакариоцитарного ($\chi^2=8,88$, $p=0,009$, ОШ 11,54; 95% ДИ 0,26-22,13) ростков кроветворения по данным миелограмм.

Выводы. При проведении анализа по выявлению факторов риска, установлено, что могут оказывать влияние на развитие миелодисплазии могут: наличие гипоклеточности в костном мозге, а также угнетение эритроидного и мегакариоцитарного ростков по данным миелограмм.

Ключевые слова: дисплазия в костном мозге, ВИЧ-инфекция, цитопения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Калашникова Д.В. Факторы риска развития дисплазии в костном мозге у пациентов с ВИЧ-инфекцией и цитопенией.
Терапия. 2023; 9(3S): 198-199.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.198-199

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

КАХАРОВ И.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка непосредственных клинико-ангиографических результатов стентирования ствола левой коронарной артерии при различных клинических формах ИБС.

Материал и методы. С 2010 по 2020 гг. нами выполнено 318 стентирований ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) у больных различными формами ИБС. В большинстве случаев пациенты были мужского пола 75,2% (239), средний возраст составил 62,5±8,3 лет. У 81,8% отмечалась дислипидемия, в 84,1% – артериальная гипертония, 67% пациентов были курильщиками. Пациенты были разделены на 3 группы: 1) стабильная стенокардия (ССН) 36,2% (115) больных; 2) нестабильная стенокардия (НС) 36,4% (116) больных; 3) острый инфаркт миокарда (ОИМ) 27,4% (87) больных. В 1-й группе у трех больных в анамнезе было выполнено АКШ.

Результаты. В 92,3% случаев выполнялось прямое стентирование ствола ЛКА. При стентирование ствола ЛКА в 100% случае использовали стенты с лекарственным покрытием. Средней диаметр имплантированного стента составил 3,7±0,34 мм при средней его длине 24,3±9,1 мм. Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 98,4% в 1 группе, 95,5% во 2-й группе и 95,1% в 3-й группе. У одного больного (0,3%) 1-й группы развился ИМбпST на фоне окклюзии боковой ветки. В группе больных нестабильной стенокардией ОИМ развился в 3-х случаях (0,94%) и в одном случае (0,3%) острый тромбоз стента с последующей летальностью (0,3%). В 3-й группе повторный ОИМ отмечался в 2-х случаях (0,62%), летальность в 7 случаях (2,2%) на фоне кардиогенного шока.

Выводы. Эндоваскулярную реваскуляризацию при поражениях ствола ЛКА следует проводить согласно принятым рекомендациям, при этом в каждом случае следует рассмотреть возможности альтернативных методов лечения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, поражения ствола левой коронарной артерии, эндоваскулярная реваскуляризация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кахаров И.И. Эндоваскулярные вмешательства при поражениях ствола левой коронарной артерии при ишемической болезни сердца.
Терапия. 2023; 9(3S): 200.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.200

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ХОЛЕСТЕРИН ЛИПОПРОТЕИДОВ НЕВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ МАРКЕРОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА? ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

КАШИРИНА А.П., МУСТАФИНА С.В., СИМОНОВА Г.И.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск

Актуальность. Оценка холестерина липопротеинов невысокой плотности (ХС-неЛВП) с целью коррекции резидуальных сердечно-сосудистых рисков является актуальной. Его высокие популяционные значения могут вносить дополнительный негативный вклад в кардиоваскулярную смертность населения категории высокого риска.

Цель. Изучить средние уровни ХС-неЛВП и распространенность гиперхолестеринемии невысокой плотности (гиперХС-неЛВП) при метаболическом синдроме (МС), сахарном диабете 2-го типа (СД2), артериальной гипертонии (АГ) и других компонентах МС в новосибирской популяции.

Материал и методы. В репрезентативной выборке (9360 чел.) проведено стандартное эпидемиологическое обследование населения 45-69 лет г. Новосибирска (проект HAPIEE). ХС-неЛВП определяли, как разность общего холестерина и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП). ГиперХС-неЛВП диагностирована при значениях ХС-неЛВП ≥3,4 ммоль/л. СД2 – при уровнях глюкозы ≥7,0 ммоль/л (ВОЗ, 1999), МС – по критериям IDF (2005).

Результаты. Средние уровни ХС-неЛВП у лиц обоего пола составили 4,7 ммоль/л и были выше у женщин, чем у мужчин. ГиперХС-неЛВП установлена у 90,6 и 82,3%, соответственно. При СД2, МС и АГ средние значения ХС-неЛВП были выше, чем без них: 5,1; 5,0; 4,6 ммоль/л против 4,4; 4,2; 4,3 – у мужчин и 5,6; 5,3; 5,1 против 4,9; 4,5; 4,7 – у женщин, соответственно ($p < 0,0001$). Аналогичные закономерности получены по распространенности гиперХС-неЛВП. Частоты СД2, МС, абдоминального ожирения (АО), АГ, гипергликемии натощак были выше в 5-м квинтиле распределения ХС-неЛВП, по сравнению с первым ($p < 0,0001$), особенно у женщин. Показатели ХС-неЛВП ≥3,4 ммоль/л против <3,4 ассоциированы с более высокими средними значениями компонентов МС, за исключением ХС ЛВП. Анализ временных трендов констатировал 15% прирост уровней ХС-неЛВП в 2005 г., по сравнению с 1985 г. (проект ВОЗ MONICA).

Выводы. Средние уровни ХС-неЛВП и распространенность гиперХС-неЛВП в новосибирскои выборке 45-69 лет высоки, особенно при СД2, МС, АГ. В пятом квинтиле распределения ХС-неЛВП частота кардиометаболических нарушении выше, чем в первом. Средние значения компонентов МС при ХС-неЛВП ≥3,4 ммоль/л значимо выше рекомендуемых уровнеи. К 2005 г. десятилетнии прирост уровнеи ХС-неЛВП составил 15%.

Ключевые слова: холестерин липопротеидов невысокои плотности, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Каширина А.П., Мустафина С.В., Симонова Г.И. Является ли холестерин липопротеидов невысокои плотности маркером метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа? Популяционное исследование.
Терапия. 2023; 9(3S): 201-202.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.201-202

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

КИМ С.С., САДЫКОВА К.М., ФЕЙСХАНОВА Л.И.

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

Актуальность. Высокий уровень триглицеридов является фактором риска развития ССЗ.

Цель. Определить распространенность гипертриглицеридемии (ГТГ) среди пациентов с дислипидемией и ее влияние на развитие коморбидных состояний.

Материал и методы. Проведен анализ нарушений липидного обмена среди пациентов Центра липидологии: 1233 человека, возраст 41,3±14,3 лет. Для статобработки данных использовали методы описательной статистики, точный критерий Фишера, расчет относительного риска.

Результаты. ГТГ выявлена у 341 (27,7%) пациента: 220 (64,5%) женщин и 121 (35,5%) мужчин. Легкая степень ГТГ – в 42,5%, умеренная – 42,5%, тяжелая – 7,6%, крайне тяжелая – 7,3%. Риск развития ОНМК при ГТГ увеличен в 1,7 раз (ДИ 0,8-3,7). Частота ГТГ в группе пациентов с сохраненной и сниженной функцией щитовидной железы сопоставима: 5,9% против 6,5% ($p>0,05$). У 15,3% пациентов с ГТГ возможной ее причиной явилась неоптимальная компенсация сахарного диабета (гликированный гемоглобин 8,6±1,9). Различия в уровне ГТГ в подгруппах пациентов с гемодинамически значимым атеросклерозом периферических артерий, ИБС, онкопатологией и патологией гепатобилиарной системы статистической достоверности не достигли ($p>0,05$).

Указания на панкреатит в анамнезе отметили лишь 3 пациента с умеренной ГТГ и ни одного – среди лиц с тяжелой и крайне тяжелой. ГТГ является одним из возможных факторов риска развития острого панкреатита.

Среди пациентов с нормальным уровнем ТГ у 64,2% пациентов избыточная масса тела или ожирение, у пациентов с ГТГ – у 86,8%.

При повышенном уровне ТГ значения ХС-ЛПВП и ХС-ЛПНП могут быть ошибочно заниженными, а риски развития сердечно-сосудистых заболеваний недооценены, поэтому наиболее информативной является оценка уровня ХС-неЛПВП. Подобные результаты мы получили и в нашем исследовании.

Выводы. Повышенный уровень ТГ встречается у 27,7% пациентов с выраженными нарушениями липидного обмена. Наиболее распространенные формы ГТГ: легкая и умеренная. Наиболее частые причины ГТГ: избыточная масса тела и ожирение,

неоптимальная компенсация сахарного диабета. Относительный риск развития ОНМК при ГТГ увеличен в 1,7 раз. При концентрации ТГ >4,5 ммоль/л нужно обращать внимание на ХС-неЛПВП для стратификации ССР.

Ключевые слова: дислипидемия, гипертриглицеридемия, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ким С.С., Садыкова К.М., Фейсханова Л.И. Взаимосвязь гипертриглицеридемии с коморбидными состояниями.
Терапия. 2023; 9(3S): 203-204.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.203-204

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

КИРИЛЛОВА Э.Р., МУХАМЕТШИНА Э.И., ХАМЗИНА Ф.Т.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

ФГАУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – частое коморбидное состояние у пациентов с псориатическим артритом. Существуют гендерные различия в картине НАЖБП, при этом мужской пол, вероятно, является фактором риска развития данной патологии.

Цель. Оценить гендерные особенности ультразвуковых характеристик печени у пациентов с псориатическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. В исследование включено 90 пациентов с установленным диагнозом ПсА. Всем больным было выполнено клиническое и биохимическое обследование, рассчитан индекс активности артрита DAPSA, проведено стандартное ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и эластография сдвиговой волны (ЭСВ).

Результаты. Из 90 пациентов мужчин было 38 (42%), женщин 52 (58%). Средний возраст пациентов женского пола составил 46 (39;55) лет, мужского – 40 (34;47) лет, продолжительность псориатического артрита у женщин была 4 (1;11) года, у мужчин – 3 (1;7) года. Данные были сопоставимы.

При УЗИ печени признаки стеатоза были отмечены у 20 (38%) женщин и 12 (32%) мужчин. Различия между группами статистической значимости не достигли.

При ЭСВ печени средний показатель жесткости печени между группами достоверно различался: у мужчин он составил 4,3 (3,4;4,6) кПа, у женщин – 3,7 (3,1;4,2) кПа, при этом значение показателя менее 5,7 кПа, что свидетельствует об отсутствии фиброза, было отмечено у 30 (79%) пациентов мужского пола и 46 (87%) женского пола, различие статистической значимости не достигло. Значение показателя более 15 кПа, ассоциированное с высокой степенью фиброза или цирроза, не было отмечено ни у одного пациента.

Выводы. Жесткость печени, определенная по данным ультразвуковой эластографии, выше у мужчин, при этом у большинства пациентов находится в пределах нормальных значений. Ультразвуковые признаки стеатоза встречаются одинаково часто у пациентов с ПсА мужского и женского пола.

Ключевые слова: псориатический артрит, неалкогольная жировая болезнь печени, ультразвуковое исследование печени, эластография сдвиговой волны.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кириллова Э.Р., Мухаметшина Э.И., Хамзина Ф.Т. Гендерные особенности состояния печени у пациентов с псориатическим артритом по данным ультразвукового исследования.
Терапия. 2023; 9(3S): 205-206.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.205-206

ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА С НОРМОЦИТАРНОЙ АНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

КОВАЛЬЧУК М.С., СТУКЛОВ Н.И., ГУРКИНА А.А., КИСЛЫЙ Н.Д.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Распространенность анемий у лиц мужского пола составляет 2% в развитых странах и 26% в развивающихся от общего количества данной патологии среди населения. При исследовании анемий, в общей популяции, они, в большинстве случаев характеризуются как железодефицитные, и недостаточно изучены у лиц мужского пола.
Цель. Охарактеризовать показатели нормоцитарной анемии с железодефицитными синдромами, оценить эффективность лечения пероральными препаратами железа (ППЖ) у пациентов мужского пола.
Материал и методы. В исследование включили 29 больных мужского пола (5 пациентов среднего, 17 пожилого и 7 старческого возрастов) с гемоглобином ниже 130 г/л, MCV (80-100 фл). Для выявления причины анемии проводили исследования: лабораторные с показателями обмена железа, инструментальные.
Абсолютный дефицит железа (АДЖ) устанавливали при ферритине сыворотки (ФС) (менее 30 мкг/л). Функциональный дефицит железа (ФДЖ) устанавливался при ФС (30-100 мкг/л), Анемию хронической болезни (АХБ) при ФС более 100 мкг/л. Эффективность лечения оценивали через 6 месяцев при восстановлении гемоглобина более 130 г/л на фоне приема ППЖ.
Результаты. Обследовано 29 пациентов с анемией: легкая степень тяжести у 24 пациентов, средняя степень тяжести у 5. Распределение анемий по ФС определено первично у 21 пациента: 10 с АДЖ (47%), 8 с ФДЖ (39%), 3 с АХБ (14%).
Ответ на терапию железом был у 9 пациентов – из выявленных причин анемий, превалировала патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 6 больных.
Не достигнуто восстановление гемоглобина у 20 пациентов. Установить причины анемии удалось у 16 пациентов: Злокачественные новообразования (ЗНО) выявлены у 7 пациентов, патология ЖКТ у 6 пациентов, 3 пациента имели системные заболевания. Наихудший прогноз выявлен у пациентов с ФДЖ и АХБ. Из 11 больных – 3 пациента умерли, 6 пациентов не достигли восстановления гемоглобина.
Выводы. Нормоцитарная анемия легкой степени тяжести встречается у мужчин преимущественно в пожилом и старческом возрасте. Использование ППЖ показало свою

эффективность только у 1/3 больных. При нормоцитарной анемии с ФДЖ или АХБ требуется в первую очередь исключение ЗНО.

Ключевые слова: железодефицитные синдромы, нормоцитарная анемия, препараты железа.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ковальчук М.С., Стуклов Н.И., Гуркина А.А., Кислый Н.Д. Характеристика железодефицитных синдромов у пациентов мужского пола с нормоцитарной анемией в амбулаторной практике врача-терапевта.
Терапия. 2023; 9(3S): 207-208.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.207-208

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА НЕДИФФЕРИНЦИРОВАННЫХ ДИСПЛАЗИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПОПУЛЯЦИИ ПРИДНЕСТРОВЬЯ

КОВБАСЮК Я.И., ТРОИЦКАЯ Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Цель. Изучить частоту и структуру недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и синдрома гипермобильности суставов (ГМС) в популяции Приднестровья.

Материал и методы. Включены амбулаторные пациенты с двумя и более хроническими заболеваниями. Сбор информации осуществлялся при непосредственном обследовании больных, анкетировании и анализе архивных медицинских документов. Диагноз НДСТ устанавливали при вовлечении ≥ 2 систем по критериям М.В. Яковлева, ГМС – при ≥4 баллов по шкале P. Beighton. Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты. Включены 234 пациента (68,4% женщин, медиана возраста 49 лет, 69,6% <60 лет), признаки НДСТ у 53%, ГМС у 9,4%. Структура НДСТ представлена нарушениями ОДА у 58,1%, ЖКТ у 32,5%, органов зрения и кожи/мышц по 20,5%, нервной системы (НС) у 18,4%, сердечно-сосудистой (ССС) у 12,4%, верхних мочевых путей у 3%. Основные проявления: сколиоз у 26,5%, плоскостопие у 25,6%, гиперрастяжимость кожи у 10,7%, пролапс митрального клапана и варикозная болезнь вен нижних конечностей по 5,9%, миопия у 13,7%, «голубые склеры» у 6%, моторно-тонические нарушения кишечника и желчного пузыря у 32,4%. Вовлечение 2 систем отмечалось у 30,6%, 3 – у 33,9%, 4 – у 24,2%, ≥5 – у 11,3%. У 53,6% лиц с НДСТ имелись заболевания суставов и позвоночника с преобладанием остеоартрита (30,6%). НДСТ ассоциировалась с более частыми дорсалгиями ($p < 0,001$). Признаки НДСТ со стороны ОДА сочетались с изменениями органов ЖКТ у 63,1%, органов зрения у 36,0%, кожи/мышц у 31,5%. У женщин достоверно чаще выявлялись признаки НДСТ со стороны кожи/мышц ($p=0,043$) и НС ($p=0,024$); у лиц <60 лет по сравнению с пожилыми чаще выявлены изменения со стороны НС ($p=0,043$) и ССС ($p < 0,001$). У всех респондентов с ГМС выявлялись признаки НДСТ ОДА, у 54,5%-изменения органа зрения. В группе с ГМС по сравнению с группой без ГМС чаще отмечались признаки НДСТ ОДА и органов зрения ($p < 0,001$) и реже ЖКТ ($p=0,014$).

Выводы. НДСТ широко распространена у амбулаторных пациентов в Приднестровье, характеризуется гетерогенностью клинических проявлений с наиболее частым вовлечением ОДА.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, гипермобильность суставов, нарушения опорно-двигательного аппарата.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ковбасюк Я.И., Троицкая Е.А., Кобалава Ж.Д. Частота и структура недифферинцированных дисплазий соединительной ткани в популяции Приднестровья. Терапия. 2023; 9(3S): 209-210.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.209-210

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ВЕРОЯТНЫЙ МАРКЕР ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ

КОЗЛОВА А.Н., АНДРЕЕВА Е.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Диагностирование ортостатических реакций (ОР) при сердечной недостаточности (СН) имеет важное значение, ОР могут быть показателем характерных патофизиологических процессов.

Цель. Оценить прогностическую значимость ОР у пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией СН (ОДСН).

Материал и методы. У пациентов с ОДСН при поступлении и выписке оценивали систолическое, диастолическое АД (САД, ДАД) осциллометрическим методом лежа, на 1й, 3й минутах после вертикализации. Под ортостатической гипотонией (ОГ) понимали снижение САД ≥20 и/или ДАД ≥10 (мм рт.ст.); под ортостатической гипертонией (ОГр) – аналогичное повышение. Исходами через 6 мес. считались: смерть от любой причины, нефатальные инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, госпитализация с СН. $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты. Включено 105 пациентов (60% мужчин, 68,2±1 лет, АГ 88,6%, перенесенный ИМ 42,9%, ФП 65,7%; медиана ФВ 45% (35;54), медиана NTproBNP 1393 (559;2630) пг/мл); ХСНнФВ – 33,3%, ХСНусФВ – 29,5%, ХСНсФВ – 37,1%. При поступлении ОР – 31,4%: ОГ – 21,9%, ОГр – 9,5%. По сравнению с группой без ОР, у пациентов с ОГ был выше балл ШОКС при выписке (5 (3,5; 6,5) vs 3 (2;4), p=0,01), ниже уровень мочевой кислоты (360,7 (323,3;414,5) vs 451,3 (375,4; 557,8) мкмоль/л, p=0,03); у пациентов с ОГр – ниже креатинин при поступлении (92,3±11,8 vs 116,6±34,3 мкмоль/л, p=0,04). У пациентов с ОГ по сравнению с ОГр выявлен более высокий балл ШОКС при выписке (5(3,5; 6,5) vs 2 (2; 6), p=0,04), тенденция к меньшей дистанции 6-минутной ходьбы при поступлении (240 (60; 333) vs 359 (330; 389,5) м, p=0,05), более высокому NTproBNP (1643,5 (833; 2503) vs 507 (121; 1876) пг/мл, p=0,07). Через 6 мес. зарегистрировано 26 исходов: 11 (10,4%) смертей, 15 (14,3%) госпитализаций: при ОГ 13,6 и 31,8%, соответственно; при ОГр 1 госпитализация (9,1%). У пациентов с ОГ при поступлении по сравнению с больными без ОР частота госпитализаций по поводу СН через 6 мес. была выше (40,9% vs 9,7%, p=0,001).

Выводы. ОГ может быть маркером повышенного риска повторной госпитализации с СН в течение 6 месяцев и ассоциирована с худшим клиническим состоянием при поступлении по сравнению с ОГр.

Ключевые слова: острая декомпенсация сердечной недостаточности, ортостатическая гипотония, госпитализации.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Козлова А.Н., Андреева Е.А., Троицкая Е.А., Кобалава Ж.Д. Ортостатическая гипотония у пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией сердечной недостаточности – вероятный маркер повышенного риска повторной госпитализации в течение 6 месяцев.
Терапия. 2023; 9(3S): 211-212.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.211-212

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С DE NOVO ВЫЯВЛЕННЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

КОКОРИНА Ю.А., МАКСУДОВА А.Н., ХАЛФИНА Т.Н., НУРУЛЛИНА Г.И., ХИДИЯТОВА А.Ф., ЛЕВИНА С.М.

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

Описание клинического случая. Пациент Х., 36 лет был госпитализирован в БСМП в г. Набережные Челны с диагнозом: инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST, с зубцом Q, острый заднебазальный, боковой ИМ от 10.08.2022 г. Коронарография, стентирование ОА от 12.08.2022 г.

В ходе обследования у пациента был выявлены отечный синдром (отеки нижних конечностей, двухсторонний гидроторакс. незначительный гидроперикард.); мочевой синдром (протеинурия 6,23 г/сут, гематурия). После стабилизации состояния в связи с обнаружением мочевого синдрома пациент был переведен в отделение нефрологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ. При поступлении пациент жалобы не предъявлял. По результатам обследования был диагносцирован нефротический синдром (НС): суточная протеинурия 5,94 г/сут; общий белок 58,1 г/л, альбумин 23,3 г/л, холестерин – 7,3 ммоль/л. Выставлен диагноз: Хронический гломерулонефрит (ХГН) с НС. ХБП С 1.А 3. СКФ по CKD-EPI 105 мл/мин/1,73м^2.

Начата терапия – пульс-терапия преднизолоном в течение 3 дней с переходом на per os прием в дозе 30 мг в сутки.

Особенности данного клинического случая. У данного молодого пациента, кроме курения, отсутствовали другие факторы риска ИМ в связи с чем возможно предположить, что основной причиной развития ИМ был предшествовавший ХГН с НС. По данным литературы частота тромбоэмболический осложнения, связанных с НС наблюдаются у 35% пациентов, однако развитие артериальных тромбозом наблюдается значительно реже, всего в 1,8-5% случаев.

Трудности диагностики и лечения данного пациента. В данном клиническом примере представлена поздняя диагностика ХГН с НС, что было связано с отсутствием явной клинической картины вплоть до развития осложнений НС. В дальнейшем в связи с необходимостью двойной антиагрегантной терапии было затруднительно проведение нефробиопсии и как следствие выбор начальной патогенетической терапии.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, нефротический синдром, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кокорина Ю.А., Максудова А.Н., Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И., Хидиятова А.Ф., Левина С.М. Случай острого инфаркта миокарда у молодого пациента с de novo выявленным нефротическим синдромом.
Терапия. 2023; 9(3S): 213-214.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.213-214

СИНДРОМ УСТАЛОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19: ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА

КОЛЕСНИКОВ П.Е., ВИЗЕЛЬ А.А.

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

Актуальность. Вирус SARS-CoV-2 вызвал пандемию COVID-19 с более чем 762 201 169 подтвержденными случаями. Однако накапливаются данные о том, что после «острой» фазы инфекции полное выздоровление не наступает. Подобный феномен получил название «долгий COVID» или «постковидный синдром». Одним из ключевых симптомов указанного состояния является синдром усталости. На данный момент мало известно о факторах риска этого синдрома, а данные литературы противоречивы: чаще других с развитием усталости после перенесенного COVID-19 связывают тяжесть течения инфекции, возраст, женский пол.

Цель. Выявить возможные факторов риска формирования синдрома усталости у пациентов с поражением легких, вызванных COVID-19.

Материал и методы. В исследование было включено 86 человек в возрасте от 26 до 84 лет, из них 56 (65,1%) женщины. Все пациенты перенесли госпитализацию по поводу ПЦР-подтвержденной инфекции COVID-19. Усталость оценивалась при помощи опросника FAS (Fatigue assessment scale). Указанная популяция анализировалась по группам, в зависимости от срока включения в исследование (до 4 недель после выписки, на 4-12 неделе и спустя более чем 12 недель).

Результаты. Нам не удалось выявить статистически значимой взаимосвязи синдрома усталости с полом ($p=0,707$) и возрастом ($p=0,708$). В группе пациентов, включённых в исследование в течение месяца после выписки, усталость достоверно реже встречалась у пациентов со штаммом Омикрон ($p=0,020$) и у пациентов, не получавших лечение в условиях ОРИТ ($p=0,039$). У пациентов, включённых в исследование на сроке от 4 до 12 недель после выписки синдром усталости был связан с тяжестью инфекции ($p=0,034$), подобная зависимость была на сроке включения более 12 недель ($p=0,022$).

Вне зависимости от срока включения, пациенты со значимой усталостью реже вакцинировались ($p=0,039$) и чаще страдали сопутствующими заболеваниями ($p=0,013$).

Выводы. Клинически значимая усталость после перенесенной инфекции COVID-19 у пациентов с поражением легких связана с наличием сопутствующих заболеваний и вакцинальным статусом.

Ключевые слова: COVID-19, постковидный синдром, синдром усталости.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Колесников П.Е., Визель А.А. Синдром усталости после перенесенной инфекции COVID-19: портрет пациента.
Терапия. 2023; 9(3S): 215-216.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.215-216

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СТИВЕНА–ДЖОНСОНА И ТЯЖЕЛОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРИЕМЕ АЛЛОПУРИНОЛА

КОЛОСОВА Т.Н., БАЙКОВА О.А.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

Введение. Синдром Стивена-Джонсона – тяжелая форма лекарственной аллергии с поражением кожи и слизистых оболочек. Заболевание имеет непредсказуемое течение и может трансформироваться в более тяжелую форму (синдром Лайелла), в трети случаев заканчивающееся летальным исходом. Около 13% пациентов с синдромом Стивена Джонсона или синдромом Лайелла имеют сочетанное кожное и печеночное поражение.

Описание клинического случая. Пациентка У., 68 лет была госпитализирован в стационар с жалобами на лихорадку, высыпания на коже, язвы на слизистой рта, губах, в промежности, жжение в глазах, светобоязнь. Из анамнеза известно, что в связи с гиперурикемией – 440 мкмоль/л терапевтом поликлиники был назначен аллопуринол, кальций Д3. Спустя 4 недели приема – дебют симптоматики в виде высыпаний на слизистой оболочке рта, коже предплечий, покраснение век, боль в горле. Препараты были отменены. Лечилась супрастином и спреем мирамистин в зев, без эффекта. Патологический процесс стремительно распространился по всему кожному покрову, появились лопающиеся пузыри на слизистой оболочке рта, лихорадка до 38 $^{\circ}$C, светобоязнь.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы субиктеричны, полиморфная геморрагическая сыпь, представленная папулами и единичными буллами, по всему телу, включая ладонно-подошвенные поверхности, половые губы. На слизистых оболочках губ эрозии с геморрагическими корочками, эрозии в полости рта. Склеры иктеричны, инъецированы, конъюнктива век гиперемирована, с гнойным отделяемым. Лабораторно – гипербилирубинемия (80 мкмоль/л, прямой билирубин 51,3 мкмоль/л), цитолиз (АЛТ до 432 ЕД/л, АСТ до 254 ЕД/л), холестаз (щелочная фосфатаза 914 ЕД/л, ГГТП – 670,5 ЕД/л). При УЗИ: киста печени, гепатомегалия (КВР 17 см), диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Диагноз: Острое лекарственное поражение печени тяжелой степени. Синдром Стивена-Джонсона. Некротический кератоконъюнктивит.

На фоне терапии высокими дозами преднизолона, гепатопротективной и инфузионной терапии достигнут регресс кожных высыпаний, снижение печеночных маркеров. После выписки у пациентки произошло отторжение ногтей. Спустя 3 месяца сохраняется холестаз (ГГТП 158 ЕД/л). Вследствие кератоконъюнктивита сформировался выворот века, планируется оперативное лечение.

Особенности данного клинического случая. Клинический случай демонстрирует редкое сочетанное лекарственное поражение, требующее дифференциального диагноза с кожными и инфекционными заболеваниями. Спрогнозировать развитие патологического процесса крайне сложно, пациенты, начинающие приём аллопуринола должны быть проинформированы о риске осложнений и требуют пристального внимания.

Ключевые слова: синдром Стивена–Джонсона, лекарственное поражение печени, аллопуринол.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Колосова Т.Н., Байкова О.А. Случай развития синдрома Стивена–Джонсона и тяжелого лекарственного поражения печени при приеме аллопуринола. Терапия. 2023; 9(3S): 217-218.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.217-218

АССОЦИАЦИЯ АЛЬБУМИНУРИИ С СИСТЕМНЫМ ЗАСТОЕМ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КОНТАРЕВА Н.И., АНДРИАМАНУЭРИ Р.Т., ХРУЛЕВА Ю.В., ЕФРЕМОВЦЕВА М.А., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Альбуминурия часто наблюдается у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) и связана с худшим прогнозом. Ультразвуковые методы оценки застоя при СН превосходят по точности физический осмотр и становятся новым стандартом регистрации застойных явлений. Связь альбуминурии с результатами инструментальной регистрации застоя недостаточно изучена.

Цель. Исследовать взаимосвязи между уровнем альбуминурии и результатами ультразвуковых исследований (УЗИ) легких и нижней полой, портальной, печеночными и почечными венами по протоколу VExUS у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности (ОДСН) при поступлении в стационар.

Материал и методы. В исследование включено 58 пациентов с ОДСН. Критерии исключения: терминальная почечная недостаточность, онкологическое заболевание, острый коронарный синдром. Обследование проводилось в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Всем пациентам проводилось УЗИ легких и вен по протоколу VExUS, определялось отношение альбумин/креатинина (А/Кр) в моче. Было выделено две группы: с А/Кр <30 мг/г и А/Кр >30 мг/г.

Результаты. При поступлении 67% (n=39) больных имели ортопноэ, 69% (n=40) – одышку при нагрузке, 91,4% (n=53) – отеки нижних конечностей, 50% (n=29) – гепатомегалию, 82,8% (n=48) – хрипы в легких. Средний уровень NT-proBNP составлял 2062 (1344;3248) (Me (IQR)) пг/мл. 49 (84%) пациентов имели застой в малом круге по УЗИ легких (среднее число В-линий 34 (25;48)), 86% (n=50) имели застой по VExUS (1 – 32%, 2 – 16%, 3 – 52%). Распространенность альбуминурии – 65,5% (n=38): 92% (n=35/38) – уровень А2, 8% (n=3/38) – А3. Группы не отличались по полу, возрасту, частоте ФВ <40%, сопутствующим заболеваниям, баллам ШОКС, классу NYHA, уровням NT-proBNP и креатинина сыворотки. Различия между группами выявлялись в частоте периферических отеков (100% (n=38/38) против 75% (n=15/20), p=0,003). У пациентов с альбуминурией наблюдалась тенденция к более частому легочному застою (89% (n=34/38)

и 75% (n=15/20), p=0,15 соответственно). Застойные явления по VExUS выявлялись чаще у пациентов с альбуминурией (95% (n=36/38) и 70% (n=14/20), p=0,009 соответственно). **Выводы.** Выявлена ассоциация альбуминурии с венозным застоем, зарегистрированным по протоколу VExUS, для УЗИ легких такая связь не подтверждена.

Ключевые слова: острая декомпенсация сердечной недостаточности, ультразвуковое исследование вен, венозный застой, альбуминурия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Контарева Н.И., Андриаманyэри Р.Т., Хрулева Ю.В., Ефремовцева М.А., Кобалава Ж.Д. Ассоциация альбуминурии с системным застоем по данным ультразвуковых исследований у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности.
Терапия. 2023; 9(3S): 219-220.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.219-220

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ОБ ОСТЕОПОРОЗЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С., АВЕРКИЕВА Ю.В.
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Цель. Оценить уровень и характер информированности об ОП у женщин в постменопаузе.

Материал и методы. Проведено поперечное исследование путем анкетного опроса среди женщин в постменопаузе. В исследовании приняли участие 150 человек. Средний возраст участниц составил 66,8 [57,4; 73,8] лет. Критериями невключения в исследование считали: наличие тяжелых заболеваний, которые могли бы повлиять на качество заполнения анкет, отказ или невозможность пациента участвовать в анкетном опросе.

Для оценки информированности об ОП была разработана анкета, которая включает антропометрические данные, информацию о наследственности, образе жизни, наличию вредных привычек и других факторах риска ОП, а также знания об остеопорозе и его профилактике.

Результаты. Большинство из опрошенных женщин ведут активный образ жизни и занимаются физической активностью минимум 30 минут в день (112 человек – 74,7%). Употребляют молоко и молочные продукты, как источник кальция 88,0% женщин (132 человека), 50% дополнительно принимают препараты кальция (75 человек). Следует отметить, что принимают препараты витамина D всего 36,0% опрошенных (54 человека). Наличие вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя, отметили 26,0% и 12,7% женщин соответственно. Отягощенную наследственность по ОП имеют 24,0% респондентов (36 человек). Уменьшение роста более чем на 3 см, как один из симптомов ОП, отметили 20,7% опрошенных (31 человек). О частых падениях сообщили только 28,0% пациентов (42 человека), в то время как малотравматичные переломы во взрослом возрасте имеет каждая третья женщина (48 человек – 32,0%). В целом, каждая вторая женщина имеет 2 и более фактора риска ОП (52,0% человек). Большинство участниц анкетирования знают, что такое остеопороз (112 человек – 74,7%), однако не имеют представления о факторах риска ОП (120 человек – 80,0%). О роли витамина D в профилактике и лечении ОП осведомлены 42,0% женщин (63 человека).

Выводы. Таким образом, около половины женщин в постменопаузе имеют 2 и более ФР ОП. По результатам анкетирования, выявлен низкий уровень информированности о факторах риска и мерах профилактики ОП.

Ключевые слова: остеопороз, постменопауза, факторы риска остеопороза.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Королева М.В., Летаева М.В., Малышенко О.С., Аверкиева Ю.В. Осведомленность об остеопорозе среди населения.
Терапия. 2023; 9(3S): 221-222.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.221-222

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ УРОВНЯ ST2 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КОРСАКОВА Д.А., СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль

Актуальность. Гендерные различия влияют на частоту развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). Абсолютное число случаев ХСН на 9% выше у мужчин, чем у женщин, уровни диагностических маркеров ХСН также отличаются в зависимости от пола. Для оценки прогноза у пациентов с ХСН исследуются новые маркеры стратификации риска ХСН, в частности, ST2-стимулирующий фактор роста, кодируемый геном 2. Уровень ST2 у пациентов с ХСН в зависимости от пола практически не изучался.

Цель. Изучить уровень ST2 у пациентов с ХСН в зависимости от пола.

Материал и методы. У 102 больных с ХСН, 72 женщин (Ж) и 30 мужчин (М), средний возраст 74±9 года проводили тест 6-минутной ходьбы (Т6М) для оценки функционального класса (ФК) ХСН, оценивали клиническое состояние по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) по В. Ю. Марееву, определяли уровень ST2 набором Presage® ST2 Control Kit. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Statistica 12. Данные представлены в виде M±SD.

Результаты и обсуждение. Уровень ST2 у М был достоверно выше, чем у Ж, значения составили 34,7±29,9 нг/мл против 22,5±16,8 нг/мл, соответственно.

У 24 человек (16Ж и 8М, 23,5%) диагностирован 2 ФК ХСН, у 50 (35Ж и 15М, 49,0%) – 3ФК, у 28 (21Ж и 7М, 27,5%) – 4 ФК. У М с 4ФК уровень ST2 также был достоверно выше – 51,8±32,6 нг/мл против 27,4±22,0 нг/мл, соответственно. Динамика ST2 при нарастании ФК ХСН установлена в подгруппе Ж, достоверные различия выявлены между 2 и 3 ФК, значения составили 14,1±8,8 нг/мл для 2ФК и 23,8±15,0 нг/мл для 3ФК.

2А стадия ХСН установлена у 59 человек (57,8%, 43Ж и 16М), 2Б стадия – у 42 (41,2%, 28Ж и 14М). Уровень ST2 достоверно отличался у М и Ж при 2Б стадии: 40,2 ±31,0 нг/мл против 22,4 ±16,8 нг/мл, соответственно.

Выводы. Пациенты мужского пола имеют достоверно белее высокий уровень ST2, причем гендерные различия уровня ST2 наиболее выражены при более тяжелом течении ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, маркеры стратификации риска хронической сердечной недостаточности, ST2-стимулирующий фактор роста.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Корсакова Д.А., Смирнова М.П., Чижов П.А. Гендерные различия уровня ST2 у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.
Терапия. 2023; 9(3S): 223-224.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.223-224

ПРОБЛЕМЫ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

КОРЧУКОВА В.В., УСАЧЕВА К.Е., ПЛАСТИНИНА С.С., КАЛИННИКОВА Л.А.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Цель. Оценить особенности фармакотерапии у амбулаторных пациентов старшей возрастной группы.

Материал и методы. Проведено анкетирование 75 пациентов старшей возрастной группы (64 женщин и 11 мужчин в возрасте – 72 [60;89] года, из них 24% были «крепкими», 38,7% – «прехрупкими, 37,3% – «хрупкими»), проходивших лечение в амбулаторных условиях. Анкетирование включено сбор анамнеза и оценку фармакотерапии (на основании опросника анамнеза приема лекарств – SHIM). Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 6.1.

Результаты. По результатам анкетирования около 70% пациентов имели 4-5 хронических заболевания и по назначению врача принимали в среднем 5±3 препаратов, при этом около половины опрошенных (42%) на регулярной основе принимали пять и более лекарственных средств. При анализе в подгруппах было выявлено, что «хрупкие» пожилые принимали 5 и более препаратов в 2 раза чаще, чем «крепкие» пациенты» (p=0,0003).

Каждый третий пациент (37,3%) сообщал об отклонениях от назначений врача, что наиболее часто (в 28% случаях) было связано когнитивными нарушениями, отсутствием эффекта или непереносимостью.

Подозрение на непереносимость препаратов высказывались каждым третьим пожилым человеком (29,3%), что особенно часто наблюдалось в группе пациентов со старческой астений (у 42% пациентов данной группы), однако различия в подгруппах не были достоверными (p=0,16). Практически каждый пятый опрошенный (18,6%) признался в том, что некоторые лекарственные средства принимает без назначения врача, статистическая значимость различий в подгруппах была на пограничном уровне (p=0,0653).

Каждый третий пожилой человек (30,6%) регулярно или периодически принимает препараты с недоказанной эффективностью (гомеопатические и растительные лекарственные средства). При этом в группе пациентов со старческой астенией эта

тенденция была более выражена (у 39% опрошенных), что, однако, не имело статистически значимых различий (p=0,4).

Выводы. Особенностями фармакотерапии пациентов старшей возрастной группы в амбулаторных условиях является частое одновременное использование 5 и более лекарственных средств, среди которых нередким является применение препаратов без доказанной эффективности и назначения врача, развитие нежелательных реакций.

Ключевые слова: рациональность фармакотерапии, полипрагмазия, пожилые пациенты.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Корчукова В.В., Усачева К.Е., Пластинина С.С., Калинникова Л.А. Проблемы рациональности фармакотерапии у лиц старшей возрастной группы в амбулаторных условиях.
Терапия. 2023; 9(3S): 225-226.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.225-226

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

КОРЯГИН В.С., МАЛЬЦЕВ А.И., МЕЛЕХОВА О.Б., КОРЯГИНА Н.А.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Актуальность. С каждым днем все больше внимания уделяется раннему выявлению нарушений метаболизма глюкозы в связи с внушительным вкладом предиабета в развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Даже в условиях диспансеризации взрослого населения гликированный гемоглобин включается как скрининг у пациентов, имеющих факторы риска к развитию нарушений толерантности к углеводам. Однако в условиях пандемии количество диспансерных осмотров, профилактических приемов существенно снизилась.

Цель. Определить частоту встречаемости нарушений метаболизма глюкозы у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в период пандемии и сравнить ее с доковидным периодом.

Материал и методы. В одноцентровое ретроспективное исследование на базе ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» (г. Пермь) были включены больные, ранее проходивших лечение по поводу ОКС в 2020 и 2019 гг. Всего за период с 1 октября 2020 г. по 31 декабря 2020 г. в исследование вошли 197 человек, за аналогичный период 2019 г. – 207 человек. Нарушения метаболизма глюкозы определялись двумя путями. Если диагноз «диабет» был установлен до попадания в стационар, такие пациенты автоматически попадали в группу с нарушением углеводного обмена. При обнаружении двух и более повышенных (6,1 ммоль и более) уровней гликемии натощак расценивалось нарушением метаболизма глюкозы.

Результаты. При анализе клинических данных 207 обследованных больных в доковидном периоде ранее диагностированный сахарный диабет имелся у 17 (8%) человек. Предиабет был выявлен у 19 (9%) из 207 больных. В период пандемии у 32 (16%) больных был установлен сахарный диабет еще до попадания в стационар. У 25 (12,6%) человек уровень гликемии дважды был выше, чем 6,1 ммоль/л, что соответствует предиабету. Таким образом, из 207 больных, которые перенесли ОКС до пандемии коронавирусной инфекции, у 36 (17%) больных показатели глюкозы плазмы натощак соответствовали критериям предиабета или сахарного диабета. При этом, в период пандемии коронавирусной инфекции, из 197 человек, проходивших лечение в отделении острого

коронарного синдрома, у 57 (28,9%) присутствовали нарушения метаболизма глюкозы. Необходимо отметить, что средний возраст в обоих группах был сопоставим. Он составил 68,6 (45,3; 90,7) в 2019 г. и 65,9 (28,5;97,3) в 2020 г.

Выводы. Нарушения метаболизма глюкозы в условиях пандемии имели 28,9% больных с ОКС, а в доковидный период предиабет и диабет встречались лишь у 17% человек с острым коронарным синдромом. Безусловно, увеличение числа таких коморбидных пациентов практически в два раза может быть обусловлено снижением использования медицинских услуг, редким обращением за помощью в поликлиники, а также и самим влиянием ковида на пациентов в условиях пандемии.

Ключевые слова: нарушения метаболизма глюкозы, острый коронарный синдром, пандемия COVID-19.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Корягин В.С., Мальцев А.И., Мелехова О.Б., Корягина Н.А. Встречаемость нарушений метаболизма глюкозы у больных с острым коронарным синдромом в период пандемии.
Терапия. 2023; 9(3S): 227-228.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.227-228

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ И МИОКАРДА У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

КОРЯГИН В.С., МЕЛЕХОВА О.Б., КОРЯГИНА Н.А.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Цель. Изучить взаимосвязи между изменениями в содержании эстрадиола и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), процессом структурной перестройки сердечно-сосудистой системы у женщин среднего возраста.

Материал и методы. В зависимости от уровня эстрадиола и ФСГ 64 пациентки с артериальной гипертензией (АГ) были разделены на группы. В 1 группу (гр.) вошли 34 жен. с АГ, 39,1±4,3 лет, имеющих менструальный цикл (МЦ) и эстрогенный дефицит. Во 2 гр. – 30 с АГ, 39,1±2,2 лет, с МЦ и нормальным уровнем эстрадиола и ФСГ. Группа сравнения – 20 женщин, 38,5±4,1 года, с МЦ и нормальным уровнем гормонов без АГ. Выполнялось сканирование общей сонной артерии (ОСА), изучали среднее значение, равное половине суммы систолического и диастолического диаметров, толщину интимы медиа (ТКИМ). Для оценки эластичности ОСА – коэффициент растяжимости (КР) и индекс жесткости (ИЖ). Нами изучалось диастолическое наполнение левого желудочка (ЛЖ): скорость Е, (м/с); скорость А; интеграл Е, (м); интеграл А, (м); общий интеграл, (ед.); интеграл А/Е, (ед.); интеграл Е/общий интеграл, (ед.); интеграл А/общий интеграл, (ед.); время изоволюмического расслабления (ВИР).

Результаты и обсуждение. Наблюдалось расширение среднего диаметра общих сонных артерий, при этом в большей степени у пациенток с АГ и эстрогенным дефицитом. Скорость кровотока в ОСА достоверно ниже в сравнении с контролем среди пациенток клинических групп, преимущественно при гипоэстрогении. КР был выше у 1 гр. в сравнении с контролем и 2 гр. Эластические свойства стенки ОСА снижались: с 41,3±10,8 х $Ю^{-3}$/ кПа у 2 гр. до 36,4±10,8 х $Ю^{-3}$/ кПа p=0,034 у 1 гр. При этом ИЖ оказался выше в сравнение с контролем как у пациенток АГ с эстрогенодефицитом, так и без него. Анализ показателей свидетельствовал о нарушении фазы активной релаксации при артериальной гипертензии независимо от уровня эстрадиола и ФСГ. Имелось значимое снижение в сравнении с контролем скорости Е – от 0,82±0,11 в контрольной группе до 0,68±0,09 у 2 гр. и до 0,66±0,81 у 1 гр., а также интеграла А, значения которого достоверно снижались по сравнению с контролем как у пациенток с нормальным, так и со снижением эстрадиола и повышением ФСГ. Отмечен значимый рост ВИР (от 65,3±4,6 мсек в группе сравнения

до 102,6±7,8 мсек у 2 гр. и 106,2+6,7 мсек 1 гр.). При этом изменения при АГ сопровождались снижением соотношения: интеграл Е/общий интеграл – от 0,64+0,06 в группе контроля до 0,55±0,09 у 2 гр. и до 0,53±0,04 в 1 гр. У лиц с АГ независимо от уровня эстрадиола и ФСГ имеет место нарушение процессов активного расслабления миокарда ЛЖ. Отличались значения ВИР у пациенток со снижением уровня эстрадиола и повышением ФСГ, чем у пациенток с нормальным их содержанием, что говорит о диастолической дисфункции и более выраженном нарушении активной релаксации ЛЖ по варианту ригидного типа диастолической дисфункции (106,2+6,7 и 102,6±7,8 соответственно). Показатель, отражающий эластичность миокарда левого желудочка, величина времени замедления потока Е, который снижался от 178,8±19,2 у здоровых до 147,3±24,0 у 2 гр. и 123,3±12,8 у 1 гр. Имелись аналогичные различия показателя конечно-диастолического напряжения стенки левого желудочка, который отражает напряжение стенки ЛЖ в конце диастолы и свидетельствует о выраженности снижения эластичности миокарда левого желудочка.

Выводы. Дуплексное сканирование общих сонных артерий у женщин с АГ демонстрирует расширение просвета ОСА, снижение скорости кровотока, выраженного на фоне эстрогенного дефицита, что свидетельствует о более значимых изменениях сосудистой стенки в сравнении с пациентами АГ, имеющими нормальный уровень эстрадиола. У женщин при АГ без нарушения гормонального фона диастолическая дисфункция с нарушением фазы расслабления и увеличением жесткости миокарда левых отделов сердца выражена в меньшей степени, чем при гипоэстрогении.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, жесткость сосудов и миокарда, эстрадиол, фолликулостимулирующий гормон.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Корягин В.С., Мелехова О.Б., Корягина Н.А**.** Жесткость сосудов и миокарда у женщин, имеющих артериальную гипертензию.
Терапия. 2023; 9(3S): 229-230.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.229-230

СЛОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕННОЙ ВЫРАБОТКИ АНДРОГЕНОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ И СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА

КУДИНОВА Е.В., СТАВИЦКАЯ Д.П., ВОЛКОВА Н.И., ДАВИДЕНКО И.Ю.

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

Введение. Синдром Клайнфельтера (СК) является хромосомным заболеванием, проявляется гипогонадизмом и требует заместительной терапии тестостероном. При вирильной форме врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКНв) выработка андрогенов, напротив, повышена. Представляем случай сочетания ВДКНв и СК. Ошибки, возникающие на этапе диагностики и лечения этих противоречивых, с точки зрения выработки андрогенов, заболеваний, могут сказываться на качестве жизни пациентов.

Описание клинического случая. Мужчина 43 лет, жалуется на снижение либидо, отсутствие эрекций и увеличение грудных желез. В возрасте 2,8 лет началось оволосение лобка, на основании генетического анализа диагностирована ВДКНв. В возрасте 5 лет обращено внимание на непропорционально длинные ноги, правосторонний крипторхизм, на основании кариотипирования установлен СК. Сложность ситуации не позволила врачам определиться с лечением. Пациент в браке, детей нет. Снижение либидо и эректильную дисфункцию отмечает с 37 лет. В 42 года выявлено образование левого надпочечника 87×74×84 мм, высокий альдостерон и ренин, диагностирована альдостерома, проведена адреналэктомия. Спустя год заподозрен рецидив альдостеромы, выявлена гиперплазия правого надпочечника и повышенный уровень альдостерона. Объективно: нарушение пропорций тела, геноидный тип ожирения, слаборазвитая скелетная мускулатура. Правое яичко не пальпируется, левое яичко плотное, уменьшено, половой член 4 см. АД в норме. Общий тестостерон – 3,3 нмоль/л, свободный тестостерон – 4,3 пмоль/л. УЗИ органов мошонки: уменьшение размеров яичек и придатков, образование правого яичка, подозрительное на tumor.

Альдостерома исключена. Повышенный альдостерон и ренин при нормальном АД, гиперплазию надпочечников следовало интерпретировать как компенсаторную реакцию на дефицит глюкокортикостероидов.

Диагноз: ВДКН, вирильная форма. Викарная гиперплазия правого надпочечника, состояние после адреналэктомии слева.

Синдром Клайнфельтера, первичный гипогонадизм, правосторонний крипторхизм. Новообразование правого яичка. Эректильная дисфункция. Ожирение 1 степени.

Лечение: гидрокортизон 30 мг/сутки, рекомендована биопсия образования яичка и при необходимости проведение оперативного лечения. Через два месяца пациент отмечал улучшение самочувствия на фоне приема гидрокортизона, заместительную терапию препаратами тестостерона не получает.

Выводы. Сочетание двух патологий с разнонаправленностью выработки андрогенов привело к ряду ошибок, повлиявших на качество жизни пациента. Своевременная диагностика, адекватная терапия глюкокортикоидами и тестостероном позволили бы предупредить развитие ожирения, снижение либидо и эректильную дисфункцию.

Ключевые слова: синдром Клайнфельтера, врожденная дисфункция коры надпочечников, андрогены.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кудинова Е.В., Ставицкая Д.П., Волкова Н.И., Давиденко И.Ю. Сложности коррекции нарушенной выработки андрогенов при сочетании у одного пациента врожденной дисфункции коры надпочечников и синдрома Клайнфельтера. Терапия. 2023; 9(3S): 231-232.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.231-232

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА НА ЧАСТОТУ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

КУЗНЕЦОВА К.В.

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

Актуальность. ГБ и СД2 взаимно усугубляют течение друг друга. Сочетание данных нозологий приводит к росту заболеваемости, инвалидизации пациентов вследствие развития осложнений, преждевременной летальности, особенно от сердечно-сосудистой патологии.

Цель. Оценить влияние СД2 на частоту и выраженность факторов риска и сердечно-сосудистые осложнения у больных ГБ.

Материал и методы. Объектом исследования были пациенты с ГБ в сочетании с СД2, соответствующие критериям включения: диагноз ГБ и СД2, верифицированный в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава РФ (2020, 2022 г.). Критериями исключения являлись: СД1, симптоматические АГ, онкологические заболевания, беременность, период лактации и отказ пациента. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности течения ГБ и уровню АД. Статистический анализ проводился с использованием пакетов прикладных программ MS EXCEL и IBM Statistica 12.0. Оценка достоверности различий между исследуемыми группами проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Все полученные различия рассматривались на уровне значимости не ниже $p \leq 0,05$.

Результаты. Из 80 проанализированных историй болезни были отобраны 45 случаев, из них у 24 ГБ сочеталась с СД2 (группа 1) и у 21 была только ГБ (группа 2). Сравнительный анализ показал достоверное преобладание избыточной массы тела и ожирения I-III степени у больных 1 группы ($p=0,018$), тогда как во 2 группе доминировали пациенты с нормальной массой тела. Уровни триглицеридов были достоверно выше ($p=0,027$), а липопротеины высокой плотности ниже в 1 группе. Были получены существенные различия по результатам УЗИ БЦА ($p=0,006$). У больных 1 группы выявлялся гемодинамически значимый и незначимый атеросклероз БЦА, а во 2 группе проходимость БЦА не страдала. Эхокардиографические показатели 1 группы (средние значения КДР, ММЛЖ, ТЗСЛЖ) были достоверно выше, чем во 2 группе, несмотря на относительно

более благоприятные типы суточного профиля АД («диппер» и «нон-диппер» в 1 группе и «найт-пикер» и «овер-диппер» во 2-й, p=0,037).

Выводы. Полученные результаты отражают влияние СД2 при сочетанной патологии, определяют наличие осложнений, долгосрочный прогноз и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кузнецова К.В. Влияние сахарного диабета 2-го типа на частоту и выраженность факторов риска и сердечно-сосудистые осложнения у больных гипертонической болезнью.
Терапия. 2023; 9(3S): 233-234.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.233-234

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

КУЗНЕЦОВА С.О., МАЛЫШЕНКО О.С., КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В.

ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», г. Кемерово

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения объявила коронавирусную инфекцию (COVID-19) пандемией. Последние общемировые исследования показывают, что каждый пятый в мире рискует заболеть COVID-19 в тяжелой форме. Пожилой возраст и наличие коморбидных заболеваний считаются факторами риска неблагоприятного исхода коронавирусной инфекции.

Цель. Оценить клинические особенности течения COVID-19 у пациентов разных возрастных групп.

Материал и методы. Проанализировано 345 историй болезни пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 (128 мужчин и 217 женщин) в возрасте от 24 до 95 лет (средний возраст 65,9±12,5 лет) находившихся на стационарном лечении.

Все больные были разделены на 2 группы с учетом возраста: I группа – 148 пациентов (58 мужчин и 90 женщин) до 65 лет (средний возраст 54,6±8,8 лет), II группа – 197 пациентов (70 мужчин и 127 женщин) старше 65 лет (средний возраст 74,3±7,08 года).

Для постановки диагноза использовали: мазок из носоглотки и ротоглотки с целью выявления РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР, компьютерную томографию (КТ) грудной клетки для выявления полисегментарной пневмонии.

Оценивали длительность догоспитального этапа, объем поражения легочной ткани по КТ органов грудной клетки, наличие коморбидной патологии и исходы COVID-19.

Результаты. Средняя длительность догоспитального этапа в I группе была статистически значимо выше и составила 9,1±3,4 дней, в то время как во II группе 7,4±2,9 дня (p=0,0002). У подавляющего большинства больных в обеих группах (97,1%) была диагностирована двухсторонняя полисегментарная пневмония по результатам КТ грудной клетки. Объем поражения легочной ткани в обеих группах значимо не различался. Так, объем поражения легких от 10 до 25% выявлен у 46,6% (69) пациентов в I группе и у 31,4% (62) во II группе (p=0,028); 25-50% – у 30,4% (45) и 63 (32%) больных (p=0,076); 50-75% – у 13,5% (20) и 22,4% (44) пациентов (p=0,08); более 75% поражения легких определялось – у 9,5% (14) и 14,2% (28)

пациентов в I и II группах соответственно, (p=0,08). При анализе сопутствующей патологии у пациентов в зависимости от возраста, выявлено, что в I группе среднее количество хронических заболеваний составило 3,6 на 1 человека, а во II группе – 5,46. Ведущее место в структуре коморбидной патологии в обеих групп занимали заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь в I группе зарегистрирована у 58,1% (86) пациентов, во II группе – у 87,3% (172), хроническая сердечная недостаточность - у 10,8% (16) и у 45,2% (89), постинфарктый кардиосклероз – у 3,3% (5) и у 14,2% (28), фибрилляция предсердий - у 5,4 (8) и у 16,7% (33) больных соответственно. На втором месте в обеих группах регистрировался сахарный диабет 2 типа: в I группе – у 18,2% (27), во II группе – у 30,0% (59) пациентов. Реже встречались: хроническая ишемия головного мозга – у 5,4% (8) в I группе и у 25,9% (51) больных во II группе, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе – у 2% (3) и у 14,7% (29), анемия – у 10,1% (15) и у 14,2% (28), онкологические заболевания - у 6,1% (9) и у 12,6% (25), ожирение различной степени – у 9,4% (14) и у 10,6% (21), хроническая болезнь почек – у 2% (3) и у 13,2% (26) пациентов соответственно. Несмотря на то, что основным проявлением тяжелого течения COVID-19 является поражение легочной ткани, хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма встречались только в 3% случаев в обеих группах. При анализе сопутствующей патологии у пациентов в зависимости от возраста выявлено, что гипертоническая болезнь (p=0,021), сахарный диабет 2 типа (p=0,004) и острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (p=0,0008), встречаются чаще во II группе. По остальным патологиям статистически значимых различий не выявлено. Анализ исходов COVID-19 показал, что у пациентов старшей возрастной группы летальность была значимо выше и составила 18,2% и 6,7%, соответственно (p=0,0002).

Выводы. Таким образом, различий по объему поражения легочной ткани у больных разных возрастных групп получено не было. У пациентов старшей возрастной группы зарегистрирована более высокая коморбидность, преимущественно по сердечно-сосудистой патологии, и более высокий показатель летальности.

Ключевые слова: COVID-19, пожилой возраст, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кузнецова С.О., Малышенко О.С., Королева М.В., Летаева М.В., Аверкиева Ю.В. Клинические особенности течения COVID-19 у пациентов разных возрастных групп.

Терапия. 2023; 9(3S): 235-236.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.235-236

МИОПАТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

КУНАРБАЕВА А.К.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург

Актуальность. Известно, что при сахарном диабете (СД) возможно поражение скелетной мускулатуры, с развитием диабетической вторичной миопатии, характеризующейся слабостью мышц, снижением мышечной массы и морфологическими изменениями в мышцах.

Цель. Оценить изменение функционального состояния дыхательных мышц у больных сахарным диабетом 2-го типа для выявления вторичной диабетической миопатии.

Материал и методы. В исследование, одобренное Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «ОрГМУ» Минздрава России, были включены 47 больных СД 2-го типа, средний возраст 59,0 (54,5;62,0) лет. В группу сравнения, рандомизированную с основной по возрасту, вошли 40 пациентов без СД. Критерии исключения обусловлены состояниями, влияющими на дыхательные мышцы. Сила дыхательной мускулатуры (ДМ) оценивалась на уровне ротовой полости при максимальном инспираторном давлении (MIP) и максимальном экспираторном давлении (MEP) по стандартной методике, с уровнем референсных значений более 80 см вод. ст. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в программе «Statistica 10.0» с использованием непараметрических методов.

Результаты. Средние значения показателей MIP и MEP в обеих группах были выше 80 см вод. ст., однако у больных СД показатель MIP был на 28,6% ниже, чем у пациентов без нарушений углеводного обмена, что свидетельствовало о сниженной, по сравнению с пациентами без СД, силе инспираторных мышц (ИМ) в 1 группе. У пациентов со стажем СД более 5 лет показатель MIP был не только на 19,8% ниже, чем у больных с длительностью СД менее 5 лет, но и, у 67% больных, ниже должного значения, что свидетельствовало о наличии слабости ИМ при длительности СД более 5 лет. Можно предположить, что это связано с нарушением функции собственно дыхательных мышц из-за происходящих в них метаболических и дегенеративных процессов, с нарушением нервно-мышечной передачи и ухудшением микроциркуляции.

Выводы. При сахарном диабете 2-го типа характерно снижение силы инспираторных мышц. При длительности сахарного диабета 2-го типа более 5 лет у 67% пациентов развивается вторичная диабетическая миопатия инспираторных мышц.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, вторичная диабетическая миопатия, функциональное состояние дыхательных мышц.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кунарбаева А.К. Миопатия дыхательных мышц у больных сахарным диабетом 2-го типа.
Терапия. 2023; 9(3S): 237-238.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.237-238

АНАЛИЗ РКТ ОГК ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

КУПКЕНОВА Л.М.

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

Актуальность. По данным РКТ ОГК через 12 мес. после перенесенного COVID-19 у 13% пациентов сохраняются фиброзоподобные изменения, у 12% пациентов в виде остаточного «матового стекла», у остальных пациентов наблюдалось полное разрешение изменений в паренхиме легких. Остается неясным, насколько обратимы эти изменения и есть ли возможность их дальнейшего прогнозирования.

Цель. Оценить наличие изменений в легких по данным РКТ ОГК через 12 мес. после перенесенного COVID-19 у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), перенесших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2.

Материал и методы. В исследование были включены 36 пациентов с ВЗК и COVID-19, наблюдавшиеся во временных инфекционных госпиталях г. Казани с апреля 2020 г. по февраль 2022 г. Для выявления изменений в легких, характерных для COVID-19, применялась РКТ ОГК, показанием для проведения были признаки ДН (SpO_2 <95%, ЧДД >22). Для сравнительного анализа пациенты, перенесшие COVID-19 с поражением легких, были поделены на 2 группы: 1-я группа – с дыхательной недостаточностью (ДН), 2-я группа без ДН.

Результаты. В исследование было 22 (61,1%) мужчин. Средний возраст – 49,1±15,1 лет. На момент дебюта COVID-19 ремиссия ВЗК наблюдалась у 6 (16,7%) пациентов, обострение у 30 (83,3%).

При анализе данных проведенного РКТ ОГК через 12 мес. после перенесенного COVID-19 было выявлено, что у 8 (26,7%) пациентов с ДН сохранялись изменения в паренхиме легких. При сравнении показателей с данными в острый COVID-19, было показано, что они значительно уменьшились: объем обнаружений (580,3±651,6 против 20,3 [12; 27], p <0,05), количество срезов, на которых обнаружены патологии (226,3±492,4 против 23,5 [18; 26], p <0,05), процентное соотношение положительных срезов к общему количеству срезов (49,5 [42; 55] против 22,4 [12; 35,5], p <0,05), периферийные обнаружения (88,7 [82,2; 98,7] против 13,7 [10; 17], p <0,05).

Выводы. При анализе показателей РКТ ОГК через 12 мес. после перенесенного COVID-19 было выявлено, что только в группе пациентов с перенесенным поражением легких и ДН во время COVID-19 были выявлены изменения.

Ключевые слова: COVID-19, пневмония, воспалительные заболевания кишечника, рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Купкенова Л.М. Анализ РКТ ОГК через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Терапия. 2023; 9(3S): 239-240.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.239-240

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

КУПКЕНОВА Л.М.

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

Актуальность. По некоторым данным известно, что рестриктивные и обструктивные нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) через 12 мес. после перенесенного COVID-19 встречались у 41% пациентов с пневмонией COVID-19. Сравнивая легочную функцию пациентов с дыхательной недостаточностью (ДН) и без нее исследователями не было выявлено значимой разницы в показателях ФВД.

Цель. Выявить рестриктивные и обструктивные нарушения с помощью исследования ФВД у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), перенёсших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2.

Материал и методы. В исследование были включены 26 (72,2%) пациентов с язвенным колитом и 10 (27,8%) пациентов с болезнью Крона и COVID-19, наблюдавшиеся во временных инфекционных госпиталях г. Казани с апреля 2020 г. по февраль 2022 г. Для выявления изменений в легких, характерных для COVID-19, применялась РКТ ОГК, показанием для проведения были признаки ДН (SpO_2 <95%, ЧДД >22). Всем пациентам, на сроке 12 мес. после перенесенного COVID-19, было проведено исследование ФВД. Для сравнительного анализа пациенты, перенесшие COVID-19 с поражением легких, были поделены на 2 группы: 1-я группа – с дыхательной недостаточностью (ДН), 2-я группа без ДН.

Результаты. В исследование было 22 (61,1%) мужчин. Средний возраст – 49,1±15,1 лет. На момент дебюта COVID-19 ремиссия ВЗК наблюдалась у 6 (16,7%) пациентов, обострение у 30 (83,3%).

Через 12 мес. после перенесенного COVID-19 нами была проведена оценка ФВД у пациентов с ВЗК. Было выявлено, что в обеих группах пациентов показатели ОФВ1 (объем форсированного выдоха за 1 сек.) – (100,5 против 92,4, $p>0,05$) и ОФВ1/ФЖЕЛ (форсированная жизненная емкость легких) – (0,9 против 0,9, $p>0,05$) были в пределах нормы, но в обеих группах отмечалась тенденция к снижению показателей ФЖЕЛ, при этом в группе пациентов с ДН нарушения были более выраженными (83,6 против 77,4, $p>0,05$). Количество пациентов со сниженным ФЖЕЛ составило 23 (76,7%).

Выводы. Таким образом, при оценке ФВД через 12 мес. после перенесенного COVID-19 были выявлены незначительные изменения, в группе пациентов с ДН изменения были более выраженными.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, функция внешнего дыхания, постковидный период.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Купкенова Л.М. Оценка функции внешнего дыхания у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в постковидном периоде.
Терапия. 2023; 9(3S): 241-242.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.241-242

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА, В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ ВИРУСОМ SARS-COV-2 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КУПКЕНОВА Л.М.

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

Актуальность. Имеются единичные работы по изучению течения воспалительных заболевания кишечника (ВЗК) в постковидном периоде, они охватывают кратковременный период наблюдения – до 17,5 недель. По результатам этих исследований через 2 мес. после заражения COVID-19 примерно у 3,5-10% пациентов наблюдался рецидив ВЗК вне зависимости от перенесенного COVID-19, а через 17,5 недель у 2,1%.
Цель. Провести сравнительный анализ течения ВЗК в течение 12 мес. после перенесенного COVID-19 у пациентов с ВЗК, перенёсших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2.
Материал и методы. В исследование были включены 26 (72,2%) пациентов с язвенным колитом (ЯК) и 10 (27,8%) пациентов с болезнью Крона (БК), перенесших COVID-19, наблюдавшиеся во временных инфекционных госпиталях г. Казани с апреля 2020 г. по февраль 2022 г. Степень активности БК определяли путем расчета индекса активности БК Беста, ЯК – Truelove-Witts. Для сравнительного анализа пациенты были поделены на 2 группы: 1-я группа – с дыхательной недостаточностью (ДН), 2-я группа без ДН.
Результаты. При оценке активности течения ВЗК в дебюте COVID-19 у пациентов, перенесших COVID-19, было выявлено, что почти все пациенты в обеих группах пациентов были в обострении ЯК и БК, в группе пациентов с ДН количество пациентов с обострением ВЗК было больше (15 из 17 и 15 из 19, $p>0,05$). Количество пациентов с обострением БК и ЯК вне зависимости от наличия ДН сохранялась к 3 и 6 мес., затем к 9 мес. отмечалась тенденция к снижению количества пациентов с обострением, сохраняющаяся до 12 мес. наблюдения. Различий в течении ВЗК в группах в зависимости от наличия ДН не было. К 12 мес. после перенесенного COVID-19 было отмечено снижение на 13,3% пациентов с обострением ВЗК.
Выводы. Таким образом, течение ВЗК на протяжении 12 мес. наблюдения было хуже у пациентов с ДН. Максимальное количество пациентов, находящихся в обострении ВЗК

было отмечено через 3-6 месяцев после перенесенного COVID-19. Тенденция к снижению количества пациентов в ремиссии была отмечена к 9 мес.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, пневмония, постковидный период, дыхательная недостаточность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Купкенова Л.М. Характер течения воспалительных заболеваний кишечника, в постковидном периоде у пациентов, перенесших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2 в зависимости от наличия дыхательной недостаточности. Терапия. 2023; 9(3S): 243-244.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.243-244

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ ВИРУСОМ SARS-COV-2 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КУПКЕНОВА Л.М., ШАМСУТДИНОВА Н.Г.

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

Актуальность. Пандемия COVID-19 затронула десятки миллионов людей по всему миру. На данный момент есть ограниченные данные о влиянии тяжести COVID-19 на развитие постковидного синдрома (ПКС). Известно, что ПКС встречается у 80% пациентов, перенесших COVID-19 с пневмонией.

Цель. Оценить частоту развития ПКС у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), перенёсших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2.

Материал и методы. В исследование были включены 36 пациентов с ВЗК и COVID-19, наблюдавшиеся во временных инфекционных госпиталях г. Казани с апреля 2020 г. по февраль 2022 г. Для выявления изменений в легких применялась РКТ ОГК. Оценка наличия постковидного синдрома проводилась через 3, 6, 9 и 12 мес. после перенесенного COVID-19. Для сравнительного анализа ПКС у пациентов, перенесших COVID-19 с поражением легких, были определены 2 группы: 1-я группа – с дыхательной недостаточностью (ДН), 2-я группа без ДН.

Результаты. В исследование были включены 26 (72,2%) пациентов с язвенным колитом (ЯК) и 10 (27,8%) пациентов с болезнью Крона (БК), из которых: мужчин – 22 (61,1%). Средний возраст – 49,1±15,1 лет. На момент дебюта COVID-19 ремиссия ВЗК наблюдалась у 6 (16,7%) пациентов, обострение у 30 (83,3%).

При проспективном наблюдении 30 пациентов на 3 мес. после перенесённого COVID-19 было выявлено, что у всех пациентов с ДН встречались жалобы, характерные для ПКС, у пациентов без ДН – 90,9%. Наиболее частыми жалобами были боли в груди и/или сердцебиение; одышка, снижение переносимости физической нагрузки. К 6 мес. частота жалоб, характерных для ПКС, сохранялась, у пациентов без ДН увеличилась и достигла 94,7%. Тенденция к снижению частоты жалоб, характерных для ПКС, была отмечена к 9 мес., к 12 мес. тенденция сохранялась.

Выводы. Таким образом, жалобы, характерные для ПКС встречались у 94,1% пациентов с ВЗК с пневмонией, что чаще, при сопоставлении с данными частоты ПКС в популяции

пациентов с пневмонией без ВЗК – 80%. Результаты исследования показали, что жалобы, характерные для ПКС чаще и дольше встречались у пациентов с ДН.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, пневмония, постковидный синдром, дыхательная недостаточность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Купкенова Л.М., Шамсутдинова Н.Г. Частота развития постковидного синдрома у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, перенёсших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2 в зависимости от наличия дыхательной недостаточности.
Терапия. 2023; 9(3S): 245-246.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.245-246

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА

КУТЛУЕВА Ф.А., ПОПОВ А.А.

ГАУЗ СО «Городская больница город Первоуральск», г. Первоуральск,
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Актуальность. Старческая астения (СА) – ключевой гериатрический синдром (ГС), характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Цель. Оценить частоту и тяжесть СА среди пациентов терапевтического участка, и особенности ведения этих пациентов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ документации и проведен опрос врачей терапевтов участковых на базе ГАУЗ СО Городская больница г. Первоуральск поликлиника № 2. Обследованы лица старше 60 лет, на выбранном методом рандомизации терапевтическом участке, данные статистики за 2022 г., комплексной гериатрической оценки с применением индекса Бартела и Лоутона. Исследование одобрено Локальным Этическим комитетом УГМУ.

Результаты. По данным на 01.01.2023 г., численность населения участка составила 2072 чел., из них пациентов 60 лет и старше 579 (28%), 190 женщин и 389 мужчин. Пациентов с СА 72 чел. (3,5%). Преастения выявлена у 25 чел. (1,2%), легкая СА – 16 чел. (0,7%). Умеренная СА – 17 чел. (0,8%), тяжелая СА – 8 чел. (0,3%), очень тяжелая СА – 5 чел. (0,2%), терминальная стадия – 1 чел. (0,05%). Инвалидность имели 150 чел. (7,2%): I группы 6 чел., II группы – 106 чел, III группы – 38 чел., 16 чел – полностью не мобильны Достаточную физическую активность имели только 25 чел. Наряду с СА, выявлялась коморбидная патология: артериальная гипертензия, ИБС, ХСН, перенесенные инфаркт миокарда и инсульт, хроническая обструктивная болезнь легких, остеоартрит. остеопороз, онкологические заболевания.

Выводы. На модели случайно выбранного терапевтического участка территориальной поликлиники показан рост доли лиц старшего возраста в структуре обслуживаемого контингента.

Ключевые слова: старческая астения, индекс Бартела и Лоутона, пожилые пациенты.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кутлуева Ф.А., Попов А.А. Оценка частоты и тяжести старческой астении у пациентов территориального терапевтического участка.
Терапия. 2023; 9(3S): 247-248.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.247-248

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

ЛАГУТИНА С.Н., ЗУЙКОВА А.А., ДОБРЫНИНА И.С., ЕСИНА Е.Ю., ШЕВЦОВА В.И., СКУРАТОВА О.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) занимают ведущее место в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с аутоиммунным типом воспаления. Изменения в составе пристеночной микробиоты могут определять цитоморфологические изменения, определяя новый патогенетический механизм развития.

Цель. Оценка биоразнообразия микробиоты кишечника у пациентов с ВЗК.

Материал и методы. Проведено 16s-РНК секвенирование кишечной микробиоты у 15 пациентов с подтвержденным язвенным колитом (ЯК) и у 3 пациентов с болезнью Крона (у 2 из которых был подтвержден колоректальный рак и у 20 здоровых лиц). Тяжесть приступа определяли по индексу Мейо. Средний возраст обследованных составил 47±2,5 года. У всех обследуемых были проанализированы показатели ОАК, СРБ. Статистическую обработку данных проводили с помощью программ Microsoft Excel, Статистика.

Результаты. Среди больных индекс Мейо был равен 2 баллам (легкая степень тяжести) у 45% (пациенты с ЯК), 4 баллам (средняя степень тяжести) у 33% (5 больных с ЯК, 1 с болезнью Крона), 6 баллов (тяжелая степень тяжести) у 22% (2 больных с ЯК, 2 с болезнью Крона). Среди изученных лабораторных показателей у больных ВЗК отмечено достоверное повышение СРБ – 19,6±1,5 мг/л, лейкоцитов – 11,4±0,68 г/л, нейтрофилов – 74±2,1% по сравнению с группой контроля (0,95±0,06 мг/л, 5,6±0,75 г/л, 48±1,6% соответственно). В результате секвенирования кишечной микробиоты выявлено снижение представителей нормальной кишечной флоры (<0,02%) у больных ВЗК. Снижение рода *Faecalibacterium* – 1,9±0,05%), с одновременным увеличением доли бактерий *Firmicutes*, в том числе увеличение рода *Fusobacterium* (3,1±0,04%), высокая представленность которых может настораживать в отношении воспалительных процессов и развитие онкопатологии. Увеличение показателей среди патогенных бактерий (*Klebsiella* – 3,4±0,1%, *Clostridium* – 3,4±0,62% при контрольном значении 0-0,02%).

Выводы. Выявлено достоверное снижение биоразнообразия микробиоты у больных ВЗК по сравнению с контрольной группой. В то же время изменение патогенного

бактериального кластера, а также значительный дисбаланс у представителей типов *Bacteroidetes* может свидетельствовать о тяжести аутоиммунного воспаления.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, микробиота кишечника, 16s-РНК секвенирование кишечной микробиоты.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Лагутина С.Н., Зуйкова А.А., Добрынина И.С., Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Скуратова О.С. Изучение микробиоты кишечника: новые подходы в диагностике воспалительных заболеваний кишечника.
Терапия. 2023; 9(3S): 249-250.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.249-250

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЛЕБЕДЕВ М.А., ОВЧИННИКОВ Ю.В., ПАЦЕНКО М.Б., ГУЛЯЕВ Н.В.

Филиал ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Москва

Цель. Изучить особенности работы системы гемостаза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на различных стадиях заболевания.

Материал и методы. Обследовано 66 больных: 44 мужчин (67%) и 22 женщин (29%) в возрасте от 56 до 85 лет с диагнозом ХСН на фоне гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и дилатационной кардиомиопатии (ФВ 10-55%) 1-3 стадиями по Василенко-Стражеско, с I-III функциональным классами (ФК) ХСН по классификации NYHA. Контрольную группу составили 15 человек без диагноза ХСН. Всем больным проведено ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости определение уровней NT-proBNP, печеночные пробы, коагулограмма, тромбоэластография (ТЭГ) низкочастотная пьезотромбоэластография (НПТЭГ) цельной крови. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа – больные с ХСН 1-2а стадии – 17 человек (26%); 2-я гр.– больные с ХСН 2б-3 стадии – 49 человек (74%). Для статистического анализа использовалась программа Statistica 10.0.

Результаты. По данным НПТЭГ во 2-й группе у 35 пациентов (71%), гемостатический потенциал характеризовался хронометрической гипокоагуляцией (при анализе кривой НПТЭГ, среднее время свертывания крови Т3 – 10,3 мин., при диапазоне референсных величин от 5,7 до 8,2 мин.), у 28 пациентов (58%) состояние системы гемостаза характеризовалось структурной гипокоагуляцией (снижение максимальной амплитуды (МА) кривой НПТЭГ менее 500 ЕД), у 11 больных (22%) состояние системы гемостаза характеризовалось нормокоагуляцией и у 3 пациентов (6%) отмечалась тенденция к гиперкоагуляции.

В 1-й группе у 10 пациентов (58%) отмечалась тенденция к хронометрической гипокоагуляции (среднее время свертывания крови Т3 – 8,9 мин.), у 7 пациентов (32%) регистрировалась нормокоагуляция.

В контрольной группе показатели НПТЭГ у 13 пациентов (76%) характеризовались как нормокоагуляция, у 4 (24%) пациентов, как тенденция к гиперкоагуляции.

Необходимо отметить, что показатели коагулограммы и ТЭГ во всех группах оставались в пределах референсных значений.

Выводы. Состояние системы гемостаза у пациентов с ХСН характеризуется тенденцией к гипокоагуляции, причем определяется зависимость изменений свертывающей системы от прогрессирования заболевания. Так у пациентов с ХСН 2б-3 стадии по Василенко-Стражеско выраженность гипокоагуляции и частота встречаемости существенно выше, чем у пациентов с ХСН 1-2а стадии, а в группе контроля подобные изменения не наблюдались. Рутинные лабораторные методы, такие как коагулограмма, а также ТЭГ не позволяют достаточно точно оценить состояние системы гемостаза у пациентов с ХСН. Наиболее чувствительным методом исследования системы гемостаза, согласно полученным данным, является НПТЭГ.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, система гемостаза, низкочастотная пьезотромбоэластография.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Лебедев М.А., Овчинников Ю.В., Паценко М.Б., Гуляев Н.В. Изменения системы гемостаза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Терапия. 2023; 9(3S): 251-252.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.251-252

МАРКЕРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЛУНЕВ В.И., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Индекс глобальной функции левого желудочка (ИГФЛЖ) и бендопноэ рассматриваются в роли маркеров декомпенсации сердечной недостаточности (ХСН), а данные об их взаимосвязи ограничены.

Цель. Оценить взаимосвязь ИГФЛЖ и бендопноэ у амбулаторных пациентов в возрасте 60 лет и старше с ХСН.

Материал и методы. Включено 79 амбулаторных пациентов с ХСН II-III ФК: 40 с бендопноэ (60% муж.) в возрасте 74 (68-82) лет (основная группа); 39 без бендопноэ (36% муж.) в возрасте 70 (68-75) лет (группа сравнения). ИГФЛЖ рассчитывался по формуле: *ИГФЛЖ = УОЛЖ / [0,5 × (КДОЛЖ + КСОЛЖ) + (ММЛЖ/1,05)] × 100*. Период наблюдения составил 26 (21-35) месяцев.

Результаты. Пациенты 2-х групп были сопоставимы по всем основным параметрам (p >0,05). ФК ХСН (p <0,001), уровень табакокурения (p=0,029), КСР (p=0,023), ММЛЖ (p=0,004), ТМЖП (p=0,023), были выше в основной группе, а ИГФЛЖ и ФВ ЛЖ в группе сравнения (ИГФЛЖ: 20,5 [16,3-23,5] % против 27,1 [23,1-30,2] %, p <0,001; ФВ ЛЖ: 55 [48-61] % против 61 [54-66] %, p=0,009).

Установлена корреляционная связь бендопноэ с ИГФЛЖ (r=–0,57; p<0,001), ФК ХСН (r=0,39; p<0,001), ФВ ЛЖ (r=–0,30; p=0,008) и ММЛЖ (r=0,33; p=0,003).

Бендопноэ характерно для пациентов с III ФК, низкими значениями ФВ ЛЖ, увеличением ММЛЖ и ИГФЛЖ≤21,5% (площадь под ROC-кривой 0,829±0,046; p<0,001; чувствительность 72,5%, специфичность 84,6%). При ИГФЛЖ ≤21,5% бендопноэ выявлено у 29 из 35 (82,9%), >21,5% – у 11 из 44 (25,0%) пациентов (ОШ 14,50; p <0,05).

Отмечена большая частота госпитализации по причине декомпенсации ХСН и/или ССЗ (ОШ 5,05; p=0,05) среди пациентов с бендопноэ: в основной группе госпитализирован 21 из 40 (52,5%) пациентов, в группе сравнения – 7 из 39 (17,9%).

Установлена корреляционная связь времени появления бендопноэ с ИГФЛЖ (r=0,54, p <0,001). При ИГФЛЖ ≤21,5% время от начала пробы до появления одышки составило 8 (5-10) сек, при ИГФЛЖ >21,5% – 15 (13-18) сек.

Выводы. Бендопноэ выявлено у 51% пациентов, наиболее вероятно при ИГФ ЛЖ ≤21,5% с медианой появления 8 сек и отражает тяжесть клинического состояния и высокую степень ремоделирования миокарда ЛЖ у пациентов старшего возраста с ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, индекс глобальной функции левого желудочка, бендопноэ.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Лунев В.И., Ларина В.Н. Маркеры клинической тяжести амбулаторных пациентов с сердечной недостаточностью.
Терапия. 2023; 9(3S): 253-254.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.253-254

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КУРЕНИЯ И УРОВНЯ ВИТАМИНА D

ЛУЧНИКОВА Т.А., ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В.
ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Благовещенск

Актуальность. Болезни органов дыхания продолжают оставаться одними из самых распространенных заболеваний. Учитывая, что табакокурение вносит серьезный вклад в их развитие, представляет интерес изучение клинического течения респираторных заболеваний у курящих пациенток в гестационном периоде.

Цель. Изучить особенности хронической бронхолегочной патологии у беременных с хронической никотиновой интоксикацией.

Материал и методы. Проанализированы клинические особенности течения болезней органов дыхания у 87 курящих (45 пациенток с бронхиальной астмой (БА) и 42 – с хроническим бронхитом (ХБ) и 38 некурящих пациенток с ХБ во время беременности. Длительность БА была 10,3 лет, ХБ – 9,2 лет. Средний стаж курения у пациенток с БА – 8,9 лет, с ХБ – 9,4 лет.

Результаты. Обострения БА во время беременности отмечались в 32 (71,1%) случаях. При этом, отсутствие контроля БА на протяжении одного триместра было у 17 (53,1%) из них, в 2-х триместрах – у 7 (21,9%), на протяжении 3-х триместров – у 8 (25%), то есть, у 15 (46,9%) беременных были повторные обострения БА в гестационном периоде. Отмечено, что утяжеление симптомов заболевания во время беременности было у пациенток с неаллергической и смешанной среднетяжелой и тяжелой БА, особенно, продолжающих курить в периоде гестации. Обострение ХБ наблюдалось у 40 пациенток (50%), при этом среди курящих – у 32 (76,2%), не курящих – у 8 (21%). Повторные обострения ХБ отмечены у 18 из 40 (45%) случаев, при этом, только у курящих. В целом, среди курящих чаще отмечены обострения БА и ХБ во время беременности, в том числе, и повторные обострения ($p < 0,05$). Средний уровень общего витамина D в крови у пациенток с БА был достоверно ниже – 18,8±3,7 нг/мл, чем в группе сравнения (у здоровых пациенток) – 27,5±0,7 нг/мл.

Выводы. Таким образом, для беременности, БА, ХБ на фоне курения характерно взаимное отягощение. Прослеженная взаимосвязь курения с частотой обострения ХБ, БА и дефицитом витамина D диктует необходимость персонифицированного подхода к ведению этой категории пациенток во время беременности.

Ключевые слова: бронхолегочные заболевания, курение, витамин D.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Лучникова Т.А., Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В. Клинико-функциональные взаимосвязи течения бронхолегочных заболеваний, курения и уровня витамина D.
Терапия. 2023; 9(3S): 255-256.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.255-256

МОДЕЛЬ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА В ПРОЦЕССЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

ЛЯМИНА Н.П.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

Введение. Модели реабилитационной помощи с направленностью к повышению качества медицинских слуг пациентам, все чаще определяются уровнем технологических решений и становятся более востребованными.

Цель. Оценить возможность проведения скрининга нарушений ритма сердца у кардиологических пациентов, в процессе III этапа медицинской реабилитации с использованием мобильных регистраторов ЭКГ.

Материал и методы. В проспективном исследовании с реализацией технологической модели активного скрининга нарушений ритма сердца (НРС) участвовало 119 пациентов, средний возраст 52,3±9,1 лет, включенных в программу кардиореабилитации. Наблюдение за пациентами продолжалось 6 месяцев и включало ЭКГ-телеметрию с использованием мобильных регистраторов ЭКГ – ECG Dongle («Нордавинд-Дубна», Россия) и Кардиокресла со встроенным электрокардиографом (ООО «КардиоКВАРК».

Результаты. По результатам анализа 5352 ЭКГ в процессе медицинской реабилитации кардиологических пациентов было выявлено 1610 НРС, из них синусовых тахикардий 1324 (24%), брадикардий 25 (1,4%), ЖЭС 135 (2%), НЖЭС 33 (2%), фибрилляций предсердий (ФП) 118 (2%), из которых постоянная форма – ФП 52%, пароксизмальная форма – 48%. Кроме того, были зарегистрированы изменения интервалов ЭКГ: укорочение PQ 762 (14%), удлинение PQ 89 (1,7%), расширение QRS 545 (10%), удлинение QTc 387 (7%)**.** При сравнении выявляемости НРС у пациентов, перенесших COVID-19 и не болеющих COVID-19, стандартизированных с учетом возраста получено, что выявление НРС достоверно независимо от наличия COVID-19 (пациенты, перенесшие COVID-19 проходили ЭКГ-скрининг исследование через 1-2 месяца после острой фазы). Анализ результатов исследования показал, что ЭКГ-исследование с использованием мобильных ЭКГ регистраторов охотнее проходили женщины 67,8% (как в группе с COVID-19, так и без COVID-19), чем мужчины – 32,3% ($p<0,05$).

Выявлено, что приверженность скрининг исследованию ЭКГ с использованием мобильных регистраторов ЭКГ у пациентов в возрастных группах различалась:

наибольшую приверженность к проведению ЭКГ скрининг исследования имели пациенты возрастной категории 61-70 лет.

Выводы. Технологическая модель скрининга НРС с использованием мобильных регистраторов ЭКГ позволяет проводить выявление НРС, аномали ЭКГ и может быть применена в амбулаторных условиях с целью активного скрининга НРС в процессе кардиореабилитации.

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, электрокардиография, медицинская реабилитация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Лямина Н.П. Модель скрининга нарушений ритма сердца в процессе кардиореабилитации.
Терапия. 2023; 9(3S): 257-258.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.257-258

АДАПТАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА ПО ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РИСКА ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА В БЛИЖАЙШИЕ 4 ГОДА

МАКСИМОВА О.В., МАКЕЕВА О.А., ВОЛОНЦЕВИЧ И.А., ГАЙДУКОВА И.З.
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день существует несколько моделей раннего выявления остеоартрита. В 2021 г. в Китае разработана модель по прогнозированию риска симптоматического остеоартрита в ближайшие 4 года, которая включает следующие потенциальные риски: возраст, пол, окружность талии, проживание в городе, подвижность, перелом бедра, депрессия, коморбидность, общее состояние здоровья, физическая активность. Данная модель представляет собой опросник, состоящий из 10 вопросов и имеющий бальную систему оценки. Суммарные баллы в этом опроснике варьируются от 0 (наименьший риск) до 51 (наибольший риск), а также определено оптимальное пороговое значение, при котором у пациентов с показателем ≥20,5 наиболее вероятно развитие остеоартрита коленного сустава через 4 года.

Цель. Перевод и русскоязычная адаптация вопросника по оценке 4-летнего риска развития симптоматического остеоартрита коленного сустава.

Материал и методы. Применена пятиступенчатая система адаптации с прямым и обратным переводом опросника оценки 4-летнего риска развития симптоматического остеоартрита коленного сустава с английского на русский язык и синтезом переводов.

Результаты. Выполнен перевод модели оценки риска для прогнозирования случаев симптоматического остеоартрита коленного сустава с английского на русский язык двумя оценщиками на каждом этапе (суммарно участвовало 6 человек). Адаптация перевода реализована в пять этапов: этап прямого перевода; этап синтеза переводов и формирования русскоязычной версии; этап обратного перевода с русского на английский язык; этап сравнения исходного англоязычного опросника с результатом обратного перевода и формирование окончательной русскоязычной версии. Полученный опросник предоставлен 85 тестируемым без клиники остеоартрита. Среднее время заполнения составило – 1,44 минуты. Опросник оценен тестируемыми по 10-балльной шкале удобства заполнения в 7 баллов. В связи с полученными данными опросник можно считать адаптированным в русскоязычном варианте. Полученный опросник требует дальнейшей валидации.

Выводы. Выполнена русскоязычная адаптация опросника Модель оценки 4-летнего риска появления симптоматического остеоартрита коленного сустава.

Ключевые слова: остеоартрит, опросник по прогнозированию риска появления симптоматического остеоартрита коленного сустава, русскоязычная адаптация иностранных опросников.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Максимова О.В., Макеева О.А., Волонцевич И.А., Гайдукова И.З. Адаптация русскоязычной версии опросника по прогнозированию риска появления симптоматического остеоартрита коленного сустава в ближайшие 4 года.
Терапия. 2023; 9(3S): 259-260.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.259-260

РОЛЬ МОНОЦИТОВ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (18–21 ГОДА)

МАЛЬЦЕВА И.В., КОТОВЩИКОВА Е.Ф., СЕЛЕЗНЕВА А.А.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул

Актуальность. Для восстановления поврежденной нервной ткани необходима активация моноцитов/макрофагов и микроглии, которые удаляют клеточный детрит и осуществляют регуляцию нейрорегенеративных процессов. Нарушение функций мононуклеаров способствует возникновению и развитию нейровоспалительных и нейродегенеративных заболеваний. Выделяют две субпопуляции моноцитов: противовоспалительную и провоспалительную, участвующую в иммунном воспалении, при заболеваниях ЦНС. Нарушения клеточного иммунитета часто встречаются у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Цель. Изучение роли моноцитов и провоспалительных цитокинов (IL-l, IL-6, TNF-α) в развитии психовегетативных расстройств при НДСТ у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 175 студентов в возрасте 18-21 года. НДСТ устанавливали по таблице Т. И. Кадуриной. Проведены нейропсихологическое обследование, общеклиническое исследование крови, определяли IL-1, IL-6, TNF-α, маркёры нейродегенерации (нейронспецифическая енолаза - NSE) и церебральной ишемии (антитела к NR2).

Результаты. Абсолютный моноцитоз выявлен у 13, относительный – у 59 человек, сопровождался меньшей выраженностью синдрома вегетативной дисфункции (СВД), интернет-зависимости, индекса влияния головной боли на повседневную жизнь. Снижение провоспалительных цитокинов при моноцитозе свидетельствует об увеличении противовоспалительной субпопуляции с нейропротективной активностью, что подтверждается уменьшением NSE (между NSE и моноцитами r=–0,33; TNF-α - r=0,31; IL-1 r=0,5; IL-6 r=0,55). НДСТ сопряжено с большим числом баллов СВД, астении, депрессии, индекса головной боли, интернет-зависимости. При выраженной дисплазии снижено число моноцитов и повышено содержание цитокинов, что свидетельствует об изменении соотношения моноцитов в пользу провоспалительных (между моноцитами и НДСТ r=–0,25). Антитела к NR2 повышены у 71% студентов. При увеличении биомаркера

абсолютное количество моноцитов ниже, концентрация провоспалительных медиаторов не отличается, что говорит о снижении числа противовоспалительных моноцитов и отсутствии роста провоспалительных. При абсолютном моноцитозе число студентов с нормальным уровнем антител меньше (r=–0,32).

Выводы. При отсутствии острых и обострения хронических заболеваний в периферической крови преобладают моноциты с противовоспалительными протективными в отношении ЦНС свойствами. При выраженной НДСТ происходит снижение числа моноцитов и перераспределение в сторону провоспалительной субпопуляции. Коррекция диспластического процесса важна для профилактики неврологических и непсихотических психических расстройств у лиц молодого возраста.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, психовегетативные расстройства, моноциты, цитокины.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мальцева И.В., Котовщикова Е.Ф., Селезнева А.А. Психовегетативных расстройств при недифференцированной дисплазии соединительной ткани у лиц молодого возраста (18–21 года).
Терапия. 2023; 9(3S): 261-262.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.261-262

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА

МАНТО В.С., СВИСТУН О.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Актуальность. Ожирение и избыточная масса тела являются ключевыми факторами развития и прогрессирования артериальной гипертензии (АГ). Взаимоотягощающее влияние этих заболеваний актуализирует проблему контроля вегетативного гомеостаза с использованием методики вариабельности ритма сердца (ВРС).

Цель. Изучить особенности параметров ВРС, ассоциированные с артериальной гипертензией, у пациентов в зависимости от композитного состава тела человека.

Материал и методы. В исследование были включены 94 пациента с АГ. Контрольная группа состояла из 10 человек. Проводились антропометрия, определение индекса массы тела, биоимпедансометрия, плечевая тонометрия, исследование ВРС.

Результаты. В результате исследования параметров ВРС у лиц контрольной группы с больными АГ и повышенным ИМТ – выявили статистически значимые увеличенные показатели SDNN, RMSSD, pNN(50), ВП, но низкий ИН. У пациентов с повышенным ИМТ по сравнению с нормальным ИМТ было выявлено статистически значимое большее значение LF/HF.

У пациентов с АГ, промежуточным и высоким уровнями ВЖ в отличие от контрольной группы выявили достоверно более низкие значения SDNN, RMSSD, pNN(50), ВП, но высокий ИН. При сравнении параметров ВРС со значениями ВЖ выявили прямую корреляцию ВЖ с ИН (p=0,012), положительную корреляционную связь с величиной LF/HF (p=0,027) и AMo (p=0,007), но отрицательную корреляцию ВЖ с SDNN (p=0,223). Обратная корреляция ВЖ с ВП (p=0,028) и TI (p=0,023) указывала на снижение парасимпатического тонуса ВНС.

Выводы. Наличие промежуточного и высокого уровней ВЖ характеризовалось более выраженным вовлечением центрального контура и напряженностью регуляции ритма сердца, меньшей общей ВРС и низкой парасимпатической активностью ВНС. На симпатическую активацию ВНС указывали прямые корреляции показателей ВЖ с LF/HF и AMo, на активацию центрального контура регуляции ритма сердца – положительная

корреляция величины ВЖ с ИН. Понижение парасимпатической активности подтверждала отрицательная корреляционная связь ВЖ с SDNN, ВП с TI, а также ТЖ с Tinn.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, вариабельность ритма сердца, композитный состав тела.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Манто В.С., Свистун О.В. Особенности вариабельности ритма сердца у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от композитного состава тела. Терапия. 2023; 9(3S): 263-264.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.263-264

НЕСТАНДАРТНЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ЛИХОРАДКОЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ОТ ПЕРВИЧНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ДО ПЕРЕВОДА В МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ 3-ГО УРОВНЯ

МАРКУС Э.А., ИСАЕВА А.В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Описание клинического случая. Женщина, 31 года. С января по февраль 2023 г. проходила амбулаторное лечение с ОРВИ, стойким субфебрилитетом, уртикарной сыпью, артралгией. Консультирована дерматологом и инфекционистом, заключение: токсико-аллергический дерматит, исключить паразитарную инвазию.

В марте 2023 г. госпитализирована в терапевтическое отделение с ЛНГ.

Жалобы: лихорадка (38-39 °С) по вечерам, с мелкоточечной сыпью, разрешающейся при снижении температуры, артралгия, ночные профузные поты.

В 2018 г. госпитализация с диагнозом «иерсиниоз, смешанная форма». Возбудитель не обнаружен. Ведущей жалобой являлась лихорадка. Выписана с выздоровлением.

Объективно: кожа и слизистые чистые, бледноватые, подмышечные, паховые, поднижнечелюстные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Остальные периферические лимфоузлы не пальпируются, живот мягкий безболезненный, отеков нет.

Обследование: значительное повышение С-реактивного белка и СОЭ, умеренный лейкоцитоз. УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, эзофагогастроскопия, фиброколоноскопия, рентген грудной клетки – норма. ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицательно, моча стерильна, кровь на стерильность двукратно – стерильна. Кал на яйца гельминтов трехкратно – отрицательно, антитела к большинству паразитов – не обнаружены, паразитарная теория ЛНГ не подтверждена.

Антистрептолизин-О, ревматоидный фактор, антитела к двухцепочечной ДНК – отрицательно, отсутствие отека, гипертермии, скованности суставов – ревматологическая теория ЛНГ не подтверждена.

На фоне эмпирической терапии цефтриаксоном: нормализация уровня лейкоцитов, СОЭ, С-реактивного белка и температуры тела. Рецидив лихорадочного синдрома на 4 сутки после улучшения.

29.03.2023 г. КТ органов брюшной и грудной полостей: умеренная лимфаденопатия лимфоузлов грудной полости, обширная лимфаденопатия лимфоузлов брюшной полости.

Через двое суток после КТ у пациентки увеличиваются шейные лимфоузлы. Проводится их трепанобиопсия: неходжкинская лимфобластная лимфома. Направлена на лечение в отделении онкогематологии.

Особенности данного клинического случая: отсутствие изменений количества форменных элементов крови («красных флагов»), отсутствие физикальной патологии периферических лимфоузлов большую часть времени диагностического поиска.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. «Воспалительный» характер анализов крови и положительная динамика на фоне эмпирической антибактериальной терапии уводили клиническую мысль в сторону инфекционной гипотезы, оказавшейся несостоятельной.

Ключевые слова: лихорадка неясного генеза, неходжкинская лимфобластная лимфома, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Маркус Э.А., Исаева А.В. Нестандартный алгоритм диагностического поиска у пациентки молодого возраста с лихорадкой неясного генеза от первичного амбулаторного звена до перевода в медицинское учреждение 3-го уровня.
Терапия. 2023; 9(3S): 265-266.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.265-266

СЛУЧАИ АТИПИЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ И ОСТЕОПОРОЗОМ НА ФОНЕ ОДНОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ИНТЕРЛЕЙКИНА 17 И ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ

МАРУСИНА А.А., ГАЙДУКОВА И.З.

СПБ ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», г. Санкт-Петербург

Описание клинического случая. Пациент 60 лет с установленным диагнозом: Псориатический артрит, смешанный вариант, HLA-B27-неассоциированный, остеит правой большеберцовой кости области коленных суставов с формированием деструкции по типу аваскулярного некроза медиальных мыщелков с отрывом крестообразной связки. В анамнезе длительный прием ГКС (от 7,5 мг до 30 мг максимально). С 12.2021 г. получал терапию иксекизумабом 80 мг/месяц, затем, в связи с неэффективностью, с 08.2022 г. смена терапии на нетакимаб 120 мг 1 раз в две недели. По поводу стероидного остеопороза получал терапию бифосфанатами в виде инфузий золендроновой кислоты. 07.2022 г. на фоне полного благополучия формирование множественных патологических атипических переломов костей плюсны обеих стоп.

Пациент 53 лет с установленным диагнозом: Псориатический спондилоартрит, ассоциированный с HLA-B27, состояние после ТЭП левого коленного сустава от 03.02.2021 г., правого тазобедренного сустава 09.08.2022 г. В анамнезе длительный прием ГКС, с 2016 г. инициирована терапия этанерцептом в дозе 50 мг/неделю, с 08.2020 г. смена терапии на тофацитиниб 10 мг/сутки, с 10.2020 г. смена терапии на нетакимаб 60 мг 1 раз в две недели, с последующей эскалацией дозы до 120 мг. В 2021 г. по результатам денситометрии, учитывая множественные компрессионные переломы в анамнезе, очередной перелом Th IX от 26.02.2021 г. травматического генеза, диагностирован смешенный тяжелый остеопороз, инициирована терапия бифосфанатами в виде инфузий золендроновой кислоты. 12.2022 г. формирование патологического перелома восьмого ребра со смещением.

Особенности данного клинического случая. На фоне одновременной терапии ингибиторами интерлейкина-17 и золедроновой кислоты у пациентов со спондилоартритическим вариантом Псориатического артрита зарегистрированы случаи атипичных переломов на фоне положительной динамики показателей МПК по денситометрии, нормальных показателей костной резорбции. Однако, замечен низкий уровень щелочной фосфатазы до начала и во время терапии бифосфанатами.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. В первом случае множественные переломы расценены как неэффективность проводимой антирезорбтивной терапии, с 08.2022 г. произведена смена терапии на терипаратид. Отмечено замедление консолидации переломов на терапии ингибиторами ИЛ-17, что в случае второго пациента потребовало уменьшения дозы нетакимаба, несмотря на сохраняющуюся активность основного заболевания.

Ключевые слова: псориатический спондилоартрит, остеопороз, атипичные переломы, ингибиторы интерлейкина 17, золедроновая кислота.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Марусина А.А., Гайдукова И.З. Случаи атипичных переломов у пациентов с псориатическим спондилоартритом и остеопорозом на фоне одновременной терапии ингибиторами интерлейкина 17 и золедроновой кислотой.
Терапия. 2023; 9(3S): 267-268.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.267-268

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГИЙЕНА–БАРРЕ

МАСТЕРОВА М.М., ТРУХАНОВА М.А., ПОТАПЕНКО А.В., РЫБАКОВА Г.В., ПЕТЕРС Т.В., ПАВЛИКОВА Е.П., МАЛАХОВ П.С.

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Описание клинического случая. Пациент 52 лет, без хронических заболеваний, во время отдыха на Сейшельских островах отметил повышение температуры до 39 °С, принимал левофлоксацин, через 6 дней температура тела нормализовалась. Через неделю от начала заболевания появились парестезии в ногах. Спустя две недели, в связи с нарастанием очаговой неврологической симптоматики, госпитализирован в МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова. Наблюдался вялый тетрапарез со снижением мышечной силы до 4 баллов в верхних конечностях (ВК), до 0 баллов нижних конечностях (НК) с выпадением глубоких сухожильных рефлексов, двухсторонним грубым прозопарезом IV балла справа и V баллов слева, нарушение речи, выраженный нейропатический болевой синдром в НК (до 9-10 баллов по ВАШ), требовавший введения трамадола. По данным электронейромиографии выявлен генерализованный первичный демиелинизирующий сенсомоторный паттерн поражения нервных окончаний. Исследование ликвора: отсутствие воспалительных изменений, повышение белка до 2,8 г/л (норма до 0,05 г/л); вирусы герпеса 1 и 2 типа, Эпшейн-Барр, цитомегаловирус – отрицательно. Установлен диагноз: острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (синдром Гийена-Барре), стадия прогрессирования.

Течение заболевания осложнилось тромбозом суральных вен левой НК, правосторонней нижнедолевой пневмония. Начата антикоагулянтная терапия (апиксабан 5 мг 2 раза/сутки), антибактериальная терапия (цефепим+сульбактам 1+1 г в/в кап.). Проведено 8 сеансов каскадной плазмофильтрации (КПФ) с введением 25% раствора альбумина 200 мл с использованием инфузионного аппарата «Spectra optia» и сепаратора компонентов плазмы мембранного типа «Cascadelfo EC, EC-20W», произведена инфузия внутривенного иммуноглобулина человека (ВВИГ) в суммарной дозе 2 г/кг.

В течение недели после проведенной терапии зафиксировано нарастание мышечной силы в НК с 1 до 3 баллов, ВК – с 4 до 5 баллов, лицевой мускулатуры до II баллов. По электронейромиографии зафиксировано появление ответов двигательных волокон нервов

НК. Отмечено полное восстановление в течение двух месяцев после выписки из стационара.

Пациент с СГБ требует тщательного наблюдения и комплексного мультидисциплинарного подхода, в связи с возможными тяжелыми соматическими осложнениями.

Выводы. Общепринятыми методами лечения СГБ являются введение ВВИГ и высокообъёмный плазмообмен. Технология КПФ может иметь выраженные преимущества, обеспечивая высокообъемный обмен плазмы с минимальной потерей общего белка, что не требует трансфузии свежезамороженной плазмы. Продемонстрирована эффективность применения терапии КПФ и ВВИГ для лечения СГБ в острой фазе.

Ключевые слова: синдром Гийена–Барре, орфанные заболевания, каскадная плазмофильтрация, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мастерова М.М., Труханова М.А., Потапенко А.В., Рыбакова Г.В., Петерс Т.В., Павликова Е.П., Малахов П.С. Клинический случай синдрома Гийена–Барре. Терапия. 2023; 9(3S): 269-270.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.269-270

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПОЛИАНГИИТА

МАСТЕРОВА М.М., ГИНОЯН Г.А., ГЕОРГИНОВА О.А.

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Медицинский научно-образовательный центр ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Описание клинического случая. Пациентка, 68 лет, с грубым тетрапарезом, утратой функции ходьбы поступила в отделение неврологии МНОЦ МГУ с диагнозом хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия. Из анамнеза месяц назад перенесла ТЭЛА, тромбоз вен нижних конечностей (НК). При обследовании: ЭНМГ – сенсомоторный аксональный паттерн полиневропатии, выраженная железодефицитная анемия (гемоглобин – 47 г/дл, железо – 1,9 мкмоль/л), эозинофилия (эозинофилы – 38,7%), СРБ – 110 мг/л. Проведена комплексная онкодиагностика, данных за онкологический процесс не получено. Течение заболевания осложнилось развитием диффузного альвеолярного легочного кровоизлияния и тромбозом глубоких вен нижних конечностей. При дообследовании данных за наличие кровотечения и ТЭЛА не выявлено. Произведен забор крови на системные заболевания: ANCA IgG и p-ANCA - положительные, антитела к бета2-гликопротеину и IgG антитела к кардиолипину – отрицательно, иммунноблот АНФ (аутоантитела класса IgG к 15 различным антигенам) – отрицательно. Учитывая данные дообследования пациентки с сенсомоторной аксональной полиневропатией, с двухсторонней ТЭЛА от декабря 2022 г., гиперэозинофильным синдромом, с интерстициальными изменениями в легких по типу матового стекла и полипозным утолщением пазух носа по данным КТ, с положительными антителами p-ANCA, согласно классификационным критерием ACR/EULAR (2022) установлен диагноз: эозинофильный гранулематоз с полиангиитом. На фоне проведенного лечения дексаметазоном 8 мг в/в 2 раза/сутки и последующим проведением пульс-терапии преднизолоном с переводом на метилпреднизолон в дозе 1 мг/кг массы тела, переливанием эритроцитарной взвеси, проведением курсов реабилитации отмечена положительная динамика (гемоглобин – 128 г/л, эозинофилы – 0%, уменьшение интерстициальных изменений по данным КТ, увеличение амплитуды движения в конечностях, На фоне индивидуальных занятий с физическим терапевтом, у пациентки увеличилась дистанция ходьбы с двухсторонней

опорой в пределах палаты. Пациентка выписана под динамическое наблюдение ревматолога.

Особенность представленного клинического наблюдения заключается в отсутствии каких-либо клинических проявлений пурпуры и поражения сердца, при этом доминирующим проявлением болезни стало поражение периферической нервной системы, что осложнило диагностический поиск. Также здесь не наблюдалось классического деления на фазы клинического течения.

Ключевые слова: эозинофильный гранулематозный полиангиит, тетрапарез, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мастерова М.М., Гиноян Г.А., Георгинова О.А. Клинический случай эозинофильного гранулематозного полиангиита.
Терапия. 2023; 9(3S): 271-272.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.271-272

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МИКАВА К.Р., КАРПЕНКО Д.Г., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Введение. Для улучшения тактики ведения пациентов старшего возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) необходимо создание медико-статистической характеристики пациента с гиперурикемией (ГУ).

Цель. Оценить клинические особенности амбулаторных пациентов с ХСН и ГУ.

Материал и методы. В исследование включены 80 пациентов (56% женщин) в возрасте от 60 до 89 лет с ХСН. Проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование. В зависимости от наличия (n=33) или отсутствия (n=47) ГУ пациенты разделены на 2 группы, сопоставимые по длительности наблюдения, p=0,808.

Результаты. Возраст пациентов с ГУ составил 72±6, без ГУ – 77±7 лет, p=0,005. Среди лиц с ГУ было 69,7% женщин, без ГУ – 74,5%, p=0,829. II ФК ХСН чаще встречался у лиц без ГУ (74,5%), p=0,033, III ФК – с ГУ (48.5%), p=0,037. Сохраненная ФВ ЛЖ регистрировалась у 80,8% пациентов без ГУ и у 57.6% – без ГУ, p=0,045. Промежуточная (p=0,199) и низкая ФВ ЛЖ (p=0,303) встречались с одинаковой частотой. Бендопноэ выявлено у 60.6% пациентов с ГУ и у 31.9% – без ГУ, p=0,010. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе имелся у 72,7% пациентов с ГУ и у 40.4% – без ГУ, p=0,001, АГ – у 93.9% с ГУ и у 95.7% – без ГУ, СД – у 33,3% с ГУ и у 29,8% – без ГУ, ФП – у 45,4% с ГУ и у 34% – без ГУ, ХБП – у 60,6% с ГУ и у 59,6% – без ГУ. Установлена ассоциация ГУ с мужским полом (ОШ 6,7; 95% ДИ: 2,4-18,1; p <0,001), высоким ФК ЛЖ (ОШ 2,6; 95% ДИ: 1,1-6,2; p=0,031), ИМ (ОШ 3,9; 95% ДИ 1,5-10,3; p=0,005), бендопное (ОШ 3,3, 95% ДИ 1,3-8,3, p=0,012), остеокальцином (ОШ 0,88; 95% ДИ: 0,8-0,9; p=0,008) и госпитализациями (ОШ 3,1; 95% ДИ: 1,1-8,8; p=0,039).

Выводы. Среди пациентов старшего возраста с ГУ и ХСН превалируют лица мужского пола, с III ФК, с промежуточной и низкой ФВ ЛЖ, ИМ в анамнезе. Взаимосвязь маркера костного метаболизма (остеокальцина) с ГУ при ХСН требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, гиперурикемия, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Микава К.Р., Карпенко Д.Г., Ларина В.Н. Клинический профиль амбулаторных пациентов с гиперурикемией и сердечной недостаточностью. Терапия. 2023; 9(3S): 273-274.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.273-274

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВЫХ КАМЕР СЕРДЦА ПРИ ХОБЛ

МИЛАЩЕНКО А.И., ГРИШИНА И.Ф., ПОПОВ А.А.

ГАУЗ СО «Березовская центральная городская больница», г. Березовский

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Актуальность. Развитие легочной гипертензии (ЛГ) при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) приводит к адаптивному изменению структурно-функционального состояния правых отделов сердца, а в перспективе и левых отделов (Некрасов А.А., 2012).

Цель. Изучить структурно-функциональное состояние левых камер сердца при ХОБЛ и ХОБЛ, ассоциированной с ЛГ.

Материал и методы. В одномоментное кросс-секционное исследование были включены 68 пациента мужского пола возрастом 45-74 года, госпитализированные в пульмонологические отделения. Всем пациентам выполнена трансторакальная эхокардиография) в В-режиме и М-режиме на ультразвуковом аппарате Vivid S6 (General Electric, США) с использованием секторного (2-4 МГц) датчика.

Результаты. В группе пациентов с ХОБЛ практически одинаково часто регистрировалась нормальная геометрия ЛЖ и концентрическое ремоделирование в 49% и 46% случаев соответственно, тогда как концентрическая гипертрофия регистрировалась лишь в 5% случаев. Среди пациентов с ХОБЛ и ЛГ одинаково часто зарегистрированы нормальная геометрия левого желудочка (ЛЖ) (19% случаев) и концентрическая гипертрофия (19% случаев), наиболее часто обнаруживался концентрический вариант ремоделирования – в 62% случаев (χ^2= 7,641; p=0,022), что может свидетельствовать о тенденции к формированию гипертрофических вариантов ремоделирования ЛЖ среди лиц с ХОБЛ и ЛГ. Диастолическая функция ЛЖ была сохранена у 32 пациентов, что составило 47%. Диастолическая дисфункция ЛЖ I, II и III типов была зарегистрирована в 28%, 19% и 6% случаев, соответственно. Обращало на себя внимание, что в группе пациентов с ХОБЛ в отличие от пациентов с ХОБЛ и ЛГ чаще регистрировалась сохраненная диастолическая функция – в 76% против 13% случаев соответственно (p<0,001). При ХОБЛ и ЛГ диастолическая дисфункция ЛЖ II типа регистрировалась в 39%, в то время как при ХОБЛ в 3% (p<0,001). При этом диастолическая дисфункция ЛЖ III типа среди пациентов с ХОБЛ регистрировалась только при развитии ЛГ (13%, p=0,025).

Выводы. Легочная гипертензия при ХОБЛ ассоциирована с формированием более тяжелых типов диастолической дисфункции ЛЖ и более частым ремоделированием ЛЖ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезни легких, легочная гипертензия, ремоделирование левого желудочка.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Милащенко А.И., Гришина И.Ф., Попов А.А. Изменение структурно-функционального состояния левых камер сердца при ХОБЛ.
Терапия. 2023; 9(3S): 275-276.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.275-276

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА КАК АЛЬТЕРНАТИВА СТАНДАРТНЫМ СТРЕСС-ПРОБАМ У ПАЦИЕНТА С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

МИРОНОВА Д.С., ФИЛАТОВА Д.А., МЕРШИНА Е.А., ТРУХАНОВА М.А., ВАЙПАН Д.В., СЕРЕДЕНИНА Е.М., ВАРТАНЯН Э.Л., ПОЛЯКОВ Р.С.

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Описание клинического случая. Пациент 64 лет с длительным анамнезом курения, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), мультифокальным атеросклерозом (МФА) обратился в МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова в связи с усилением одышки при физической нагрузке на фоне оптимальной терапии (гидрохлортиазид, лозартан, бисопролол, амлодипин, розувастатин, ацетилсалициловая кислота, гликопиррония бромид, индакатерол).

При исследовании функции внешнего дыхания: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) 70%, функциональная ЖЕЛ 66%, объем форсированного выдоха 44%, индекс Тиффно 63%. Лабораторно – без значимых отклонений. По данным компьютерной томографии (КТ): пневмофиброз, эмфизема. Суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) – нарушений ритма и проводимости, изменений сегмента ST нет.

Выполнена КТ-коронарография: атеросклероз коронарных артерий (КА) с трехсосудистым поражением (суммарный кальциевый индекс – 556 единиц Агатстона – высокий риск коронарных событий). В правой коронарной артерии (ПКА) – пограничные стенозы. В остальных артериях – бляшки не вызывающие значимого стенозирования.

Жалобы пациента на одышку могут быть проявлением как ХОБЛ, так и ишемической болезнь сердца (ИБС). В связи с ограниченными возможностями проведения общепринятых стресс-тестов с физической нагрузкой ввиду ХОБЛ и МФА, как альтернативный метод проведена КТ-перфузия миокарда со стресс-нагрузкой аденозинтрофосфатом (АТФ). На 5 минуте от начала введения АТФ – увеличение ЧСС на 67% (73,5% от субмаксимальной ЧСС), ЭКГ – появление желудочковой экстрасистолии по типу бигеминии. Пациент отметил сдавление в грудной клетке, одышку, чувство жара и учащенного сердцебиения. Выявлено появление интрамиокардиальных участков гипоперфузии миокарда, локализовавшихся в средних и верхушечных сегментах передней и нижней стенок левого желудочка (ЛЖ). Общий объем участков гипоперфузии – 10% от объема миокарда ЛЖ, расцененных как ишемия.

Выполнена рентгеноконтрастная коронароангиография: стенозы в среднем сегменте ПКА – 70%, в средней трети заднебоковой ветви ПКА – 80%, остальные артерии – неровности контуров. Проведена баллонная вазодилатация и стентирование ПКА. После проведения чрезкожного коронарного вмешательства у пациента повысилась толерантность к физическим нагрузкам, уменьшилась одышка.

Выводы. Описанный клинический пример демонстрирует возможность применения КТ сердца с фармакологической нагрузкой и оценкой перфузии миокарда как альтернативного метода верификации ИБС и выявления показаний к интервенционным методикам лечения.

Ключевые слова: мультифокальный атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, компьютерно-томографическая перфузия миокарда.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Миронова Д.С., Филатова Д.А., Мершина Е.А., Труханова М.А., Вайпан Д.В., Середенина Е.М., Вартанян Э.Л., Поляков Р.С. Компьютерно-томографическая перфузия миокарда как альтернатива стандартным стресс-пробам у пациента с коронарным атеросклерозом.
Терапия. 2023; 9(3S): 277-278.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.277-278

ОЦЕНКА ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

МИРОШНИЧЕНКО А.И.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

Актуальность. Распространённость обструктивных нарушений дыхания во сне (ОНДС) составляет 50% и более среди пациентов терапевтического профиля. Пациенты с ОНДС имеют комплекс неспецифичных жалоб, включающих, прежде всего, избыточную дневную сонливость (ДС), ухудшающую качество жизни, увеличивающую риск дорожно-транспортных происшествий и производственных травм.

Цель. Оценить возможность использования шкалы Эпворта как скринингового метода диагностики ОНДС.

Материал и методы. Были обследованы 150 пациентов мужского пола, предъявляющих жалобы на храп и избыточную дневную сонливость. По результатам кардиореспираторного мониторинга обследуемые были разделены на группы: 1-я группа – 21 пациент без ОНДС, 2-я группа – 45 пациентов с ОНДС лёгкой степени, 3-я группа – 42 пациента с ОНДС средней степени, 4-я группу – 42 пациента с ОНДС тяжёлой степени. Группы пациентов были рандомизированы по возрасту. Оценка ДС проводилась при помощи шкалы сонливости Эпворта (ESS). Сумма баллов 10 и более позволяла заподозрить избыточную ДС. Кардиореспираторный мониторинг проводился по стандартной методике. Диагноз ОНДС устанавливался согласно The International Classification of Sleep Disorders, Third Edition, 2014. Для обработки данных применялся программный комплекс Statistica 10 (Statsoft, Россия).

Результаты. При проведении расспроса жалобы на избыточную ДС были выявлены у 36% пациентов, причём хроническую ДС отмечали 27%. Однако при проведении оценки ДС с использованием ESS избыточная ДС была выявлена у 26% пациентов. Во всех группах средний уровень ДС по данным ESS был в пределах нормальных значений, достоверных различий между группами выявлено не было (p=0,19). Избыточная ДС регистрировалась в 1-й группе у 14%, во 2-й группе – у 29%, в 3-й группе – у 17%, в 4-й группе – у 38%. По мере прогрессирования ОНДС наблюдалось достоверное уменьшение показателя минимальной SpO_2 (Min SpO_2) в ночное время. Корреляционный анализ выявил взаимосвязи между уровнем ДС и показателями степени тяжести ОНДС в 4 группе ($r_{ИАГ}$=0,7 p=0,02, $r_{Min\ SpO2}$ = -0,69, p=0,04).

Выводы: ESS может использоваться как скриннинговый метод ОНДС у пациентов с ОНДС тяжёлой степени, результаты которого в последующем должны подтверждаться объективными методами диагностики.

Ключевые слова: обструктивные нарушения дыхания во сне, избыточная дневная сонливость, шкала Эпворта.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мирошниченко А.И. Оценка дневной сонливости как метод диагностики обструктивных нарушений дыхания во сне.
Терапия. 2023; 9(3S): 279-280.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.279-280

РОЛЬ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА ПРИ ОЦЕНКЕ СТАТУСА ГИДРАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И. ., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Цель. Изучить статус гидратации по параметрам биоимпедансного анализа (БИА) при поступлении и при выписке у пациентов, госпитализированных с декомпенсацией сердечной недостаточности (ДХСН) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы. Включено 578 пациентов, госпитализированных с ДХСН, II–IV ФК по классификации NYHA [51,2% мужчин, средний возраст 72,2±11,6 лет, медиана длительности СН составила 2 (1;5) года. У 183 (31,2%) пациентов выявлена СН с низкой (≤40%) фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Всем пациентам при поступлении и при выписке определяли статус гидратации по данным БИА. НАЖБП диагностировали согласно действующим российским рекомендациям.

Результаты. В зависимости от наличия/отсутствия НАЖБП пациенты разделены на 2 группы: 1 – ДХСН без НАЖБП [n=405 (70,0%), 51,6% мужчин], 2 – ДХСН и НАЖБП [n=173 (29,9%), 50,0% мужчин]. Пациенты 2 группы (НАЖБП и ДХСН) были моложе [69,4±10,5 лет против 73,4±11,8 лет; p=0,004] и имели достоверно большую ФВ ЛЖ [48 (38;55) % против 45 (34;53) %, p=0,027], но отличались более выраженной гипергидратацией по данным БИА как при поступлении [97,1% против 69,8%, p=0,001], так и при выписке [76,2% против 54,5%, p=0,024], по сравнению с 1 группой (ДХСН без НАЖБП). Также во 2 группе регистрировались более низкие значения активного сопротивления как при поступлении [404 (350;450) Ом/м против 435 (380;485) Ом/м, p=0,010] так и при выписке [426 (368;506) Ом/м против 491 (2;5) Ом/м, p=0,005], значения импеданса (точки Z) при поступлении [406 (351;457) Ом против 438 (381;486) Ом, p=0,002] и при выписке [436 (371;514) Ом против 500 (451;566) Ом, p=0,006].

Вывод. Таким образом, пациенты с НАЖБП и ДХСН характеризовались более выраженной гипергидратацией по данным БИА, как при поступлении, так и при выписке, несмотря на большую ФВ ЛЖ и более молодой возраст.

Ключевые слова: статус гидратации, биоимпедансный анализ, декомпенсация сердечной недостаточности, неалкогольная жировая болезнь печени.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мисан И.А., Аришева О.С., Гармаш И.В., Галочкин С.А., Кобалава Ж.Д. Роль биоимпедансного анализа при оценке статуса гидратации у пациентов, госпитализированных с декомпенсацией сердечной недостаточности и неалкогольной жировой болезнью печени.
Терапия. 2023; 9(3S): 281-282.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.281-282

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПЕТЛЕВЫМИ ДИУРЕТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И.В., ТОЛКАЧЕВА В.В., НАЗАРОВ И.С., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Цель. Оценить различия в проводимой диуретической терапии у пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточностью (ДХСН), в зависимости от наличия/отсутствия неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материал и методы. Обследовано 578 пациентов, госпитализированных с ДХСН, II-IV ФК по классификации NYHA, средний возраст 72,2±11,6 лет; 51,2% мужчин, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 45 (35;55) %. Пациентам при поступлении и при выписке проводилось общеклиническое, лабораторно-инструментальное обследование, определение NT-proBNP, ультразвуковая эластометрия печени с использованием аппарата Фиброскан (FibroScan) 502, оценивалась проводимая диуретическая терапия (фуросемид) на госпитальном этапе и при выписке.

Результаты. Пациенты разделены на 2 группы: 1 – ДХСН и НАЖБП (n=173), 2 – ДХСН без НАЖБП (n=405). Пациенты с НАЖБП были моложе (средний возраст 69,4±10,5 лет против 73,4±11,8 лет; p=0,004), имели достоверно большую ФВ ЛЖ [48 (38;55) % против 45 (34;53) %, p=0,027] и меньшие значения NT-proBNP, как при поступлении [1280 (385;2526) пг/мл против 1986 (874;3730) пг/мл, p <0,001], так и при выписке [1059 (229;1685) пг/мл против 2041 (1034:2918) пг/мл, p <0,001].

Группа пациентов с ДХСН и НАЖБП получала достоверно большую среднюю суточную дозу петлевых диуретиков (фуросемид) как в период госпитализации парентерально [73,2±33,6 мг против 58,3±26,4 мг, p=0,002], так и при выписке из стационара перорально [72,1±35,4 мг против 61,2±28,1 мг, p=0,038], по сравнению с группой без НАЖБП. При этом группы достоверно не различались по назначаемой стартовой дозе парентерального петлевого диуретика при поступлении [67,6±29,6 мг против 61,9±26,4 мг, p=0,126], продолжительности его введения в стационаре [7 (5;8) суток против 6 (4;8) суток, p=0,217] и суточному диурезу при ежедневном контроле [72,1±35,4 мл против 61,2±28,1 мл, p=0,405].

Вывод. Таким образом, несмотря на молодой возраст, большую ФВ ЛЖ и меньший уровень NT-proBNP, пациентам с ДХСН с НАЖБП требовалась более интенсивная

диуретическая терапия для достижения сопоставимого диуреза с пациентами с ДХСН без НАЖБП на госпитальном этапе.

Ключевые слова: декомпенсация сердечной недостаточности, неалкогольная жировая болезнь печени, петлевые диуретики.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мисан И.А., Аришева О.С., Гармаш И.В., Толкачева В.В., Назаров И.С., Кобалава Ж.Д. Особенности терапии петлевыми диуретиками у пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью при неалкогольной жировой болезни печени.
Терапия. 2023; 9(3S): 283-284.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.283-284

ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ – ПУТЬ К ВЕРНОМУ ДИАГНОЗУ ДЛИНОЙ В ПОЛГОДА

МИТРИЧЕНКО У.М.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

Описание клинического случая. Пациент С., 30 лет, поступил в терапевтическое отделение для лечения хронической анемии тяжелой степени. Полгода назад отметил сухой кашель, ночную потливость, гипертермию 38,5С. В поликлинике получал лечение по поводу ОРВИ – без эффекта. Госпитализирован в районную больницу с диагнозом пневмония, лечение антибиотиками – без эффекта. По результатам КТ ОГК признаки опухолевых инфильтратов и очагов парамедиастинально в обоих легких, внутригрудная лимфаденопатия. Заподозрен злокачественный процесс, выполнена биопсия легкого, в материале признаки воспаления без специфических изменений. В следующие месяцы появились кровохарканье, слизистое отделяемое из носовых ходов с прожилками крови, корочки в носу, отеки и мелкопятнистая сыпь в области голеней. Высказано предположение о лимфоме, пациент направлен на консультацию гематолога, но ввиду тяжелой анемии перенаправлен в дежурный стационар. В гемограмме: гипохромная микроцитарная анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз без сдвигов в формуле, ускорение СОЭ. В биохимическом анализе крови: гипопротеинемия, повышение креатинина и СРБ. В анализе мочи: протеинурия, микрогематурия. КТ ОГК: Обширная зона консолидации правого легкого, множественные узловые образования правого и левого легкого, лимфаденопатия средостения. Бронхоскопия: Инфильтративный рак правого главного бронха? Дифференциально-диагностический ряд включал злокачественное новообразование легких, туберкулез, деструктивную пневмонию, однако в ходе дальнейших обследований данных за вышеперечисленные патологии не найдено. Обнаружено повышение циркулирующих иммунных комплексов, ревматоидного фактора, АНЦА антител к протеиназе, заподозрен АНЦА-васкулит. После дообследования подтверждены следующие классификационные критерии гранулематоза с полиангиитом: положительный тест на АНЦА, гематурия, поражение легких и верхних дыхательных путей по данным КТ ОГК и придаточных пазух носа. Выставлен диагноз: Гранулематоз с полиангиитом, ассоциированный с АНЦА, с поражением легких (множественные инфильтраты с полостями деструкции), поражение верхних дыхательных путей (синусит), гломерулонефрит (клинически). Назначено лечение: преднизолон, микофенолата мофетил, достигнута положительная клинико-лабораторная динамика.

Особенности данного клинического случая. Заболевание дебютировало с неспецифичной симптоматики и «мимикрировало» под целый ряд синдромосходных патологий, что отсрочило постановку верного диагноза.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Диагностика осложнилась мультиорганным поражением и низкой специфичностью симптомов, что потребовало проведения дифференциальной диагностики с большим кругом заболеваний.

Ключевые слова: гранулематоз с полиангиитом,а к цитоплазме нейтрофилов, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Митриченко У.М. Гранулематоз с полиангиитом – путь к верному диагнозу длиной в полгода.

Терапия. 2023; 9(3S): 285-286.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.285-286

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

МИТРИЧЕНКО У.М.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире. Рост сердечно-сосудистой заболеваемости в 2020-2022 гг. связывают с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, нередко сопровождающейся развитием сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Изучить распространенность и структуру сердечно-сосудистых осложнений COVID-19 у больных, ранее перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы. Проанализированы данные 109 пациентов, перенесших ИИ в период 2018-2020 гг. Выявлено 33 пациента, перенесших COVID-19. Факт перенесенной COVID-19 подтверждался ПЦР-тестом либо исследованием крови на IgM к SARS-CoV-2. Распределение по полу: 14 (42%) женщин (средний возраст 70 лет) и 19 (58%) мужчин (средний возраст – 63 года). В качестве острых осложнений учитывались диагностированные в течение 4 недель после подтверждения COVID-19 инфаркт миокарда (ИМ), венозная и артериальная эмболии, развитие или декомпенсация сердечной недостаточности (СН), повторный ИИ. Также проведен поиск сердечно-сосудистых событий, диагностированных в постковидном периоде (>4 недель после подтверждения COVID-19).

Результаты. Острый период COVID-19 у 3 пациентов (9%; 2 женщины и 1 мужчина) сопровождался развитием ИМ, эмболии артерий нижних конечностей, СН. У двоих пациентов COVID-19 осложнялась тяжелой пневмонии и дыхательной недостаточностью. Развитие инфаркта миокарда у одного пациента привело к летальному исходу, течение COVID-19 характеризовалось как легкое и лечения не проводилось.

В постковидном периоде у 4 пациентов (12%; 3 женщины и 1 мужчина) были выявлены: впервые диагностированная СН (2 пациента), ИМ (2 пациента), повторный ИИ (1 пациент). Двое из этих пациентов перенесли COVID-19 легко и получали лечение амбулаторно, у остальных COVID-19 осложнялась тяжелой пневмонии и дыхательной недостаточностью. Сердечно-сосудистые события зарегистрированы в течение 1 года с момента подтверждения COVID-19.

Выводы. У исследованной группы пациентов как в острый период COVID-19, так и в постковидном периоде выявлены сердечно-сосудистые события: ИМ, СН, повторный ИИ, артериальная эмболия. Это может быть обусловлено наличием взаимосвязанных звеньев патогенеза (эндотелиальная дисфункция, коагулопатия, системное воспаление и гипоксия) и подчеркивает актуальность оптимизации профилактики, раннего выявления и диагностики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Ключевые слова: COVID-19, ишемический инсульт, сердечно-сосудистые осложнения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Митриченко У.М. Распространенность и структура сердечно-сосудистых осложнений новой коронавирусной инфекции у пациентов, перенесших ишемический инсульт.
Терапия. 2023; 9(3S): 287-288.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.287-288

ЧАСТОТА, ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ COVID-19 У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

МОВЧАН Е.А., ГАЛКИНА Е.В.

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

ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирская государственная областная клиническая больница», г. Новосибирск

Актуальность. Оценка риска заболевания и влияния COVID-19 на состояние реципиентов почечного трансплантата (РПТ) имеет решающее значение для разработки тактики лечения и планирования организации оказания помощи во время эпидемий/пандемий.

Цель. Проанализировать частоту, тяжесть течения COVID-19 у РПТ и оценить исходы заболевания.

Материал и методы. В ретроспективное исследование было включено 272 и 245 РПТ, наблюдавшихся в Новосибирском областном нефрологическом центре в 2020 и 2021 гг., соответственно.

Результаты. Заболевание COVID-19 выявлено у 88 РПТ: у 43 (15,5%) в 2020 г. и у 45 (18,4%) – в 2021 г. Диагноз COVID-19 верифицирован методом ПЦР. Среди заболевших преобладали мужчины (63,3%), возраст колебался от 27 до 72 лет. Тяжелое течение COVID-19 с характерным поражением легких, потребовавшее госпитализации, отмечено в 73 случаях (82,9%), у 50 из них (68,5%) назначались генно-инженерных биологические препарат. За 2 года возможности для назначения этих препаратов возросли в 1,5 раза. Преимущественно использовался тоцилизумаб. В базисной иммуносупрессивной терапии отменялись микофенолаты, минимизировались дозы ингибиторов кальциневрина и увеличивались дозы стероидных гормонов. Остальное лечение проводилось по действующим «Временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденным МЗ РФ.
От COVID-19 умерло 17 РПТ (23,3%), в 2020 г. – 11 (25,6%), в 2021 г. вдвое меньше – 6 больных (13,3%). Фатальные исходы наступали в сроки от 4 до 6 недель от начала заболевания и/или стационарного лечения из-за вирусно-бактериальных пневмоний с тяжелой дыхательной недостаточностью на фоне сахарного диабета, в том числе посттрансплантационного, ожирения, рака кожи. У одной пациентки причиной смерти

явился мезентериальный тромбоз. Случаев потери трансплантата в остром периоде болезни не было.

Выводы. РПТ имеют повышенный риск заражения SARS-CoV-2 и тяжелого течения COVID-19, что более чем в 80% случаев требует стационарного лечения. Тяжесть течения и исход COVID-19 у РПТ определяется в первую очередь тяжелым легочным поражением. Смертность остается проблемой при COVID-19 у РПТ. Снижение летальности связано с отработкой схем лечения, включая использование генно-инженерных биологических препаратов.

Ключевые слова: COVID-19, почечный трансплантат, легочные поражения при COVID-19.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мовчан Е.А., Галкина Е.В. Частота, тяжесть течения и исходы COVID-19 у реципиентов почечного трансплантата.
Терапия. 2023; 9(3S): 289-290.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.289-290

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

МОЛОСТВОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М., ХАБИРОВА Г.И.

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

Актуальность. Беременность сопровождают физиологические гемодинамические, гормональные и вегетативные метаморфозы, способствующие изменению возбудимости, автоматизма и рефрактерности миокарда, которые могут стать причиной развития и/или усугубления уже имеющихся нарушений ритма. Для сохранения здоровья будущей матери и плода врачам необходимо знать патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения желудочковых нарушений ритма во время беременности.

Цель. Представить клинический случай введения беременности и родов при экстрагенитальной патологии.

Материал и методы. Клинический случай беременности и родов у женщины с частой полиморфной ЖЭС.

Результаты. Беременная 38 лет на сроке 12 недель обратилась к врачу-терапевту с жалобами на одышку, перебои в работе сердца, эпизоды понижения артериального давления. Из анамнеза известно, что аритмия беспокоит с подросткового возраста, преимущественно при физической нагрузке, в редких случаях сопровождается предобморочным состоянием. Данные объективного обследования: гипотензия с средним уровнем АД 88/54 мм рт.ст., тахикардия, аритмия, при аускультации систолический шум в проекции митрального клапана. Данные лабораторно-инструментальных методов исследования: ОАК - анемия 1 степени (гемоглобин 94 г/л); Ферритин - 12 мкг/л; ЭКГ: синусовая тахикардия. Частая полиморфная ЖЭС с аллоритмией по типу три-, квадригеминии; ЭхоКС - умеренный пролапс митрального клапана. Суточное мониторирование ЭКГ на сроке 13 недель: частая (12 586 в сутки) ЖЭС с аллоритмией по типу би-, три-, квадригимении, часто по типу сливного удара преимущественно в ночное время, 11 эпизодов удлинение QT (max 0,51 с). Беременной рекомендовано наблюдение кардиолога с частотой консультаций раз в триместр, аритмолога. Ввиду ночного характера ЖЭС принято решение отказаться от назначения бета-блокаторов, т.к. они малоэффективны при вагусзависимых нарушениях ритма. Беременной был рекомендован режим труда и отдыха, калиевая диета, лечение железодефицита и терапевтические дозы магния. Суточное мониторирование ЭКГ на сроке 20 недель показало уменьшение

частоты ЖЭС в 2 раза. Кардиологом было рекомендовано родоразрешение в акушерском стационаре третьего уровня по акушерским показаниям.

Выводы. В данном клиническом случае отражены особенности ведения беременной женщины с нарушением ритма сердца, которое усугубилось под физиологическими гормональными и гемодинамическими изменениями, характерными для периода гестации.

Ключевые слова: полиморфная желудочковая экстрасистолия, беременность, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Молоствова А.Ф., Салимова Л.М., Хабирова Г.И. Клинический случай полиморфной желудочковой экстрасистолии у беременной женщины.
Терапия. 2023; 9(3S): 291-292.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.291-292

ДИАГНОСТИКА ГЕПАРИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ II ТИПА В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МОЛОСТВОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.

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

Актуальность. Нефракционированный и низкомолекулярный гепарин являются наиболее часто назначаемыми антикоагулянтами для профилактики и лечения тромботических состояний у госпитализированных пациентов. Но зачастую, на фоне гепаринотерапии у ряда пациентов развивается иммунное осложнение – гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) II типа, которая без своевременного вмешательства может стать причиной неблагоприятных последствий, прежде всего тромбоза глубоких вен голени.

Цель. Изучить факторы риска, критерии диагностики ГИТ II.

Материал и методы. Анализ научных работ, посвященных изучению вопроса диагностики ГИТ II типа.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто ГИТ II развивается к 5-14 дню терапии преимущественно нефракционированным гепарином, но, если в крови пациента уже циркулируют антитела к гепарин-тромбоцитарному фактору 4 развитие ГИТ II произойдет в течение первых суток от начала гепаринотерапии. В результате иммунных реакций происходит активация и агрегация тромбоцитов. Как следствие повышенного потребления тромбоцитов, развивается тромбоцитопения, венозные и/или артериальные тромбозы. Среди факторов риска ГИТ II выделяют: внутривенное введение гепарина; женский пол; использование лечебных доз гепарина; антикоагулянтная терапия за 30 дней до госпитализации; тяжесть травмы.

При диагностике ГИТ II необходимо руководствоваться клиническими рекомендациями Американского общества гематологов по лечению ГИТ. Госпитализированным пациентам, получающим терапию гепарином рекомендовано проводить подсчет тромбоцитов каждые 2-3 дня, при тяжелом течении заболевания- ежедневно. При снижении тромбоцитов на 30% и более, оценивают риск ГИТ II по шкале 4Т. При низкой вероятности ГИТ II по шкале 4Т – продолжают введение гепарина. Если же по шкале 4Т вероятность ГИТ II промежуточная или высокая – переходят к определению антител к комплексу гепарин-тромбоцитарного фактора 4 методом ИФА. При положительном результате ИФА переходят к функциональному тестированию и переводят пациента на негепариновый антикоагулянт, интенсивность терапии которой будет зависеть от риска

кровотечений. Если же у пациентов с промежуточной и высокой вероятностью ГИТ II результат ИФА отрицательный, введение гепарина возобновляют.

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

Ключевые слова: антикоагулянтная терапия, гепарин-индуцированная тромбоцитопения II типа, тромбоз глубоких вен.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Молоствова А.Ф., Салимова Л.М. Диагностика гепарин-индуцированной тромбоцитопении II типа в современной клинической практике. Терапия. 2023; 9(3S): 293-294.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.293-294

ОСТРЫЙ ПСИХОЗ У БЕРЕМЕННОЙ В ДЕБЮТЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

МОСКВИН Ф.М., ОСИПЯНЦ Р.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ВЕЛЬМАКИН С.В.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Описание клинического случая. Пациентка Р., 31 года, с СКВ, поражением ЦНС, иммунологическими нарушениями (АНФ+, a-ds-ДНК+), вторичным АФС (позитивные антифосфолипидные АТ (ВА, АТ к кардиолипину, АТ к бета-2 гликопротеину), ранним HELLP-синдромом.

Дебют с 27.07.2019 г. стала тревожной, растерянной, стереотипно повторяла однотипные фразы. Госпитализирована в ГКБ № 15 в ОРИТ ОНМК. Выполнено МРТ ГМ: выявлены множественные изменения. УЗИ плода беременность 23 недели. МРТ ГМ с контрастом от 01.08.2019: необходимо дифференцировать с очагами демиелинизации – очаги, накапливающие контраст, так и не контрастирующиеся. Индуцирована пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг/сутки. Ликворограмма: без особенностей. АТ к кардиолипину 57,0, АТ к бета-2 гликопротеину 1 – 57,0, АТ CMV IgG – 93,9, АНЦА, скрининг, АТ двДНК – отриц, инфекции исключены. 05.08.2019 г. состояние ухудшилось – прогрессирование психотической симптоматики, острое полиморфное психотическое расстройство с делирием на фоне пульс-терапии.

07.08.2019 г. переведена в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева. Терапия метилпреднизолоном 100 мг/сутки. 09.08.2019 г. проведен консилиум: учитывая наличие акушерской патологии (невынашивание беременности 7 неделя от 2017 г.), повышение 3 маркеров АФС, данные МРТ, развитие HELLP-синдрома – АЛТ 507 Ед/л, АСТ 215 Ед/л, тромбоциты 80 тыс., признаки микроангиопатического гемолиза ЛДГ 719 Ме/л, снижение гаптоглобина, вероятен диагноз КАФС. Учитывая высокий риск летального исхода рекомендовано кесарево сечение. Контрольное МРТ-разнонаправленная динамика: в лобных областях и передних рогах боковых желудочков очаги несколько увеличились, снизился коэффициент диффузии, в части из них полный регресс накопления контраста. Выполнено КС -извлечен живой мальчик, APGAR 5/6 баллов.

В динамике (ANA-HEP2 1:320-640; антитела к двДНК 22-27 Ме/мл от 09.2019 г.) выставлен диагноз СКВ. Учитывая положительную динамику психического статуса после пульс-терапии, нарастание симптоматики в отсутствии иммуносупрессии, поражение ЦНС-проявление нейролюпуса.

В дальнейшем пульс-терапия ЦФ1000 мг (16.08.2019 г.), продолжена циклическая терапия ЦФ 800 мг (последнее введение препарата 15.01.2020 г.; суммарно 5 г). Назначена терапия ГК (5 таб + 3/4 таб/сут) с последующим снижением дозы, антикогулянтная терапия (варфарин 1 таб + 1/2 таб), дезагрегантная терапия (АСК 100 мг/сут), психотропные препараты. Регресс гематологических нарушений, тромботической микроангиопатии, улучшения психического статуса. 02.2020 г. – улучшение самочувствия, нормализация сна и эмоционального фона. Добавлен азатиоприн 150 мг/сут (02.2020 г.), с переходом на метотрексат 10 мг/нед (07.2020 г.) и последующей отменной метилпреднизолона (с 05.2021 г.).

В настоящее время состояние стабильно, констатирована клинико-лабораторная ремиссия СКВ (SELENA-SLEDAI – 0), стабильная МРТ картина, продолжает прием гидроксихлорохина 200 мг/сут, варфарина по 1 таб + 1/2 таб., АСК 100 мг/сут.

Выводы. Основные уроки клинического наблюдения:

• дебют нейропсихиатрических нарушений во время беременности – подумать об СКВ/АФС;

• быть настороженными в отношении развития HELLP-синдрома: раннее проявление КАФС, требует экстренного родоразрешения и активной иммуносупрессивной терапии;

• успех терапии нейролюпуса и КАФС – раннее начало, многокомпонентность, агрессивность.

Ключевые слова: системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, острый психоз, беременность, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Москвин Ф.М., Осипянц Р.А., Троицкая Е.А., Вельмакин С.В. Острый психоз у беременной в дебюте системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом.

Терапия. 2023; 9(3S): 295-296.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.295-296

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В ВЫЯВЛЕНИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

МУСТАФИНА Г.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В., ШУЛАЕВ А.В., ИСМАГИЛОВА Д.А., ТРУСОВ Н.А.

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

Актуальность. В современном обществе сохраняется высокий уровень инвалидизации и смертности от болезней системы кровообращения, что приводит к значительному социально-экономическому ущербу и увеличивает нагрузку на систему здравоохранения. В связи с чем актуальным остается вопрос о достаточности профилактических программ, направленных на скрининг факторов риска.

Цель. Провести анализ эффективности 1 этапа диспансеризации в диагностике дислипидемий у лиц трудоспособного возраста.

Материал и методы. В амбулаторно-поликлиническом учреждении г. Казани проведен анализ 272 карт диспансеризации и исследование расширенного липидного профиля пациентов, не имевших показаний для направления на 2 этап диспансеризации в возрасте Me 42 [25-59] лет. Оценены дефекты вынесения в диагноз гиперхолестеринемии (ГХС) и наличие других дислипидемий (ДЛП). Статистическая обработка проведена в программе IBM SPSS Statistics 20.

Результаты. Частота встречаемости ГХС составила 46,3% (n=126). При этом в 16,9% (n=46) случаев она не была вынесена в заключение терапевта и учтена при дальнейшем ведении. При обследовании за рамками диспансеризации в этой же группе лиц в 64,3% (n=175) диагностировано повышение ХС-ЛПНП >3 ммоль/л. Как видно, частота выявления данного доказанного фактора сердечно-сосудистого риска (ССР) превышала частоту диагностики ГХС при диспансеризации на 18%. Кроме того, у каждого третьего выявлены гипертгриглицеридемия (n=95; 34,9%) и снижение ХС-ЛПВП (n=91; 33,4%). Интегральный показатель атерогенности – ХС-неЛВП >3,4 ммоль/л, включенный в современные шкалы оценки ССР, диагностирован у более половины обследованных (n=154; 56,6%).

Выводы. В когорте лиц трудоспособного возраста установлена высокая частота встречаемости ДЛП. У каждого шестого пациента после прохождения диспансеризации ГХС не была вынесена в диагноз и в последующем упущена при планировании профилактических мероприятий. Более высокая частота встречаемости повышения

ХС-ЛПНП и ХС-неЛВП, чем ГХС свидетельствует о недостаточной эффективности 1 этапа диспансеризации в выявлении ДЛП и недооценке ССР.

Ключевые слова: дислипидемия, диспансеризация, профилактический медицинский осмотр.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мустафина Г.Р., Синеглазова А.В., Шулаев А.В., Исмагилова Д.А., Трусов Н.А. Эффективность диспансеризации и профилактического медицинского осмотра в выявлении дислипидемий у лиц трудоспособного возраста.
Терапия. 2023; 9(3S): 297-298.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.297-298

АСТЕНИЯ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

МУХАМАДИЕВА В.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ШАМСУТДИНОВА Н.Г.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Астения при COVID-19 имеет особую характеристику: она может быть, как симптомом самого заболевания, так и проявлением психологической проблемы или их сочетания. Одним из симптомов, описываемых больными во время и после перенесенного COVID-19, является астения, проявляющаяся ослаблением или утратой способности к длительному физическому или умственному напряжению, эмоциональной лабильностью, мотивационными и сексуальными расстройствами, нарушениями сна, ухудшением аппетита, памяти, внимания, гиперестезией.

Цель. Изучить особенности астенических проявлений у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы. С марта 2020 по сентябрь 2022 г. находились под наблюдением 271 пациент с РЗ, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКИ). Распределение пациентов выглядело следующим образом: ревматоидный артрит (РА) – 186 человек (68,6%), анкилозирующий спондилит (АС) – 46 человек (16,9%), псориатический артрит (ПсА) – 38 человек (14%). Для диагностики астенического состояния использовалась Шкала астенического состояния (ШАС) на 3, 6, 9, 12 мес. после НКИ.

Результаты. Астения встречалась в 65,4% случаях на 3 мес. после НКИ. Одними из самыми частых фиксируемыми жалобами среди пациентов были: повышенная истощаемость, раздражительность, расстройствами сна, физическая слабость. На 6 мес. астения встречалась у половины опрошенных – 52,5%, а на 9 мес. 46,4%. Отмечено нарастание жалоб к 12 мес. – 49,1%, по сравнению с показателями на 9 мес. При разделении пациентов с РЗ на РА и Спа было выявлено, что такие жалобы как снижение переносимости физической нагрузки и/или хронический кашель, усталость, головная боль и когнитивные нарушения достоверно чаще встречались у пациентов с РА по сравнению со спондилоартритами (Спа) (30 (50,8%) против 11 (47,8%), $p<0,05$) на 3 и 6 мес. после НКИ. У пациентов с РА На 3 мес. после НКИ были получены следующие результаты: у 15 человек зафиксирована – слабая астения (25,8%), 22 – умеренная астения (38%),

3 – выраженная астения (5,1%). Пациенты с выраженной астенией перенесли НКИ в среднетяжелой форме (КТ 2-3), лечение в условиях инфекционного госпиталя.
Выводы. У пациентов с РЗ отмечается сохранение астенических проявлений на протяжении года у половины опрошенных после НКИ. Максимального своего значения она достигала на 3 мес. после COVID-19. Среди пациентов с РА достоверно чаще предъявляли жалобы на снижение переносимости физической нагрузки, усталость и утомляемость по сравнению с пациентами со Спа.

Ключевые слова: ревматические заболевания, COVID-19, постковидный период, астения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Астения в постковидный период у пациентов ревматическими заболеваниями.
Терапия. 2023; 9(3S): 299-300.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.299-300

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТКОВИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

МУХАМАДИЕВА В.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ШАМСУТДИНОВА Н.Г.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Постковидный синдром ранее изучался в общей популяции, он не был достаточно изучен в популяции пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями (S. Batıbay, 2022).

Цель. Изучить продолжительность ПКС у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы. С марта 2020 по сентябрь 2022 г. находились под наблюдением 271 пациент с РЗ. Среди пациентов 68 (25%) лиц мужского пола, 203 (75%) лиц женского пола. Средний возраст составлял 56 [46; 65] лет. Средняя длительность РЗ на момент НКИ - 10,9 [5; 15] лет. С ревматоидным артритом (РА) – 186 пациент (68,6%), анкилозирующим спондилитом (АС) – 46 (16,9%), псориатическим артритом (ПсА) – 38 (14%). Проведено анкетирование пациентов в рамках углубленной диспансеризации через 3, 6, 9 и 12 мес. после перенесенной НКИ.

Результаты. Согласно результатам анкетирования, сохранение или появление симптомов после перенесенной НКИ отметили 90,4% пациентов, причем у всех было сочетание не менее 3 различных групп симптомов.

Чаще всего через 3 мес. после перенесенной НКИ встречалось усиление/появление болей в суставах – 80,2%. Вторым симптомом по частоте встречаемости являлись усиление усталости, мышечных болей, головных болей – 75,3%. Жалобы на существенное усиление одышки и снижение переносимости физической нагрузки отметили 50,6% опрошенных, при этом отсутствовала связь с тяжестью НКИ, а половина пациентов имели легкое течение НКИ. Усиление болей в груди и/или сердцебиений – у 37,0% человек. После НКИ 34,5% опрошенных отметили выпадение волос и появление кожной сыпи, при этом достоверно чаще данное проявление отмечали пациенты со АС и ПсА ($p < 0,05$). При динамическом наблюдении за пациентами отмечено, что характерные жалобы для ПКС сохранялись и на 6 мес. после перенесенной НКИ: усиление болей в суставах 67,5% и астенические проявления 65% случаях. Через 9 и 12 мес. отмечено снижение показателей

жалоб как стороны усиление болей в суставах 58,7% и 37,5% соответственно, так и астенических проявлений – 61,4% и 47,3% соответственно.

Выводы. У пациентов с РЗ отмечается сохранение постковидных проявлений, причем в первую очередь за счет суставных (80,2%) и астенических проявлений (75,3%) от 3 до 6 мес. после перенесенной НКИ. Через 9 и 12 мес. отмечено снижение постковидных проявлений. Умеренная и высокая степени активности РЗ до НКИ достоверно влияют на выраженность суставного синдрома и усиление болей в груди.

Ключевые слова: ревматические заболевания, COVID-19, постковидный синдром.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Продолжительность постковидных проявлений у пациентов с ревматическими заболеваниями.
Терапия. 2023; 9(3S): 301-302.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.301-302

ВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ И АСТЕНИЯ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

МУХАМАДИЕВА В.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ШАМСУТДИНОВА Н.Г.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что COVID□19 и иммуновоспалительные ревматические заболевания (ИВРЗ) имеют определенную общность, обусловленную системностью поражения различных органов и систем.

Цель. Изучить влияние вирусной пневмонии на астенические проявления у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 271 пациент с РЗ, наблюдавшихся амбулаторно и госпитализированных в период с марта 2020 по сентябрь 2022 г. с диагнозом НКИ. С целью определения и оценки тяжести симптомов астении использовали шкалу астенического состояния Л. Д. Малковой через 3, 6 мес. после НКИ. Через 3 мес. после НКИ анкетирование прошли 81 человек, через 6 мес. опрошен 91 человек.

Результаты. Среди пациентов 68 (25%) лиц мужского пола, 203 (75%) лиц женского пола. Средний возраст составлял 56 [46,65] лет. Легкое течение НКИ зафиксировано у 121 пациентов (44,6%), средней степени тяжести – 150 пациентов (55,3%). Лечение прошли амбулаторно – 182 пациент (67,1%), стационарное лечение – 89 пациентов (32,8%). Степень тяжести COVID-19 ассоциированной пневмонии: КТ 0 – 121 человек, КТ 1 – 95, КТ 2 – 40, КТ 3 – 12, КТ 4 – 2. Исход COVID-19 у всех пациентов – выздоровление. По данным результатов анкетирования на 3 месяц после перенесенной НКИ среднее значение астении составило 65 [44;80] баллов, что соответствует слабой астении. Слабая и умеренная астения выявлена у 19 (23,4%) и 31 (38,3%) соответственно, у 4 (5%) пациента отметили выраженные проявления астении. Поражение легких при НКИ достоверно приводило к более выраженной астении через 3 мес. по сравнению с группой пациентов без пневмонии ($p<0,003$). По данным результатов анкетирования на 6 мес. после перенесенной НКИ среднее значение астении составило 53 [40;73] баллов, что соответствует слабой астении. Стоит отметить, что 2 (2,2%) пациента отметили выраженное астеническое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной истощаемостью, раздражительностью и расстройством сна. Достоверное влияние

наличия/отсутствия КТ-верифицированной пневмонии на показатели астении согласно ШАС на 6 мес. (p <0,024).

Выводы. У пациентов на протяжении полугода после перенесенной НКИ сохраняются астенические нарушения. Поражение легких при НКИ достоверно приводило к более выраженной астенизации через 3 и 6 мес. по сравнению с группой пациентов без пневмонии.

Ключевые слова: ревматические заболевания, вирусная пневмония, астения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Вирусная пневмония и астения в когорте пациентов с ревматическими заболеваниями, есть ли взаимосвязь?

Терапия. 2023; 9(3S): 303-304.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.303-304

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ И ЖАЛОБ В РАМКАХ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

МУХАМАДИЕВА В.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ШАМСУТДИНОВА Н.Г.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Постковидные проявления ранее изучались в общей популяции, они не были достаточно исследованы в конкретной популяции пациентов с воспалительным ревматическими заболеваниеми (S. Batıbay, 2022). ПКС, в целом, можно разделить на различные категории в зависимости от преобладающих остаточных симптомов, такие как: симптомы общего характера, симптомы поражения дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, нервной системы, пищеварительной системы, поражение кожи и ее придатков.

Цель. Изучить частоту возникновения и продолжительность ПКС у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы. С марта 2020 по сентябрь 2022 г. находились под наблюдением 271 пациент с РЗ, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКИ). Среди пациентов 68 (25%) лиц мужского пола, 203 (75%) лиц женского пола. Средний возраст составлял 56 [46,65] лет. Распределение пациентов выглядело следующим образом: ревматоидный артрит (РА) – 186 человек (68,6%), анкилозирующий спондилит (АС) – 46 (16,9%), псориатический артрит (ПсА) – 38 (14%). Проведено анкетирование пациентов в рамках углубленной диспансеризации через 3 мес. после перенесенной НКИ.

Результаты. Чаще всего через 3 мес. после перенесенной НКИ встречались жалобы общего характера – это усиление/появление болей в суставах 80,2%, усталость, мышечные и головные боли в 75,3% случаях. Снижение работоспособности и качества жизни (уровня здоровья) отметили 52,9%. Жалобы со стороны дыхательной системы – усиление одышки и снижение переносимости физической нагрузки отметили 50,6% опрошенных, при этом отсутствовала связь с тяжестью НКИ, а половина пациентов имели легкое течение НКИ. Со стороны сердечно-сосудистой системы усиление болей в груди и/или сердцебиений зафиксировано у 37,0% человек. После НКИ у 34,5% опрошенных отмечено выпадение волос и появление кожной сыпи, при этом достоверно чаще данное проявление отмечали пациенты с АС и ПсА ($p < 0,05$). Умеренная и высокая степени активности РЗ до НКИ

влияли на усиление болей в суставах (p <0,023), на усиление болей в груди на 3 мес. после выздоровления (p<0,032).

Выводы. У пациентов с РЗ постковидные проявления встречались часто, причем в первую очередь за счет суставных (80,2%) и астенических проявлений (75,3%) на 3 мес. после перенесенной НКИ. Умеренная и высокая степени активности РЗ до НКИ достоверно влияли на выраженность суставного синдрома и усиление болей в груди.

Ключевые слова: ревматические заболевания, COVID-19, постковидный синдром.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. Частота развития симптомов и жалоб в рамках постковидного синдрома у пациентов с ревматическими заболеваниями.
Терапия. 2023; 9(3S): 305-306.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.305-306

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ СДВИГОВОЙ ВОЛНОЙ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

МУХАМЕТШИНА Э.И., КИРИЛЛОВА Э.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ХАМЗИНА Ф.Т.

ФГАУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) ассоциируется с развитием коморбидной патологии, в том числе с патологией печени. Больные ПсА имеют более высокий риск развития неалкогольной жировой болезни печени и тяжелого фиброза по сравнению с популяцией.

Цель. Оценить ультразвуковые изменения печени, полученные при эластографии сдвиговой волной у пациентов с псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы. В исследование включено 88 пациентов с установленным диагнозом ПсА. Всем больным было выполнено клиническое и биохимическое обследование, рассчитан индекс активности артрита DAPSA, проведена эластография сдвиговой волной (ЭСВ).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 44 (35;51) года, продолжительность псориатического артрита 6,4 (1,0;9,0) лет. Из 88 пациентов мужчин было 37 (42%), женщин 51 (58%). Средний показатель DAPSA составил 18,6 (9,1;20,6). Основная часть пациентов имела низкую 36 (41%) и умеренную 32 (36%) активность ПсА, 17 (19%) пациентов имели высокую активность, 3 больных (4%) были в ремиссии.

Эластография печени была выполнена на аппарате Phillips Affiniti 70 с применением точечной эластографии сдвиговой волны (ЭСВ) конвексным датчиком частотой 1-6 МГц. Жесткость печени (кПа) рассчитывали путем 10 измерений со стандартным отклонением ≤30%. При ЭСВ печени средний показатель жесткости составил 4,0 (3,1;4,5) кПа, при этом у 80 (91%) пациентов значение было менее 5,7 кПа, что свидетельствует об отсутствии фиброза, в то время как значение более 15 кПа, ассоциированное с высокой степенью фиброза или цирроза, не было отмечено ни у одного пациента. У 8 (9%) пациентов показатели жесткости были выше порогогового значения в 5,7 кПа. Жесткость печени была сопоставима в группах пациентов с разными степенями активности, достоверной корреляции между показателями жесткости печени по данным ЭСВ с возрастом,

антропометрическими данными, продолжительностью заболевания, а также биохимическими показателями состояния печени выявлено не было.
Выводы. Большинство пациентов с ПсА имеют нормальные показатели жесткости печени по данным эластографии. Жесткость печени, определенная с помощью ЭСВ, не коррелирует с основными клиническими и биохимическими показателями ПсА.

Ключевые слова: псориатический артрит, жесткость печени, эластография сдвиговой волной.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Мухаметшина Э.И., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И., Хамзина Ф.Т. Ультразвуковая эластография сдвиговой волной в оценке состояния печени у пациентов с псориатическим артритом.
Терапия. 2023; 9(3S): 307-308.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.307-308

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ: ОПЕРАТИВНО НЕЛЬЗЯ КОНСЕРВАТИВНО – РАССТАВИМ АКЦЕНТЫ

НАСРУЛАЕВА А.А., ФИЛОНЕНКО Е.П., ГАЙДУКОВА И.З.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Введение. Асептический некроз кости является актуальной проблемой для врачей травматологов, ревматологов. В связи с высокой встречаемостью в популяции, поражением в большинстве случаев лиц молодого, трудоспособного возраста, а также большой частотой инвалидизации, необходимо эффективное лечение, особенно на ранних стадиях заболевания. Небактериальный остеомиелит встречается на порядок реже, однако также приковывает к себе внимание ревматологов, травматологов, терапевтов и врачей общей практики.

Представлены клинические наблюдения двух пациентов.

Описание клинического наблюдения 1. Пациент М., 44 лет. В анамнезе: компрессионный перелом позвоночника в 10 лет с прогрессирующими радикулопатиями, ограничением движений в нижних конечностях и пояснице в течение жизни. В 2016 г. отмечено ограничение движений и боли в области тазобедренных суставов, при обследовании выявлен асептический некроз головок бедренных костей - проведено эндопротезирование с обеих сторон. Проведена ПЭТ/КТ всего тела: верифицирован остеонекроз головок плечевых костей. Пациента беспокоили интенсивные боли и ограничение подвижности. На МРТ – очаги остеонекроза плечевых костей, окруженные зоной отека костного мозга размером 2,0 × 1,4 см слева, 1,7 × 0,9 справа. Повторное МРТ плечевых суставов: отмечается увеличение зоны некрозов до размеров 2,2 × 1,6 см слева, 1,9 × 1,3 см справа, усиление перифокального отека. Пациент получал лечение: ацетилсалициловая кислота + магния гидроксид 75 мг в сутки, эторикоксиб 90 мг в сутки, фолиевая кислота 1 мг в сутки, терипаратид 20 мкг/сутки п/к. Лечение терипаратидом составило 4 месяца – купировался болевой синдром, исчезли зона отека костного мозга и вторичный синовит плечевых суставов, боли в суставах в покое и при обычных движениях отсутствовали, отмечал боль при максимальном отведении плеча назад (плавание).

Описание клинического наблюдения 2. Пациентка П., 19 лет, с 9 лет наблюдается по поводу монофокального остеомиелита, с многочисленными резекциями и биопсиями, без значимого эффекта и с последующим ухудшением состояния. Онкологическая природа

заболевания была исключена. Неоднократно проводилось лечение в стационаре проводилось лечение и антибиотиками.

В 2019 г. был рекомендован приём сульфасалазина, с неполным эффектом. Далее было инициировано введение инфликсимаба, с хорошим терапевтическим эффектом. Также был начат приём метотрексата. В дальнейшем добились активности заболевания низкой степени.

Выводы. Таким образом, на фоне комплексного лечения множественного асептического некроза, включающего терипаратид, возможно формирование адекватного склерозирования некротизированного участка с сохранением формы и функции кости. Вопрос о необходимости оперативной коррекции в подобных случаях нуждается в дополнительном изучении.

Ключевые слова: асептический некроз, небактериальный остеомиелит, терипаратид

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Насрулаева А.А., Филоненко Е.П., Гайдукова И.З. Асептический некроз: оперативно нельзя консервативно – расставим акценты.
Терапия. 2023; 9(3S): 309-310.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.309-310

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

НИКИФОРОВА А.В., ТАРАСОВА Л.В.

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

Цель. Изучить особенности манифестации, клиники, течения у пациентов возрастных групп 50-59 лет, 60 лет и старше при язвенном колите и болезни Крона и оценить их прогностическое значение в условиях Чувашской Республики в связи с увеличением числа пожилых граждан.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и медицинских амбулаторных карт 28 пациентов с началом заболевания в возрасте 60 лет и старше и 51 пациента – в возрастной группе 50-59 лет с поставленным диагнозом ВЗК.

Результаты. В возрастной категории 50-59 лет наблюдаются ВЗК чаще у женщин (52%), а в 60 и старше – у мужчин (64%). ЯК верифицирован примерно у 60 % больных, БК – у 40%, что совпадает с эпидемиологическими данными зарубежных ученых.

У больных с ЯК 50-59 лет преобладала левосторонняя локализация патологического процесса (56%), а в возрастной группе старше 60 лет – тотальная. У пожилых больных преобладали случаи с воспалительной формой БК (80%). Локализация патологического процесса при БК у пациентов старшего возраста характеризовалась более частым поражением толстой кишки (колит – 70%) и меньшей частотой обнаружения илеита и других локализаций, значительных различий в взятых нами возрастных группах выявлено не было. Такое клиническое проявление как болевой синдром у пациентов прослеживается в каждой группе 100%. Признаки трофической недостаточности в тяжелых случаях ЯК (дегидратация, анемия, гипокалиемия, гипоальбуминемия и другое), патогенетически прямо связанные с данным заболеванием, наблюдались у 20% пациентов. В возрастной группе 50-59 чаще наблюдается непереносимость, неэффективность ГИБТ, в частности Инфликсимаба. Но в группе старше 60 – чаще встречаются внекишечные проявления и осложнения заболевания, такие как полипы толстого кишечника, кишечные кровотечения.

Выводы. ВЗК у пожилых отличаются рядом клинических особенностей: маломанифестной симптоматикой, менее агрессивным и относительно стабильным течением, наличием сопутствующей патологии, прогрессирующей с годами и требующей

приема различных лекарственных средств, взаимодействия которых необходимо учитывать.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, пожилые пациенты.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Никифорова А.В., Тарасова Л.В. Клинические особенности воспалительных заболеваний кишечника в гериатрической практике в Чувашской республике.
Терапия. 2023; 9(3S): 311-312.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.311-312

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СНИЖЕНИИ РИСКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

НИКИФОРОВА Т.И.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором увеличения частоты застойной сердечной недостаточности, особенно при наличии у пациентов гипертрофии левого желудочка. Снижение повышенного АД улучшает показатели диастолической и систолической функции левого желудочка, снижает риск возникновения новой сердечной недостаточности и госпитализации.

Цель. Разработать немедикаментозные технологии, снижающие риск развития застойной сердечной недостаточности и госпитализаций.

Материал и методы. В исследование вошло 130 пациентов с артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка, в возрасте 61,8±2,5 лет которые были рандомизированы в соотношении 1:1 на две группы: 1-я группа (n=70) получила курс общих кремнисто-углекислых ванн ежедневно № 10; 2-я (n=70) – общих кремнистых ванн ежедневно № 10 на фоне рекомендованной медикаментозной терапии. АД контролировали методом суточного мониторирования АД (СМАД), проводили электрокардиографию и эхокардиографию (ЭХОКГ) (прибор «Combisson 320»). Результаты обрабатывали при помощи программы STATISTICA 10.

Результаты. Проведенные курсы ванн позволили более быстро достичь гипотензивного эффекта, снизить по данным СМАД, среднесуточное систолическое АД (САД) диастолическое АД (ДАД) у пациентов 1-й группы на 19,3±0,3 мм рт.ст. ($p<0,001$), - на 13,0±0,2 мм рт.ст. ($p<0,001$), 2-й – на 15,6±0,6 мм рт.ст. ($p<0,005$) и на 10,2±0,8 мм рт.ст. ($p<0,005$), соответственно, что ассоциировано со снижением массы миокарда левого желудочка, улучшением его функций и подтверждается данными ЭХОКГ, в большей степени под влиянием кремнисто-углекислых ванн по сравнению с кремнистыми ваннами. Показатель индекса «времени гипертензии» за сутки уменьшился в 1-й группе на 59% и 43,3% ($p<0,001$), во 2-й – на 47,6% и 29% ($p<0,005$), соответственно для САД и ДАД, что свидетельствует об улучшении систолической и диастолической функции миокарда, снижении риска госпитализации также в большей степени после курса кремнисто-углекислых ванн по сравнению с только кремнистыми.

Выводы. Курсовое применение общих кремнистых и кремнисто-углекислых ванн у пациентов с АГ и гипертрофией левого желудочка способствует более быстрому достижению гипотензивного эффекта, снижению массы миокарда, улучшению его функций, снижению риска развития застойной сердечной недостаточности и частоты госпитализаций.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, сердечная недостаточность, немедикаментозные методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний..

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Никифорова Т.И. Немедикаментозные технологии в снижении риска сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка.
Терапия. 2023; 9(3S): 313-314.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.313-314

ОЖИРЕНИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ

НУРИЕВА А.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В.

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

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неалкогольный стеатоз печени и панкреатит являются коморбидными ожирению заболевания. Однако открытым остается вопрос о их связи с конкретными фенотипами ожирения: экзогенно-конституциональное ожирения (ЭКО), абдоминальное ожирение (АО), повышенный уровень висцерального жира (ПУВЖ). Что определило цель нашего исследования.

Материал и методы. Исследование по типу «случай-контроль» по наличию ЭКО включало 151 пациента трудоспособного возраста (Me 38,0 [33,0-47,0] лет). Вероятная ГЭРБ диагностирована при наличии более 7 баллов по шкале GerdQ. Неалкогольный стеатоз печени, хронический панкреатит установлены по результатам осмотра и ультразвукового исследования. Оценены ЭКО, АО, ПУВЖ.

Сформированы 6 фенотипов ожирения: нормальный индекс массы тела (NИМТ) – АО – ПУВЖ (n=47; 31,1%), избыточная масса тела (ИзМТ) – АО – ПУВЖ (n=26; 17,2%), NИМТ + АО – ПУВЖ (n=11; 7,3%), ИзМТ + АО – ПУВЖ (n=34; 22,5%), ЭКО + АО – ПУВЖ (n=20; 13,2%), ЭКО + АО + ПУВЖ (n=13; 8,6%). Применена IBM-SPSS-Statistics-26.

Результаты. Вероятная ГЭРБ установлена в 12% случаев, панкреатит – 9,9%, стеатоз – 5,3%. Вероятная ГЭРБ диагностирована у каждого третьего с ЭКО+АО+ПУВЖ (n=4; 30,8%), у каждого четвертого с ЭКО+АО–ПУВЖ (n=5; 25,0%), в 17,6% случаев при ИзМТ+АО–ПУВЖ (n=6), что чаще по сравнению с NИМТ–АО–ПУВЖ (n=1; 2,1%, p_{1-4}=0,014, p_{1-5}=0,003, p_{1-6}=0,001) и ИзМТ–АО–ПУВЖ (n=1; 3,8%, p_{2-4}=0,099, p_{2-5}=0,035, p_{2-6}=0,018).

Стеатоз выявлен в два раза чаще у лиц ЭКО+АО+ПУВЖ (n=3; 23,1%), чем при ЭКО+АО–ПУВЖ (n=2; 10,0%). Реже – в группе ИзМТ+АО–ПУВЖ (n=3; 8,8%).

Панкреатит чаще установлен при ЭКО+АО+ПУВЖ (n=5; 38,5%), чем при ИзМТ+АО–ПУВЖ (n=2; 5,9%, p_{4-6}=0,005), при ИзМТ–АО–ПУВЖ (n=2; 7,7%, p_{2-6}=0,018), NИМТ–АО–ПУВЖ (n=3; 6,4%, p_{1-6}=0,003).

Выводы. ГЭРБ значительно чаще выявлена у лиц с абдоминальным ожирением. В то время, как стеатоз печени и панкреатит – при повышенном уровне висцерального жира.

Ключевые слова: ожирение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, неалкогольный стеатоз печени, панкреатит.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Нуриева А.Р., Синеглазова А.В. Ожирение и заболевания желудочно-кишечного тракта в трудоспособном возрасте.
Терапия. 2023; 9(3S): 315-316.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.315-316

ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ В ПОЗИЦИИ СКРИНИНГОВЫХ ПАРАМЕТРОВ СПИРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ОВСЯННИКОВ Е.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Цель. Провести сравнительный анализ значений ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно у больных ХОБЛ с нормальной массой тела, избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. В исследование были включены 264 больных ХОБЛ. Диагноз ХОБЛ был установлен в соответствии с GOLD, на основе комплексной оценки симптомов заболевания, данных анамнеза, данных объективного статуса, спирометрии. В первую группу вошли 88 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2): 60 мужчин и 26 женщин, средний возраст 63,3±7,5 лет. Вторую группу составили 88 больных ХОБЛ с избыточной массой тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м^2): 61 мужчина и 27 женщин, средний возраст 62,8±6,5 лет. Третья группа – 88 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ ≥30,0 кг/м^2): 64 мужчины и 24 женщин, средний возраст 61,7±7,8 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Из определяемых параметров учитывали постбронходилатационные значения ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, выраженные в процентах от должного.

Результаты. По результатам сравнительного анализа ANOVA исследуемые группы достоверно различались по всем оцениваем параметрам спирометрии. При этом наблюдалась достоверная тенденция к ухудшению ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно по мере снижения ИМТ. В частности, средние значения ОФВ1 в группах 1, 2, 3 составили 37,1±15,2, 41,4±16,0 и 48,3±16,2% от должного, соответственно (F-отношение 13,9, p=0,00001). Средние значения ФЖЕЛ в группах 1, 2, 3 составили 56,4±20,3, 62,3±21,0 и 71,6±18,7% от должного, соответственно (F-отношение 14,3, p=0,00001). Также наблюдалось достоверное отличие и по производному вышеописанных параметров – индексу Тиффно (F-отношение 12,01, p=0,00002).

Выводы. С учетом результатов нашего исследования, парадокс ожирения у больных ХОБЛ, можно экстраполировать не только на общепринятые показатели как выживаемость, частота обострений и др., но и на спирометрические показатели бронхиальной обструкции. Механизмы данного явления требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, спирометрия, ожирение.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Овсянников Е.С. Парадокс ожирения в позиции скрининговых параметров спирометрии у больных хронической обструктивной болезни легких. Терапия. 2023; 9(3S): 317-318.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.317-318

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ОВСЯННИКОВ Е.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Цель. Оценить клинико-функциональные параметры у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 160 больных ХОБЛ (группа D, GOLD) вне обострения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,4±7,7 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ ≥30 кг/м^2): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст 61,8±6,9 лет.

Результаты. Частота обострений ХОБЛ за предыдущий год, не потребовавших госпитализации, а также госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ за последние 12 мес. у больных 1 группы была достоверно выше, чем у больных 2 группы, и составила 1,91±0,32 и 1,4±0,74 (F=7,08, p=0,012), и 1,72±0,54 и 1,31±0,72 (F=8,11, p=0,013), соответственно. Выраженность одышки, продукции мокроты, общей слабости по ВАШ у больных 1 группы были достоверно выше, чем у больных 2 группы, и составили 7,51±1,33 и 6,03±1,21 (F=24,22, p=0,0000), 3,71±1,64 и 2,86±1,75 (F=6,91, p=0,015), 6,60±1,54 и 5,56±1,15 (F=7,43, p=0,003), соответственно. Выраженность кашля по ВАШ у больных, а также симптомов по CAT между группами достоверно не отличались: 3,68±1,88 и 3,52±1,17 (F=1,45, p=0,35), 23,14±9,35 и 22,01±5,74 (F=0,74, p=0,26), соответственно. Средние значения ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно были достоверно выше у больных 2 группы по сравнению с 1 группой и составили 46,56±14,29% и 31,39±15,13% (F=38,65, p=0,0000), 73,51±18,65% и 54,39±20,34% (F=37,43, p=0,0000), 62,08±7,18% и 55,54±7,83% (F=23,70, p=0,0000). С учетом полученных результатов спирометрии, группы 1 и 2 также достоверно различались по распределению больных по степени бронхиальной обструкции (GOLD 1, 2, 3, 4) (χ^2=57,54; p=0,0000; Kendall's Tau b -0,325, p=0,0000).

Выводы. У больных ХОБЛ и ожирением выраженность одышки, продукции мокроты и общей слабости достоверно ниже по сравнению с больными ХОБЛ с нормальной массой тела, при достоверно более высоких значениях ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, спирометрия, ожирение.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Овсянников Е.С. Сравнительная характеристика клинико-функциональных параметров у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением. Терапия. 2023; 9(3S): 319-320.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.319-320

ВЫСОКИЙ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК ПРЕДИКТОР БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ОВСЯННИКОВ Е.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Цель. Сравнить значения прогностически значимого индекса BODE у больных ХОБЛ с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. В исследование были включены 162 больных ХОБЛ. Диагноз ХОБЛ был установлен в соответствии с GOLD, на основе комплексной оценки симптомов заболевания, данных анамнеза, данных объективного статуса, спирометрии. Первую группу составили 88 больных ХОБЛ с избыточной массой тела: 61 (69,3%) мужчина и 27 женщин (30,7%), средний возраст 62,8±6,5 лет. Вторая группа – 88 больных ХОБЛ с ожирением: 64 (72,7%) мужчины и 24 женщины (27,3%), средний возраст 61,7±7,8 лет. Для оценки выраженности одышки использовалась 4-балльная шкала mMRC. Из определяемых параметров спирометрии учитывали постбронходилатационные значения ОФВ1. Для оценки толерантности к физической использовался тест ходьбы в течение 6 минут (6MWD). Индекс BODE рассчитывался по общепринятой методике с учетом ОФВ1, mMRC, 6MWD, индекса массы тела.

Результаты. Выраженность одышки по шкале mMRC у больных в исследуемых группах 1 и 2 достоверно не различалась, и составила 3,67±1,2 и 3,25±1,3 баллов (p=0,39). Пройденное расстояние в 6MWD у больных 1 группы было меньше, чем у больных 2 группы, и составило 259,2±143,0 м и 283,2±114,8 м, соответственно (p=0,14). Значения ОФВ1 у больных 1 группы было достоверно меньше, чем у пациентов 2 группы – 41,4±16,0 и 48,3±16,2% то должного (p=0,003). Значение индекса BODE у больных ХОБЛ и избыточной массой тела было достоверно выше, чем у больных ХОБЛ и ожирением: 5,45±2,41 и 4,38±2,76, соответственно (p=0,023).

Выводы. Индекс BODE, являясь общепринятым простым для расчёта предиктором неблагоприятных исходов ХОБЛ, по результатам нашего исследования оказался выше у больных ХОБЛ и избыточной массой тела, чем у больных ХОБЛ и ожирением, указывая на более благоприятный прогноз в плане исходов заболевания у больных ХОБЛ с более высоким индексом массы тела.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, индекс массы тела, индекс BODE.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Овсянников Е.С. Высокий индекс массы тела как предиктор более благоприятных исходов хронической обструктивной болезни легких.
Терапия. 2023; 9(3S): 321-322.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.321-322

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ОВСЯННИКОВ Е.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Цель. Оценить уровень показателей провоспалительного и противовоспалительного цитокинового профиля у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и у больных ХОБЛ и ожирением.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 160 больных ХОБЛ (группа D, GOLD, 2018 г.) вне обострения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2): 71 мужчина и 7 женщин, средний возраст 61,4±7,7 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ ≥30 кг/м^2): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст 61,8±6,9 лет. Наряду с рутинным клинико-функциональным обследованием у всех больных в каждой группе оценивали уровни интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), интерлейкина-10 (IL-10), С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), интерферона-у.

Результаты. У больных 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы были достоверно выше уровни СРБ, интерферона-у, ФНО-α, и составили в среднем 0,381 (0,001;6,618) мг/л и 0,001 (0,001;0,377) мг/л (U=908,0, p=0,003), 1,513 (0,001; 8,871) пг/мл и 0,001 (0,001;1,268) пг/мл (U=765,0, p=0,004), 0,001 (0,001;0,421) пг/мл и 0,001 (0,001;0,001) пг/мл (U=538,0, p=0,013), соответственно.

Что касается других оцениваемых показателей, исследуемые группы достоверно не различались, а именно средние значения уровня IL-4, IL-10, IL-6, IL-8 в группе 1 и 2 составили 11,3±8,3 пг/мл и 12,2±10,1 пг/мл (F=0,54, p=0,62), 169,7±91,7 пг/мл и 154,0±67,4 пг/мл (F=0,12, p=0,58), 21,3 (3,76;39,76) пг/мл и 23,5 (7,87;58,76) пг/мл (U=489,0, p=0,23), 19,83 (15,51;37,59) пг/мл и 18,61 (15,34;26,01) пг/мл (U=-462,0, p=0,17), соответственно.

Выводы. У больных ХОБЛ и ожирением выраженность системного воспаления по уровню С-реактивного белка, фактора некроза опухоли-α, интерферона-у выше, чем у больных ХОБЛ и нормальной массой тела. В то же время, показатели цитокинового профиля, такие как интерлейкин-4, интерлейкин-6, интерлейкин-8, интерлейкин-10, достоверно не различались у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ожирение, цитокиновый профиль.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Овсянников Е.С. Выраженность системного воспаления у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением.
Терапия. 2023; 9(3S): 323-324.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.323-324

АНАЛИЗ Т-КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ОТВЕТА НА АНТИГЕНЫ SARS-COV-2 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ РИТУКСИМАБ

ОМЕЛЬЧЕНКО В.О., ЛЕТЯГИНА Е.А., КУРОЧКИНА Ю.Д., АКИМОВА А.А., ОВЧИННИКОВ В.С., КОВАЛЬ В.В., БРАТКО И.В., КОРОЛЕВ М.А.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск

Введение. Ревматоидный артрит (РА) — распространенное иммуновоспалительное ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов. Применение ритуксимаба при РА сопровождалось более тяжелым течением COVID-19. Предполагается, что снижение напряженности гуморального ответа на инфекцию приводит к более тяжелому ее течению. Также обсуждается роль Т-клеточного ответа на инфекцию в условиях снижения гуморального ответа.

Цель. Оценка Т-клеточного и гуморального ответа на антигены SARS-CoV-22 у больных ревматоидным артритом, получающих ритуксимаб.

Материал и методы. В исследование включены 39 пациентов старше 18 лет с РА (ACR/EULAR 2010 г.). Медиана возраста - 47 лет [36;60], длительности заболевания – 9 лет [5;17]. У пациентов преобладала умеренная и высокая активность заболевания (DAS28-СРБ 3,97 [3,31;4,85]). Ритуксимаб получали 64,1% больных. Группа сравнения - 33 человека, не имеющие воспалительной артропатии.

Оценка Т-клеточного иммунного ответа к антигенам коронавируса (пептиды белка S и пептиды белков N, M, ORF3a, ORF7a) SARS-CoV-2 выполнена методом ELISPOT («Тигра-Тест» SARS-CoV-2, АО «Генериум»). Изучение гуморального иммунного ответа с определением IgG к RBD домену S1 белку коронавируса SARS-CoV-2 выполнено методом ИХЛА (ARCHITECT SARS-CoV-2 IgG II Quant, Abbott). Статистическая обработка данных проводилась с использованием критериев $\chi 2$, Манна-Уитни и Крускала-Уоллеса. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Большинство включенных в исследование лиц ранее перенесли COVID-19 и срок с момента болезни в исследуемых группах не отличался. Только среди больных РА, получающих ритуксимаб, были выявлены пациенты (4/21 (16%)) с отсутствием значимого повышения уровня IgG к RBD домену S1 белка коронавируса SARS-CoV2, хотя в этой

группе все пациенты были вакцинированы. Уровень Т-клеточного ответа, связанный с перенесенной инфекций был выше у больных РА с ритуксимабом по сравнению с группой сравнения (17 [6;38] против 7 [2;14], p=0,031), хотя эти больные болели COVID-19 с той же частотой и уровень антител IgG у них не отличался.

Выводы. Недостаточное формирование гуморального ответа и высокий уровень Т-клеточного ответа на антигены SARS-CoV-2 выявлены у больных РА, получающих ритуксимаб.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, SARS-CoV-2, Т-клеточный ответ, гуморальный ответ, ритуксимаб.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Омельченко В.О., Летягина Е.А., Курочкина Ю.Д., Акимова А.А., Овчинников В.С., Коваль В.В., Братко И.В., Королев М.А. Анализ Т-клеточного и гуморального ответа на антигены SARS-CoV-2 у больных ревматоидным артритом, получающих ритуксимаб.

Терапия. 2023; 9(3S): 325-326.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.325-326

САРКОПЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ОМЕЛЬЧЕНКО В.О.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) распространенное аутоиммунное заболевание, характеризующееся развитием эрозивного артрита, быстрым развитием деформаций и инвалидизации у лиц трудоспособного возраста. Течение заболевания характеризуется формированием неблагоприятного фенотипа композитного состава (КС) тела (снижение МПКТ, перераспределение жировой ткани, саркопения). Снижение мышечной массы может привести к слабости, инвалидности и метаболическим нарушениям. При этом индекс массы тела может оставаться в пределах нормы или несколько отклоняться от нее в любую сторону. На состав тела при РА, помимо факторов характерных для общей популяции, влияет также хроническое воспаление. Однако данные о связи КС и воспалительной активности при РА противоречивы.

Цель. Изучить композитный состав тела у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы. В исследование включены 83 женщины старше 18 лет с ревматоидным артритом, верифицированным на основании критериев ACR/EULAR 2010 г. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, оценка активности заболевания, показателей липидного профиля. Изучение композитного состава тела проводилось с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с использованием программы «Total Body» на аппарате Lunar Prodigy Advance. При изучении КС оценивался аппендикулярный мышечный индекс (АМИ), определяемый как отношение АММ к квадрату роста человека (кг/м^2). Величина АМИ ≤5,5 кг/м^2 считалась пороговой для определения сниженной мышечной массы.

Результаты и обсуждение. Медиана АМИ составила 6,1 [5,5;7,1], что было сопоставимо с данными отечественных авторов (Торопцова Н.В., и др.). Обращает на себя внимание, что АМИ прямо коррелировал с возрастом (rs=0,273; p=0,012), что отличается от данных литературы, где описано уменьшение мышечной массы у лиц пожилого возраста. Саркопения выявлена у 30% больных РА. Больные с саркопенией были моложе, имели большую длительность РА, а также имели преимущественно нормальный индекс массы тела, либо его дефицит. Не выявлено ассоциации саркопении с показателями липидного профиля, с приемом препаратов, в том числе, ГИБП и преднизолона.

Выводы. Саркопения встречалась с высокой частотой у более молодых женщин с ревматоидным артритом, имеющих более низкую массу тела и большую длительность заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, саркопения, композитный состав тела.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Омельченко В.О. Саркопения у женщин с ревматоидным артритом. Терапия. 2023; 9(3S): 327-328.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.327-328

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ОСМАНОВА Г.Я.

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

Актуальность. Ревматоидный артрит – аутоиммунные заболевания неизвестной этиологии, характеризующиеся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов. Хроническое прогрессирующее течение заболевания и пожизненная терапия приводит к необратимым осложнениям и побочным эффектам, проявляющимся в изменении внешности, нарушениях сна, эмоциональной лабильности, физическом дискомфорте и значительном ограничении функциональных возможностей, что может вызывать депрессивные расстройства.

Цель. Оценить депрессивные расстройства у больных с ревматоидным артритом с помощью самоопросника Бека.

Материал и методы. В исследовании участвовали 50 больных женщин в возрасте от 27 до 75 лет, проходивших лечение в отделении ревматологии ГУЗ ГКБ СМП № 25 с 2021 по 2023 гг. Пациентам выставлялся диагноз: Ревматоидный артрит (EULAR, 2010), получали стандартную терапию. Из 50 пациенток 22 (44%) имели высокую степень активности по индексу DAS28, 25 (50%) – среднюю, 3 (6%) – низкую. Средняя продолжительность болезни – 9лет (менее 5 лет болеют 19 (38%) пациентов, от 5 до 10 лет -12 (24%) больных и более 10 лет по 19 (38%) больных). 28 (56%) пациентов с рентгенологической стадией I-II (по Штейнброкеру) и 22 (44%) больных с III-IV стадией.

Результаты и обсуждение. Из 50 больных, участвовавших в опросе, у 40 (80%) пациенток отмечались депрессивные расстройства (у 21 пациенток (42%) выявлена легкая депрессия (субдепрессия), у 8 опрошенных (20%) умеренная, у 11(22%) больных явно выраженная депрессия) и лишь у 10 пациенток (20%) отсутствовали симптомы депрессии.

8 (73%) пациенток с выраженной депрессией имели высокую активность заболевания, у 9 больных (82%) – рентгенологическая стадия III-IV и длительность заболевания в среднем 15 лет, тогда как у 8 (80%) больных без депрессивных нарушений отмечалась низкая и средняя активность по DAS28, у 9 (90%) пациентов рентгенологическая стадия I-II и средняя продолжительность заболевания 2,5 года.

Выводы. Таким образом, депрессивные расстройства при воспалительных заболеваниях суставов широко распространены. Эти пациенты имеют более высокую активность заболевания, частоту эрозивных поражений и длительность заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, депрессивные расстройства, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Османова Г.Я. Депрессивные расстройства у больных с ревматоидным артритом.
Терапия. 2023; 9(3S): 329-330.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.329-330

СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

ПАЙКОВА А.С., БАШЛАЧЕВА Е.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Актуальность. Увеличение средней продолжительности жизни привело к росту частоты хронических и возраст-ассоциированных заболеваний у пожилых пациентов. Ведущую роль играют заболевания сердечно-сосудистой системы.

Цель. Оценить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении (СА).

Материал и методы. Было обследовано 147 пациентов, средний возраст которых составил 78,9±13,4 года. Все пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группе было 49 пациентов в возрасте от 65 до 74 лет, 2 группа состояла из 50 пациентов 75-84 лет и 3 группа – 48 человек в возрасте 85 лет и старше. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование и оценка синдрома СА.

Результаты. В результате общеклинического обследования у всех пациентов был выявлен гериатрический синдром полиморбидности. Заболевания сердечно-сосудистой системы встречались наиболее часто. Артериальная гипертония (АГ) имелась у 93,9% пациентов 1 группы, 100% – второй группы и 97,9% 3 группы. Наличие хронической сердечной недостаточности (ХСН) установлено у 73,5% человек из 1 группы, 90% из второй и 81,2% третьей группы. Стенокардия напряжения диагностирована у 26,5% больных первой, 44,0% второй и 39,6% третьей группы. Постоянная форма мерцания предсердий – у 16,3% пациентов первой, 22% второй и 14,6% третьей группы. Постинфарктный кардиосклероз имели 8,2% пациентов первой группы, 18% второй и 22,9% третьей группы.

При оценке синдрома СА в 1 группе: 59,2% пациентов имели преастению, а 38,8% легкую СА. Во 2 группе у 46,0% обследованных была выявлена преастения, у 52,0% – лёгкой СА и у 2,0% – умеренная СА. В 3 группе 37,5% пациентов имели признаки преастении, у 47,9% – СА лёгкой степени, у 12,5% умеренная СА и у 2,1% тяжёлая СА.

Выводы. Все обследованные пациенты имели синдром полиморбидности, наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы. Старческая астения была диагностирована более чем у половины обследуемых, а её тяжесть и частота увеличивалась с

возрастом. Также с возрастом отмечено учащение наличия АГ, ХСН, стенокардии и постинфарктного кардиосклероза.

Ключевые слова: старческая астения, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, стенокардия, постинфарктный кардиосклероз.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Пайкова А.С., Башлачева Е.А. Структура сердечно-сосудистой патологии у пациентов с синдромом старческой астении.
Терапия. 2023; 9(3S): 331-332.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.331-332

ФЕНОМЕН ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

ПАЙКОВА А.С., ЧИЖОВА А.С., РОГОЗИНА С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Актуальность. Ортостатическая гипотония (ОГ) - независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста.

Цель. Оценить частоту возникновения ОГ у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. На базе ОБУЗ ИКБ им. Куваевых был обследован 141 пациент в возрасте от 67 до 90 лет с АГ. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа составила 48 человек в возрасте 65-74 лет (средний возраст 70,2±3,1 года); вторая – 93 пациента в возрасте 75-90 лет (средний возраст 82,8±4,3 года). При клиническом обследовании учитывались медикаментозно достигнутые значения АД и частота возникновения ОГ по данным ортостатической пробы (ОП).

Результаты. В первой группе у 45,8% пациентов уровень систолического АД (САД) составлял ≥140 мм рт.ст., у 41,7% уровень САД был от 130 до 139 мм рт.ст. и 12,5% пациентов имели уровень САД <130 мм рт.ст. Среди лиц с САД ≥140 мм рт.ст. у 68,2% АД снизилось на 20 и более мм рт.ст., что свидетельствует об ОГ. Среди лиц с САД от 130 до 139 мм рт.ст у 75% пациентов была положительная ОП, а среди лиц с исходным САД <130 мм рт.ст. ОГ имелась у 50% пациентов.

Во 2 группе у 45,2% обследованных уровень САД составлял ≥140 мм рт.ст.; у 32,3% уровень САД был от 130 до 139 мм рт.ст. и у 22,5% уровень САД <130 мм рт.ст. Среди лиц с исходным САД ≥140 мм рт.ст. положительная ОП отмечалась у 69,0% обследованных, среди лиц с исходным САД от 130 до 139 мм рт.ст у 76,7% обследуемых, а среди лиц с исходным САД <130 мм рт.ст. у 57,1% пациентов.

Выводы. Частота возникновения ОГ была выше у пациентов с уровнем САД 130-139 мм рт.ст. и более низким (68,2% в 1-й группе и 69,0% во 2-й), чем у тех, кто имел исходное САД 140 мм рт.ст. и выше.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ортостатическая гипотензия, пожилые пациенты.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Пайкова А.С., Чижова А.С., Рогозина С.Е. Феномен ортостатической гипотензии у больных артериальной гипертонией старших возрастных групп.
Терапия. 2023; 9(3S): 333-334.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.333-334

ЛИМФОМА С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОНКОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

ПАРФЕНОВА О.А., СТУКЛОВ Н.И., ВЕРНЮК М.А., ЧЕРВОНЦЕВА А.М., КИСЛЫЙ Н.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Лимфопролиферитивные заболевания (ЛПЗ) с первичным поражением тонкой кишки встречаются относительно редко (20-30% случаев) несмотря на то, что желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) является наиболее частой локализацией экстранодальных лимфом. В-клеточные лимфомы являются распространенным гистологическим типом, среди которых наиболее часто встречаются: диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома (ДВККЛ), лимфома Беркитта (ЛБ), связанная с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и фолликулярная лимфома (ФЛ). В связи с тем, что лимфома с первичным поражением тонкой кишки, относительно других ЛПЗ, встречается редко, данных о клинической картине заболевания и диагностических подходов недостаточно.

Цель. Изучить клинико-диагностические особенности ЛПЗ с первичным поражением тонкого кишечника.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные пациентов, проходивших обследование и лечение в отделении высокодозной химиотерапии с блоком трансплантации костного мозга в МНИОИ им. П. А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России за период с 2018 по 2020 гг.

Результаты. Обследовано 15 пациентов из них мужчин – 9 (60%) и женщин 6 (40%). Средний возраст пациентов составил 54 года. До верификации диагноза, основной жалобой была боль различной степени интенсивности: 9 пациентов (60%) госпитализированы в связи с наличием интенсивного болевого синдрома, 6 пациентов (40%) отмечали длительную неинтенсивную боль. У 14 из 15 пациентов (93,3%) отмечались В-симптомы: 12 пациентов (85,7%) жаловались на потерю веса, лихорадка выше 38 °С наблюдалась у 5 пациентов (35,8%), ночная потливость – 3 пациента (21,4%). Диарея наблюдалась у 5 больных (33,3%). Всем 15 пациентам были проведены мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и

лечебно-диагностическое оперативное пособие с последующим гистологическим и иммуногистохимическим (ИГХ) исследованиями удаленной опухолевой ткани. Наиболее частым гистологическим вариантом была ДВККЛ (87% – 13 пациентов), в остальных случаях была установлена ЛБ. По данным инструментальной диагностики, 13 пациентам (86,6%) установлена IV стадия заболевания по Lugano из них 5 больных (38,4%) опухолевое образование было более 10 см, в остальных случаях (2 пациента – 13,4%) была установлена II стадия заболевания. Наиболее часто была поражена подвздошная кишка – 53,4% случаев (8 пациентов), реже тощая кишка (5 пациентов – 33,3%) и двенадцатиперстная кишка (2 пациента, 13,3%). По данным трепанобиопсии – костный мозг интактен у всех пациентов.

Вывод. Клиническая картина лимфомы тонкой кишки неспецифична, наиболее частым клиническим проявлением является интенсивный болевой синдром и триада В-симптомов. Диагностика осуществляется гистологическим и ИГХ методом. Чаще выявляется ДВККЛ с локализацией в подвздошной кишке.

Ключевые слова: лимфома тонкой кишки, диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, триада В-симптомов.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Парфенова О.А., Стуклов Н.И., Вернюк М.А., Червонцева А.М., Кислый Н.Д. Лимфома с первичным поражением тонкой кишки: клинические проявления и особенности диагностики.
Терапия. 2023; 9(3S): 335-336.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.335-336

РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ПАЧГИНА П.И., ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., КОРОЛЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Актуальность. Тревожно-депрессивный синдром может развиваться как с первыми признаками заболевания, так и при прогрессировании ревматоидного артрита (РА), значительно ухудшая психологические и соматические показатели, существенно снижая качество жизни пациентов и приверженность к лечению.

Цель. Оценить частоту встречаемости расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных с РА.

Материал и методы. Проведен опрос 22 больных с РА (средний возраст – 42,3±6,7 года). Контрольную группу составили 20 человек без РА, сопоставимых по возрасту и полу. Для оценки и выявления тревожно-депрессивного синдрома использовались скрининговая карта для выявления депрессии, шкала субъективного благополучия и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. По результатам скринингового опросника депрессии у 17 (77,3%) пациентов с РА выявлены признаки депрессии, в то время как в контрольной группе только 3 (15,0%) пациента имели положительный результат теста на наличие депрессивных расстройств. По данным, полученным при оценке шкалы благополучия, в основной группе у 13 (59,1%) больных отмечались признаки эмоционального дискомфорта (показатель составил 80% и выше), в контрольной группе – у 3 (15,0%).

При оценке госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS тревожно-депрессивный синдром выявлен у 18 (81,8%) пациентов с РА: у 8 (44,4%) пациентов отмечалась тревога, у 10 (55,6%) – депрессия, из них субклинически выраженные тревога и депрессия наблюдались у 5 (27,7%) и 6 (33,3%) человек, соответственно. Тревожно-депрессивный синдром в контрольной группе по данным опросника HADS выявлен только у 4 (20%) пациентов, из них у 2 (10%) человек отмечалась субклинически выраженная тревога и у 2 (10%) – признаки депрессии. Клинически выраженной тревоги и депрессии в контрольной группе не зарегистрировано.

Выводы. У большинства пациентов с РА выявлены тревожно-депрессивные расстройства, которые непосредственно могут влиять как на течение самого заболевания, так и на развитие различных осложнений.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, тревожно-депрессивный синдром, качество жизни.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Пачгина П.И., Летаева М.В., Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Малышенко О.С. Расстройства тревожно-депрессивный спектра у больных ревматоидным артритом.
Терапия. 2023; 9(3S): 337-338.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.337-338

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

ПЕГАШОВА М.А. ЧИЖОВ П.А., КРЮКОВА Т.В. МЕДВЕДЕВА Т.В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль

ООО «Медицинский центр диагностики и профилактики», г. Ярославль

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – ведущая причина высокой смертности. В значительной мере это обусловлено комбинацией нескольких факторов риска. Периодические осмотры позволяют своевременно выявить ССЗ.

Цель. Исследовать распространенность гипертонической болезни (ГБ), факторов риска и величину кальциевого индекса у работников промышленного предприятия.

Материал и методы. На базе ООО «Медицинский центр диагностики и профилактики» обследовано 86 работников промышленного предприятия с дислипидемией. 83,7% составили мужчины, 16,3% – женщины. Средний возраст 52,8±6,2 лет. Выделены 2 группы: 71 человек с ГБ и 15 человек без ГБ. Определен индекс массы тела (ИМТ), проведены анкетирование по выявлению факторов риска, ЭКГ, компьютерная томография (КТ) сердца. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 12.0.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что у лиц без ГБ ИМТ находился в пределах нормы, курят 53% обследованных, гиподинамия отмечена у 6,7% человек, отягощенная наследственность по ССЗ у 40%. В группе работников с ГБ у всех установлен избыточный вес и ожирение, у 76% включенных выявлена отягощенная наследственность по ССЗ, у 29,6% гиподинамия, у 31% курение, у 4,2% СД 2 типа. Гипотензивную терапию получали 78,9% обследованных с ГБ, при этом целевой уровень артериального давления был достигнут у 67,8% человек.

По данным КТ сердца индекс коронарного кальция в группе лиц с ГБ достоверно выше, чем в группе без ГБ (136,0±5,7 ед против 28,8±4,3 ед, $p<0,05$). Причем, в группе обследованных с ГБ и ИМТ более 40 кг/м^2 уровень коронарного кальция составил 491±7,9 ед, что достоверно выше по сравнению с представителями из этой группы с ИМТ 30-35 кг/м^2, где значение коронарного кальция составило 189,2±6,3 ($p<0,05$).

Выводы. При наличии ГБ достоверно выше индекс коронарного кальция. Ожирение 3 степени способствует более тяжелому поражению коронарных артерий у больных с ГБ,

вплоть до развития гемодинамически значимых стенозов. У 1/3 обследованных с ГБ не достигнут целевой уровень АД.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, индекс коронарного кальция, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Пегашова М.А. Чижов П.А., Крюкова Т.В. Медведева Т.В. Раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний у работников промышленного предприятия. Терапия. 2023; 9(3S): 339-340.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.339-340

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.
ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Благовещенск

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) занимает ведущее место в структуре бронхолегочных заболеваний у беременных женщин.
Цель. Изучить особенности клинического течения тяжелой БА у беременных.
Материал и методы. Проанализированы клинико-функциональные особенности течения, исходы беременности, родов и состояние новорожденных у 42 пациенток с тяжелой БА. Группа сравнения – 50 беременных без бронхолегочных заболеваний. Использованы клинико-анамнестические данные, спирометрия, пикфлоуметрия.
Результаты. У 19 (45,2%) больных была аллергическая форма БА, у 7 (16,7%) – неаллергическая, у 16 (38,1%) – смешанная. ОРВИ во время беременности наблюдались у 38 (90,5%) пациенток, чаще во II и III триместрах. У 4 пациенток симптомы БА впервые проявились при сроке беременности 12-14 и 20-22 недели на фоне ОРВИ. Внелегочные аллергические заболевания наблюдались у 36 (85,7%) пациенток: аллергический ринит - у 34 (81%), поллиноз – у 27 (64,3%), крапивница – у 8 (19%), атопический дерматит – у 3 (7,1%). Обострение БА на протяжении одного триместра беременности было у 15 (35,7%) больных. Обострения заболевания были в течение двух триместров: в I и III – у 6 (14,3%) беременных, во II и III – у 16 (38,1%), в 7 (16,7%) случаях – отсутствие контроля БА на протяжении всей беременности. У 4 (9,5%) больных развился астматический статус при сроке 35-37 недель. В целом, течение БА у 12 (28,5%) пациенток в гестационном периоде осталось без динамики, у 30 (71,4%) – утяжеление симптомов. Отмечена высокая частота гестационных осложнений, превышающая показатели контроля в 2-3 раза (ранний токсикоз, угроза прерывания, гестоз, внутриутробная гипоксия плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преждевременные роды, кесарево сечение) ($p<0,01$). Средняя масса тела новорожденных от матерей с БА – 2863±150 г, в контроле – 3530±110 г ($p<0,05$). В структуре патологии новорожденных ведущие места занимали: церебральная ишемия, внутриутробное инфицирование, синдром дыхательных расстройств, при этом уровень патологии значительно выше у детей от матерей с БА ($p<0,05$).
Выводы. У превалирующего большинства пациенток отмечено утяжеление течения БА во время беременности, высокая частота гестационных осложнений.

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, гестационные осложнения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А. Динамика клинического течения тяжелой бронхиальной астмы у беременных. Терапия. 2023; 9(3S): 341-342.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.341-342

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПРИХОДЬКО О.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Благовещенск

Актуальность и цель. Исследование посвящено изучению одной из актуальных проблем пульмонологии – особенностям клинических проявлений бронхиальной астмы (БА) у беременных в зависимости от их адаптивных возможностей.

Материал и методы. Проанализированы особенности течения БА в динамике у 320 беременных, с использованием клинико-анамнестических данных, показателей спирометрии и вариабельности сердечного ритма, центральной и периферической гемодинамики, психоэмоционального статуса. Оценены адаптационные реакции и уровни реактивности по программе «Антистресс».

Результаты. Динамика течения БА во время беременности изучена в зависимости от адаптивных возможностей. У 105 пациенток (32,8%) – удовлетворительная адаптация, у 121 (37,8%) – напряжение, у 94 (29,4%) – неудовлетворительная. В группе сравнения – 30 (42,9%); 33 (47,1%); 7 (10%) беременных. В контроле в III триместре беременности преобладали удовлетворительное состояние адаптации или ее напряжение, и реже (в 10% случаев) отмечалось неудовлетворительное состояние, что значительно отличалось от пациенток с БА, среди которых частота неудовлетворительной адаптации увеличивалась с нарастанием тяжести заболевания. Отмечено, что состояние напряженной и неудовлетворительной адаптации были более характерны для больных со смешанной формой заболевания, среднетяжелой и тяжелой астмой. Обострения БА были у 91 (86,7%) больных с удовлетворительной адаптацией, у 113 (93,4%) – с напряжением и у всех пациенток – с неудовлетворительной адаптацией, что свидетельствует о взаимосвязи отсутствия контроля БА со степенью нарушений адаптационных процессов. Высокая частота обострений БА может быть обусловлена появлением новых причинно-значимых аллергенов во время беременности, наличием сопутствующих внелегочных проявлений аллергии – аллергического ринита ($r=0,58$, $p<0,001$), вегето-сосудистой дистонии ($r=0,32$, $p<0,05$), ОРВИ ($r=0,67$, $p<0,001$), обострением хронических заболеваний ЛОР-органов ($r=0,73$, $p<0,001$), низкой приверженностью терапии, недостаточностью адаптационных механизмов ($r=-0,94$, $p<0,05$ при легкой БА, $r=-1,1$, $p<0,01$ при тяжелой БА), не справляющихся с возрастающими физическими и психоэмоциональными нагрузками. При

напряжении и неудовлетворительной адаптации на протяжении беременности превалировало утяжеление симптомов заболевания.

Выводы. Динамика течения БА, уровень контроля в гестационный период зависят не только от тяжести течения астмы, но и от характера и степени напряжения адаптационных процессов в нейровегетативной и кардиореспираторной системах беременной.

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, адаптивные возможности организма.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Приходько О.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А. Адаптационный потенциал у беременных с бронхиальной астмой.
Терапия. 2023; 9(3S): 343-344.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.343-344

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., ЛУЧНИКОВА Т.А., КОСТРОВА И.В.
ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Благовещенск

Актуальность и цель. Работа посвящена актуальной междисциплинарной проблеме в клинике внутренних болезней – сопутствующим аллергическим заболеваниям у пациенток с бронхиальной астмой (БА) и особенностям их течения во время беременности.

Материал и методы. Изучены клинико-функциональные особенности течения БА у 318 пациенток в динамике беременности. У 198 (62,3%) была легкая БА (I группа), у 91 (28,6%) – среднетяжелая (II группа), у 29 (9,1%) – тяжелая (III группа). У 203 (63,8%) – аллергическая БА, у 32 (10,1%) – неаллергическая, у 83 (26,1%) – смешанная.

Результаты. Обострение БА во время беременности было у 228 пациенток (74,8%). В I группе – у 133 (67,2 %), во II группе – у 74 (81,3%), в III группе – у 32 (100%). Наследственная отягощенность по аллергии была у 132 (41,5%) больных, при этом, по БА – у 115 (36,2%), из них по материнской линии – у 70 (60,9%). У 22 больных БА отмечена в трех поколениях, из них по линии матери – у 19 (86,4%), по линии отца – у 3 (13,6%). Определена структура аллергических заболеваний у беременных с БА в зависимости от степени тяжести. Внелегочные проявления атопии были у 139 (70,2%) больных I группы, у 73 (80,2%) – II группы, у 26 (89,7%) – III группы. Аллергический ринит был у 166 больных (52,2%), поллиноз – у 138 (43,4%), крапивница – у 70 (22%) и атопический дерматит - у 39 (12,3%). Аллергический ринит, поллиноз и крапивница были самыми частыми внелегочными проявлениями аллергии у больных БА, наблюдаемыми у 239 (75,2%) пациенток, при этом, у 165 (69%) отмечена сочетанная аллергия. Сочетание атопической БА и аллергического ринита отмечено у 168 (52,8%) больных, причем у 71 (42,3%) из них аллергический ринит предшествовал симптомам астмы.

Выводы. Наличие внелегочных аллергических заболеваний является фактором, утяжеляющими течение бронхиальной астмы во время беременности, что диктует необходимость междисциплинарного подхода в наблюдении за данной категорией пациенток, проведении своевременных профилактических мероприятий с обязательной актуализацией объема терапии в динамике беременности.

Ключевые слова: бронхиальная астма, аллергические заболевания, беременность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Лучникова Т.А., Кострова И.В. Аллергические заболевания у беременных с бронхиальной астмой.
Терапия. 2023; 9(3S): 345-346.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.345-346

НА ПРИЕМЕ МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТ С НАРУШЕНИЕМ СНА: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ТЕРАПЕВТ И КАК ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ?

ПУТИЛИН Л.В., НЕСТЕРОВА С.А., ПРОХОРОВ Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

Актуальность. Плохой ночной сон не только снижает качество дневного функционирования, но и может способствовать возникновению различных нарушений органов и систем организма согласно висцеральной теории сна И. Н. Пигарёва.

Цель. Изучить влияние качества сна на гендерные особенности функционального состояния.

Материал и методы. Проанализированы данные сплошного обследования 247 студентов 1 курса (170 девушек и 77 юношей) в декабре 2022 г., среди которых совмещали учебу с работой 10,0% девушек и 25,3% юношей. В компьютерной программе «Валеоскан2» студенты отвечали на 45 вопросов поведенческого характера и выполняли 9 психофизиологических тестов. Артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) определялась автоматически. Данные представлены как M±m.

Результаты. Свой сон как «хороший» оценили 37,6% девушек и 57,1% юношей, как «удовлетворительный», соответственно, 42,9 и 29,9% и как «плохой» – 19,4 и 13,0% студентов. Не было различий в частоте работающих у девушек, а у юношей работали 27,3% лиц с «хорошим» сном при 1/10 – с «плохим». Индекс массы тела (ИМТ) у «плохоспящих» девушек был достоверно выше (22,6±0,7 и 21,1±0,4 кг/м^2; p=0,0366), в то время как у юношей, наоборот, наблюдалась тенденция к меньшему ИМТ среди «плохоспящих» (21,4±1,1 и 23,6±0,6 кг/м^2; p=0,0575). Показатели ЧСС и АД не различались.

Различные жалобы на здоровье предъявляли 26,6% «хорошоспящих»; 47,9% спящих «удовлетворительно» и 60,6% «плохоспящих» девушек и, соответственно, 13,6%; 21,7% и 60,0% юношей. Общая самооценка уровня здоровья по 5-балльной шкале у «плохоспящих» девушек была ниже (p=0,00018), а у юношей эти различия выявлены только на уровне тенденции к достоверности.

Вместе с тем «плохоспящие» студенты обоего пола достоверно чаще сообщали о постоянном ощущении дефицита времени, медленнее переходили к активной деятельности по утрам и предпочитали поздний подъем в свободные дни, а юноши – и поздний отход ко сну. Наконец, индекс цветового теста М. Люшера у «плохоспящих»

юношей был выше (p=0,0349) из-за отсутствия уважения со стороны значимых окружающих.

Выводы. Таким образом, поведенческая психотерапия у молодых пациентов с нарушением сна необходима для своевременной профилактики психосоматических заболеваний.

Ключевые слова: нарушения сна, индекс цветового теста М. Люшера, поведенческая психотерапия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Путилин Л.В., Нестерова С.А., Прохоров Д.Ю. На приеме молодой пациент с нарушением сна: что должен знать терапевт и как помочь пациенту? Терапия. 2023; 9(3S): 347-348.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.347-348

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ВВЕДЕНИЯ АДЪЮВАНТОВ В ОБЛАСТЬ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПЧЕЛИНА М.М., МАКОВА Е.В.

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25» , г. Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Интерес к указанному исследованию определяется постоянным ростом заболеваемости аутоиммунными ревматическими заболеваниями (АИЗ). Одновременно наблюдается увеличение числа лиц, применяющих с косметическими целями внутрикожные адъюванты, которые потенциально могут обладать иммунностимулирующим действием. В 2011 г. И. Шонфельд впервые описал аутоиммунный синдром, связанный с адьювантами. Вместе с тем остается неясным, насколько введение адьювантов в кожу ассоциируется с изменением течения уже существующего АИЗ. Неясны предикторы развития и/или изменения активности АИЗ после применения внутрикожных адъювантов. В связи с этим изучение взаимосвязей между введением внутрикожных адъювантов и последующим изменением клинического течения АИЗ является актуальной проблемой клиники внутренних болезней.

Цель. Изучить частоту и особенности применения внутрикожного введения адьювантов в область лица и шеи у женщин с АИЗ.

Методы и материалы. Решение поставленных в работе задач осуществлялось на основе анонимного опроса и анкетирования пациентов на базе СПб ГБУЗ «КРБ № 25», последующего анализа данных. Была разработана анкета для опроса пациентов, анонимно опрошено 50 женщин. Исследование одобрено локальным этическим комитетом СПб ГБУЗ «КРБ № 25».

Результаты. Средний возраст опрошенных составил 49,9 лет. У 92% было верифицировано АИЗ. Из них пользовались услугами косметолога 57,3%. Чаще всего опрошенные женщины выбирали татуаж (40%), реже всего – липофилинг (2%). Также применялись ботулинотерапия, биоревитализация, контурная пластика, плазмолифтинг, армирование лица. 75% опрошенных получали несколько косметических процедур одновременно.

В 17,8% случаев анамнестически наблюдалась хронологическая связь между выполнением косметологических процедур и дебютом АИЗ. У 3 женщин с установленным ранее АИЗ (СКВ, РА) после пластических операций (ринопластика, маммопластика,

блефаропластика) отмечалось ухудшение самочувствия (нарастание артралгий, миалгий, температуры тела, усталости) через 1-3 года после процедуры. У одной пациентки был верифицирован ASIA-синдром, ассоциированный с введением силиконовых и армированных нитей.

Выводы. Пациентки с АИЗ в 57,3% случаев применяют введение адьювантов в лицо. В 17,8% наблюдалась хронологическая связь между развитием АИЗ и выполненной косметологической процедурой. У 4 женщин после косметологического вмешательства отмечалось ухудшение течения предсуществующего АИЗ. Необходимо дальнейшее изучение особенностей применения косметологических процедур с введением адьювантов в лицо у женщин с АИЗ.

Ключевые слова: аутоиммунные ревматические заболевания, косметологические процедуры внутрикожное введение адьювантов.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Пчелина М.М., Макова Е.В. Частота и особенности введения адъювантов в область лица у пациентов с аутоиммунными заболеваниями.
Терапия. 2023; 9(3S): 349-350.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.349-350

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ УРЕМИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТРИМЕТИЛАМИН - N-ОКСИДА СО СТАТУСОМ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ

ПЯТЧЕНКОВ М.О., ЩЕРБАКОВ Е.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

Введение. Для пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, получающих лечение программным гемодиализом, характерны различные нарушения нутритивного статуса, патогенез которых имеет многофакторное происхождение. В качестве одного из основных механизмов рассматриваются уремические токсины, содержание которых увеличивается вследствие прогрессирующего снижения функции почек и кишечного дисбактериоза.

Цель. Изучить содержание уровня триметиламин-N-оксида (ТМАО) у гемодиализных больных с различным статусом питания.

Материал и методы. Обследовано 67 (37 мужчины) пациентов, находящихся на лечении программным гемодиализом не менее 6 месяцев. Средний возраст обследованных больных составила 57,2±12,7 лет, продолжительность заместительной почечной терапии – 60 (24-120) месяцев, 18 (26,9%) имели сахарный диабет 2 типа, 4 (6,0%) – сахарный диабет 1 типа. У всех пациентов определены лабораторные и антропометрические показатели, необходимые для верификации статуса питания. Определение концентрации ТМАО в крови проводили методом жидкостной хромато-масс-спектрометрии с использованием системы Shimadzu-8060 в сочетании с жидкостным хроматографом Shimadzu LC-20AD.

Результаты. В зависимости от статуса питания обследуемые пациенты были распределены следующим образом: нормальный статус питания – 21 (31,2%), избыточное питание (ИМТ 25-29,9 кг/м^2) – 7 (10,4%), ожирение (ИМТ □30 кг/м^2) – 14 (21%), белково-энергетическая недостаточность – 19 (28,4%), саркопения – 6 (9,0%). Уровень ТМАО в общей выборке больных составил 5103 (3588-8701) нг/мл. Медиана уровня ТМАО для больных с нормальным статусом питания составила 4822 (3313-6580), для лиц с избыточной массой тела – 4266 (2512-13251), для больных с ожирением – 5547 (3937-8894), для пациентов с белково-энергетической недостаточностью – 7758 (4200-12617), для больных с саркопенией – 5068 (3230-9026). Значимых различий в уровне ТМАО между группами обнаружено не было (однофакторный дисперсионный анализ Краскела-

Уоллиса, p=0,445). Значимой корреляции ТМАО с ИМТ также не наблюдалось (r_s=0,165; p=0,183).

Выводы. Предварительные результаты проведенного нами исследования не выявили различий в содержании ТМАО в крови у гемодиализных больных с различными нарушениями статуса питания. Ограничениями настоящей работы являются небольшая выборка больных, а также отсутствие учета факторов, потенциально влияющих на концентрацию ТМАО (остаточная функция почек, рацион питания, прием лекарственных препаратов, состав кишечной микробиоты, воспалительный статус и др.).

Ключевые слова: терминальная почечная недостаточность, гемодиализ, нутритивный статус, триметиламин-N-оксид.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Пятченков М.О., Щербаков Е.В. Взаимосвязь уровня уремического токсина триметиламин-N-оксида со статусом питания у больных, получающих лечение гемодиализом.
Терапия. 2023; 9(3S): 351-352.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.351-352

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ВЫЯВЛЕНИЕ И СТЕПЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О НИХ ПАЦИЕНТОВ

РАДЧЕНКО А.С., БЕЛОУСОВА Е.Н.

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

Актуальность. С позиции профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), по данным ВОЗ, важное значение имеют модифицируемые факторы риска (МФР) хронических заболеваний. Уменьшение распространенности МФР невозможно без повышения осведомленности населения о ФР.

Цель. Изучить распространенность ФР ХНИЗ при диспансеризации и степень осведомленности о них пациентов.

Материал и методы. В исследование было включено 48 пациентов (женщин – 60%, средний возраст – 44,3±13,9 лет), проходивших диспансеризацию на базе ГАУЗ «ГП № 10». На анкету об осведомленности о ФР ответили 27 человек (<45 лет, n=14 и >45 лет, n=13), у лиц с гипертонической болезнью (ГБ) (n=10) была оценена приверженность к лечению опросником КОП-25.

Результаты. Выявлены следующие факторы риска: предожирение – 12, ожирение I степени – 7, ожирение II степени – 3 пациентов. При этом 77% лиц с избытком массы тела и ожирением были старше 45 лет. Гиперхолестеринемия была у 20 пациентов, гипергликемия – у 14 (из них у 3 – ранее диагностирован СД 2 типа, у 1 – СД 1 типа).
У 11 пациентов при измерении АД зарегистрирована артериальная гипертензия, из них у 8 человек диагноз ГБ, у 3 – впервые выявленная АГ. Лишь у 2 из 10 человек с ГБ уровень АД соответствовал целевым значениям. У 7 пациентов общая приверженность к терапии оказалась ниже средней (<50%). Наиболее низкими показателями характеризовалась приверженность к фармакотерапии – 27% и к модификации образа жизни – 31%.
Среди лиц моложе 45 лет выше осведомленность о безопасном уровне АД (9 против 3 человек среди лиц старше 45 лет) и ниже о безопасном уровне глюкозы и холестерина (4 человека из 14). Среди пациентов старше 45 лет выше осведомленность о безопасном уровне глюкозы (11 из 13 человек) и общего холестерина (8 из 13 пациентов).

Выводы. В ходе диспансеризации выявились: ожирение у 20,8%, гиперхолестеринемия у 41,6%, гипергликемия у 29,2%, неконтролируемая АГ у 16,7% пациентов, впервые

выявленная АГ у 6,2% пациентов, низкая комплаентность и низкая информированность пациентов о ФР.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, гипертоническая болезнь.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Радченко А.С., Белоусова Е.Н. Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний: выявление и степень осведомленности о них пациентов. Терапия. 2023; 9(3S): 353-354.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.353-354

ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

РАХИМОВ Х.Х., ХУСАНОВ Р.А., НУРИТДИНОВ Н.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить процессы ремоделирования сосудов у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследованы 73 больных мужчин, перенесших ИМ в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст – 51,3±5,7 лет). В обследование включались больные с давностью перенесенного ИМ от 6 мес. до 3 лет. Для сравнения полученных данных обследована группа здоровых лиц (контрольная группа) в количестве 31 человек, сопоставимых по полу, возрасту с основной группой. Показатели дисфункции эндотелия оценивали допплерографическим методом по результатам вазомоторной реакции плечевой артерии (ПА) с применением манжеточной пробы.

Результаты. У больных СД 2-го типа с постинфарктным ремоделированием установлено серьезные нарушения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), указывающее на резкое ухудшение функционального состояния эндотелия: ее снижение отмечено у 71% больных, патологическая вазоконстрикция – у 34%. Наблюдалось достоверное снижение систолической скорости кровотока на 35,6%, диастолической на 61,9% ($p<0,01$) от контрольной соответственно. Отмечалось снижения средней скорости кровотока на 33,7% по сравнению с данными здоровых лиц, составляя 37,9±1,6 см/с соответственно, при этом диаметр ПА была ниже на 16,8%. Снижение ЭЗВД составил 5,5±3,3% соответственно, против 13,5±1,9%, т.е. отмечалось снижение этого показателя на 53,4% по сравнению с контрольной группой ($p <0,001$). Анализ показателей пульсативного и резистивного индексов показал, что у больных с СД 2-го типа с постинфарктным ремоделированием эти показатели превышали показатели контрольной группы на 34,6 и 30,5% ($p <0,01$) соответственно. Снижение показателя чувствительности ПА к напряжению сдвига составил 59,4% ($p <0,001$) по отношению показателя контрольной группы.

Выводы. У больных СД 2-го типа перенесших инфаркт миокарда наблюдалось выраженные нарушения эндотелиальной вазодилатации, характеризующий процессы ремоделирования сосудов.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, инфаркт миокарда, эндотелиальная вазодилатация, ремоделирование сосудов.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Рахимов Х.Х., Хусанов Р.А., Нуритдинов Н.А. Оценка процессов ремоделирования сосудов у больных сахарным диабетом 2-го типа, перенесших инфаркт миокарда.
Терапия. 2023; 9(3S): 355-356.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.355-356

ПРОБЛЕМА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ВНУТРИМОЗГОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

РЕБРОВСКАЯ М.М.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск

Описание клинического случая. Пациент, мужчина, 65 лет обратился к врачу-терапевту с вопросом коррекции антигипертензивной терапии. В последнее время беспокоят эпизоды пониженного артериального давления (АД) до цифр 105/65 мм рт.ст., в связи с чем отмечает головокружение, выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что пациент перенес несколько черепно-мозговых травм в молодом возрасте во время занятий боксом. После тридцати лет начались эпизоды головокружений и головной боли, в связи с чем мужчина не обращался за медицинской помощью.

Особенность данного клинического случая. В возрасте 62 лет перенес на работе внутримозговое кровоизлияние (ВМК), единственным проявлением которого был судорожный синдром, что встречается достаточно редко и связано с определенной локализацией патологии. По данным магнитно-резонансного исследования (МРТ) головного мозга, проведенного спустя 7 дней после ВМК, обнаружен очаг кровоизлияния в правой лобной доле. Пациент госпитализирован в неврологический стационар, назначена противосудорожная терапия карбамазепином 200 мг в сутки в течение года, затем переход на 100 мг в сутки.

В возрасте 64 лет (спустя полтора года после ВМК) в период новогодних праздников у пациента случился судорожный припадок, который проявлялся выраженными тоническими судорогами, прикусыванием языка, потерей сознания длительностью 5 минут и предшествующей сильной головной болью. Мужчина связывает возникновение эпиприступа с бессонницей и мигающей гирляндой новогодней ёлки. Врачом-неврологом увеличена дозировка карбамазепина до 400 мг в сутки.

По данным МРТ свежих очагов кровоизлияния не обнаружено, на месте прежнего – сформировавшийся рубец, который затрагивает серое вещество правой лобной доли и часть прилежащего белого вещества. Согласно имеющимся научным данным, такая особенность расположения очага предрасполагает к развитию эпилептической активности данной области, поскольку снижается тормозное влияние затронутых глиальных клеток белого вещества, которые в норме подавляют патологическую активность нейронов. Мужчина имеет высокую приверженность к лечению, принимает регулярно антигипертензивную терапию: кандесартан,

индапамид, амлодипин; гиполипидемическую: розувастатин; по поводу аденомы предстательной железы – тамсулозин; противосудорожную терапию – карбамазепин.
На основании жалоб, анамнеза, данных физикального осмотра, лабораторно-инструментального исследования коморбидному пациенту выставлен диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии. Контролируемая артериальная гипертензия. Абдоминальное ожирение. Дислипидемия. Последствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (Внутримозговое кровоизлияние в правой лобной области, 2020 г.). Риск 4 (очень высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт.ст.
Учитывая большое количество постоянно принимаемых препаратов, пожилой возраст пациента, эпизоды гипотонии, сопровождающиеся плохим самочувствием и повышением риска падений, принято решение о коррекции гипотензивной терапии. Учтено побочное действие тамсулозина (альфа-адреноблокатор) и карбамазепина, которые могут оказывать дополнительный гипотензивный эффект. Поскольку пациент вынужден принимать эти препараты, был отменен амлодипин. Мужчина ежедневно измерял артериальное давление и после отмены амлодипина отметил отсутствие снижения АД, самочувствие улучшилось. В случае повторения гипотонии пациенту рекомендовано дополнительно отменить индапамид под контролем АД и наблюдением терапевта.
Выводы. Трудность назначения и коррекции терапии у пожилых пациентов обусловлена возрастными изменениями, которые закономерно развиваются в стареющем организме. Снижение функции почек, изменения миокарда, нейрогуморальных систем, уменьшение компенсаторных возможностей приводят к нарушению регуляции артериального давления и других параметров, а также изменению фармакокинетики лекарственных препаратов. Для поддержания высокого качества жизни пожилых пациентов необходимо добиваться нужного терапевтического эффекта при меньшем количестве препаратов, если это возможно, чтобы избежать нежелательных реакций.

Ключевые слова: внутримозговое кровоизлияние, судорожный синдром, коморбидность, приверженность лекарственной терапии.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ребровская М.М. Проблема лекарственной терапии у лиц пожилого возраста на примере клинического случая коморбидного пациента после перенесенного внутримозгового кровоизлияния с судорожным синдромом.
Терапия. 2023; 9(3S): 357-358.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.357-358

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПРАВИЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ 9 ИНГАЛЯЦИОННЫХ УСТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И БА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

РЕЗЯПОВА А.И.

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

Введение. Лечение бронхиальной астмы и ХОБЛ у взрослых и детей связано с применением средств доставки различных типов для достижения высокой локальной дозы препарата. Несмотря на постоянное совершенствование устройств, серьёзной проблемой остаётся правильность использования ингаляторов, поскольку ошибки приводят к снижению эффективности лечения.

Цель. Оценить правильность применения 9 ингаляционных устройств у пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой (БА), и оценить факторы, влияющие на технику ингаляций.

Материал и методы. Обследованы 208 пациентов, (32,2% женщин и 67,8% мужчин), в возрасте от 21 до 82 лет (медиана 60 лет), 76,9% из них были старше 50 лет, 23,1% – 50 лет и младше. У 100 пациентов (48,1%) была ХОБЛ и у 108 (51,9%) – была БА. Проводился сбор анамнеза, физикальное обследование, спирометрия форсированного выдоха, сатурация. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS18 (IBM, США).

Результаты. Жидкостные дозирующие аэрозольные ингаляторы являются самым сложными в технике применения ингаляторами. На интуитивном уровне пациенты с ХОБЛ правильно использовали ДАИ в 30,0% случаев, Рапихалер – в 30,0% и Респимат – в 13% случаев, а пациенты с бронхиальной астмой – в 51,9%, 52,8% и 10,2%, соответственно. Как при ХОБЛ, так и при БА правильность применения жидкостных ингаляторов даже после обучения врачом не достигла 100%. Капсульные ингаляторы являются понятными для пациентов после прочтения инструкции к препаратам. На этом этапе правильно использовали CDM-ингалятор 89,0% пациентов с ХОБЛ, а Бризхалер – 72,0%. Пациенты с БА правильно использовали эти ДПИ после прочтения инструкции в 88,9% и 88,0% случаев, соответственно. После обучения врачом успех для обоих устройств был 100%. Факторами, значимо снижающими правильность использования ингаляторов, были старший возраст, когнитивные нарушения. Значимо чаще правильно использовали ингаляционные устройства пациенты с БА.

Выводы. Пациентам, испытывающим проблемы с правильностью применения ингаляторов, при назначении следует отдавать предпочтение многодозным порошковым ингаляторам. Все пациенты в день назначения им ингалятора должны быть лично обучены медицинским работником, поскольку изучение инструкции является недостаточным для достижения правильности ингаляций.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, ингаляционная терапия заболеваний дыхательной система, техника ингаляций.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Резяпова А.И. Сопоставление правильности применения 9 ингаляционных устройств у пациентов с ХОБЛ и БА в реальной клинической практике. Терапия. 2023; 9(3S): 359-360.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.359-360

СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ В РЕВМАТОЛОГИИ: ПОРАЖЕНИЕ АОРТЫ КАК ОБЪЕКТ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ

РОМАНЮГО Г.Д., ХУСАИНОВА Г.М., ЧУЛКОВ В.С.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Описание клинического случая. Пациентка 36 лет, поступила в отделение ревматологии в июле 2022 г. с жалобами на боли смешанного ритма в грудном отделе позвоночника, утреннюю скованность до 40 мин. Из анамнеза заболевания: боли в позвоночнике с 2011 г., суставной синдром не беспокоил. Самостоятельно принимала НПВП. Осмотрена ревматологом впервые в 2012 г., на основании болей в спине воспалительного ритма, повышенных СОЭ, СРБ, двустороннего сакроилиита по рентгенографии костей таза, отрицательного РФ, выставлен диагноз анкилозирующего спондилита (АС). Назначен сульфасалазин 2 г в сутки, метилпреднизолон 8 мг в сутки, без улучшения. По МРТ крестцово-подвздошных сочленений выявлены признаки остеита. В сентябре 2012 г. пульс-терапия с положительным эффектом. С октября 2012 г. отменен метилпреднизолон и сульфасалазин, принимала только нимесулид 200 мг в сутки с кратковременным эффектом. В связи с активностью заболевания установлены показания к проведению курса ГИБТ. При обследовании у фтизиатра выявлен положительный диаскин-тест, проведен курс противотуберкулезной терапии. После исключения противопоказаний фтизиатром, начат курс терапии препаратом этанерцепт. Проведено 12 введений препарата, но учитывая сохраняющийся болевой синдром, повышенные СОЭ (62 мм/ч) и СРБ (69,5 мг/л) в течение 3 мес. терапии, показана смена препарата в связи с его неэффективностью на препарат голимумаб. Проведено 7 введений, сохранялась высокая лабораторная активность. Ухудшение с ноября 2016 г. – через 2 недели после ОРВИ появились высыпания на коже обеих голеней геморрагического характера, олигоартрит. В связи с признаками геморрагического васкулита назначен метилпреднизолон 16 мг в сутки с положительным эффектом. В апреле 2017 г. для исключения аортита как внескелетного проявления АС проведена МРТ, где выявлены признаки аортоартериита, в связи с чем уточнен и установлен диагноз неспецифического аортоартериита (НАА). В терапии назначен метилпреднизолон 32 мг в сутки с постепенным снижением, метотрексат 15 мг/нед, с положительной динамикой. В 2022 г. отметила усиление болей в

позвоночнике, при обследовании повышение СОЭ 25 мм/ч, СРБ 17 мг/л. Проведена коррекция терапии – увеличена доза метотрексата до 20 мг/нед, метипред 4 мг в сутки.
Отличительная особенность данного клинического случая. Приведенный клинический случай демонстрирует сложности диагностики ассоциированных заболеваний в ревматологии – анкилозирующего спондилита и неспецифического аортоартериита.
Трудности в диагностике и лечении данного пациента заключается в дебюте с клиники АС. При этом на фоне противовоспалительной терапии, включая применение ГИБП, сохранялась лабораторная активность, что потребовало исключения аортита как внескелетного проявления АС. В ходе дифференциальной диагностики выставлен диагноз НАА. На фоне подключения цитостатической терапии для лечения системного васкулита состояние пациентки улучшилось.
Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, неспецефический аортоартериит, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Романюго Г.Д., Хусаинова Г.М., Чулков В.С. Сложный диагноз в ревматологии: поражение аорты как объект для дифференциальной диагностики между анкилозирующим спондилитом и неспецифическим аортоартериитом.
Терапия. 2023; 9(3S): 361-362.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.361-362

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ МАММАРНОКОРОНАРНОГО И АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

РЯЗАНОВА Л.Н., КОРОТЕЕВА Ю.В., МЕРЦАЛОВА Л.В.

ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», г. Рязань

Цель. Продемонстрировать эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших операция МКШ и АКШ.

Описание клинического случая. Пациент С. 59 лет, поступил в отделение реабилитации с диагнозом:

Основной: ИБС: ПИКС (н.д). Атеросклероз аорты, коронарных артерий, БЦА. Операция МКШ (лВГА) ПНА, линейное аутовенозное АКШ ПКА, ВТК в условиях искусственного кровообращения и кровяной кардиоплегии по Del Nido от 01.11.2022.

Фоновое: Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая АГ. Дислипидемия. Риск 4. Целевое АД 120-129/70-79 мм рт.ст.

Осложнения: Редкая желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, эпизоды би- и тригемении. Пробежка НЖТ. ХСН IIA, ФК II (ФВ ЛЖ 40%).

Сопутствующий: Простые кисты левой почки.

Летом 2022 г. стал отмечать загрудинные боли. В октябре 2022 г. при проведении КАГ: многососудистое поражение. 01.11.2022 – операция МКШ (лВГА) ПНА, линейное аутовенозное АКШ ПКА, ВТК в условиях искусственного кровообращения и кровяной кардиоплегии по Del Nido. На амбулаторном этапе рекомендовано госпитализация в отделение реабилитации.

ШРМ при поступлении 3 балла. ТШХ – 490 м. Обращает на себя внимание ЭХОКГ: ФВ 40%. Зоны гипокнезии: акинезия в/3 нижней ст. ЛЖ, с/3 ЗСЛЖ, гипокинезия в/3 задней стенки, в/3 боковой стенки, в/3 нижне-перегородочной ст. ЛЖ, гипокинезия с/3 нижней стенки ЛЖ. В лабораторных анализах без особенностей.

Реабилитационный диагноз по МКФ: b28011.0, b4101.0, b4102.2, b4103.3, b4150.3, b4200.0, b4400.0, b4402.0, b460.1, b530.0, b5401.0, b5402.1, b6100.0, b4550.1, s4100.2, s4101.3, s4301.1, d4500.1, d4501.2, d5702.1.

С пациентом работала МДРК. Проведены реабилитационные мероприятия: 1. Диетотерапия, 2. Медикаментозная терапия, 3. «Школы пациента», 4. Физическая реабилитация: Двигательный режим 3, ступень ДА 4Б → 4В, ЛФК №4, 5 после АКШ. Дозированная ходьба 1200 м в 2 приема. Подъем по лестнице 2,5 этажа. Занятия на велотренажере.

При контроле ЭХО-КГ: ФВ 45%. Зоны гипо-/акинезии: акинезия с/3 ЗСЛЖ. Гипокинезия с/3 нижней стенки ЛЖ. ТШХ при выписке – 510 м.

Выводы. К концу госпитализации улучшилась переносимость ФН. Увеличилась ФВ 40% → 45%. Уменьшились зоны гипокинезии. Динамика по ТШХ 490 м → 510 м, по шкале MRS 1 б. → 0 б., шкала Борга 13 б. → 12 б.

Ключевые слова: маммарокоронарное шунтирование, аортокоронарное шунтирование, медицинская реабилитация, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Рязанова Л.Н., Коротеева Ю.В., Мерцалова Л.В. Клинический случай реабилитации после операции маммарнокоронарного и аортокоронарного шунтирования. Терапия. 2023; 9(3S): 363-364.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.363-364

ПОДАГРИЧЕСКИЙ СПОНДИЛИТ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ПОДАГРЫ

САВКИНА К.В., ГАЙДУКОВА И.З.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Описание клинического случая. Пациент К., 31 год, с жалобами на боли в правом коленном суставе, припухлость, ограничение движений, острую боль в грудном отделе позвоночника с иррадиацией в ребра. Анамнез: с 29 лет подагрический артрит. Лечение: нимесулид, трамадол. Анализы крови: СОЭ 62 мм/ч, нейтрофильный лейкоцитоз (12,5 х 10^9/л), С-РБ (67 мг/л), мочевая кислота (597 мкмоль/л). При МРТ грудного отдела в сентябре 2022 г. обнаружено образование, заподозрен гнойный спондилит, антибактериальная терапия неэффективна. При МРТ в ноябре 2022 г. выявлено образование эпидуральной клетчатки на уровне Th6-Th7, в паравертебральной зоне отечно-инфильтративные изменения на уровне Th7 позвонка слева. 10.02.2023 открытая биопсия VII реберно-позвоночного угла слева. Световая микроскопия – гранулема инородного тела. ИГХ биоптата: опухоль отсутствует. Заключение: гистологическая картина характерна для подагрического тофуса с перифокальным гранулематозным воспалением. Диагноз: первичная подагра, рецидивирующий подагрический артрит, подагрический спондилит, тофус реберно-позвонкового угла VI-VIII позвонков, межприступный период. ФНС 0. Лечение: низкопуриновая малокалорийная диета, аллопуринол, НПВП. Достигнута доза аллопуринола в 400 мг. За 6 недель терапии нормализовались: СОЭ, С-РБ, ОАК, мочевая кислота снижена до 370 мкмоль/л.

Помимо болей в периферических суставах, пациента беспокоили боли в грудном отделе позвоночника. В процессе диагностики обнаружен тофус реберно-позвонкового угла VI-VIII позвонков – абсолютно нетипичная локализация для подагры, что объясняет отличающуюся симптоматику (боли в грудном отделе) от классического течения заболевания.

Диагностика подагрического спондилита затруднительна, поскольку клинически и по данным МРТ и КТ невозможно отличить инфекционный спондилит или опухоль от тофуса позвонка.

Пациенту дважды выполнена МРТ, но результаты оказались недостаточно информативными для установления диагноза. Только после открытой биопсии очага с последующим ИГХ удалось подтвердить наличие подагрического тофуса.

Ключевые слова: подагра, подагрический спондилит, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Савкина К.В., Гайдукова И.З. Подагрический спондилит как клинический вариант подагры.
Терапия. 2023; 9(3S): 365-366.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.365-366

ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРФИРИЯ. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ИЗУЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРФИРИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

САЛЯХОВА Е.В. САЙФУТДИНОВ Р.Г.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Казань

Актуальность. Объективные причины низкой эффективности проводимого лечения, следующие: патогенетическая терапия ОПП, направленная на ингибирование синтеза порфиринов, назначается слишком поздно; проводимое в отечественных клиниках лечение не адекватно тяжести состояния больного и в целом почти не затрагивает патогенетические звенья заболевания. При ОПП практически отсутствует методы диагностики «предвестников» острой атаки и способы облегчения дальнейшего течения приступа. Следствием этого является низкая и поздняя его выявляемость. Поэтому при ОПП существует трудность в прогнозировании и планировании потребности в лекарственных препаратах для их купирования. Отсюда в период «не диагностированной» начальной фазы атаки ОПП, пациент не получает лекарственные препараты, способствующие облегчению течения приступа или его предупреждения.

Цель. Поиск методов диагностики «предвестников» острой атаки и повышения эффективности терапии у пациентов с орфанным заболеванием: острой печеночной порфирией.

Материал и методы. В Республике Татарстан на 2022 г. зарегистрировано 8 больных ОПП, что составляет 0,2 на 100 тыс. населения РТ. Мы проанализировали течение болезни пациентов, страдающих ОПП, и пришли к выводу, что частота спонтанных обострений порфирии имеет большую вариабельность с промежутками от нескольких месяцев до нескольких лет, с чем связано значительное ухудшение качества жизни пациентов.

Результаты. Выдвинута гипотеза и выявлены тенденции развития теории оценки эффективности лечения у пациентов острой порфирии и разработка высокочувствительных признаков – «предвестников» приступа острой порфирии и ведения пациентов в доприступный период, во время приступа и после его купирования. При ОПП практически отсутствуют методы диагностики «предвестников» острой атаки и способы облегчения дальнейшего течения приступа. Следствием этого, является низкая и поздняя его выявляемость. Поэтому при ОПП существует трудность в прогнозировании и планировании потребности в лекарственных препаратах для их купирования. Отсюда в

период «не диагностированной» начальной фазы атаки ОПП, пациент не получает лекарственные препараты, способствующие облегчению течения приступа или его предупреждения. В таких случаях, по-видимому, целесообразно назначение гепатопротектора и сорбента. При их профилактическом применении, в свою очередь, можно было бы добиться снижение частоты обострения атак ОП, и облегчение течения заболевания. Теоретически сорбент может связывать и выводить из организма токсические продукты (АЛК и ПБГ). Также у больных с острой порфирией, вследствие нарушения обменных процессов, развивается синдром метаболической интоксикации. В связи с этим, поиск и применение лекарственных средств, способствующих предотвращению, или более легкому течению острой атаки порфирии очень актуально.

Выводы. Достижение успеха в лечении пациентов с ОПП – это поиск фармакотерапевтических средств для предотвращения приступов и облегчения их течения.

Ключевые слова: острая печеночная порфирия, метаболическая интоксикация, орфанные заболевания.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Саляхова Е.В. Сайфутдинов Р.Г. Острая печеночная порфирия: новые подходы в изучении острой печеночной порфирии в Республике Татарстан.
Терапия. 2023; 9(3S): 367-368.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.367-368

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕТАСТАЗИРУЮЩАЯ ЛЕЙОМИОМА ЛЕГКОГО

САМОЖЕНОВА П.С.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Описание клинического случая. Пациентка Е., 53 лет, 08.12.2022 г. поступила в гинекологическое отделение Больницы Центросоюза РФ по поводу оперативного лечения миомы матки больших размеров. Жалоб при поступлении не предъявляла. В ноябре 2020 г. пациентка была консультирована онкологом-маммологом по поводу доброкачественных образований молочных желез. В процессе обследования была проведена КТ ОГК 18.11.2020 г., на которой были выявлены очаговые образования легких. 29.01.2021 г. в центре грудной хирургии пациентке была выполнена левосторонняя видеоассистированная торакальная полисегментарная резекция. 15.02.2021 г. результаты иммуногистохимического исследования позволили предположить наличие метастазов доброкачественной метастазирующей лейомиомы легких у пациентки (ДМЛ). На КТ органов грудной клетки от 12.12.2022 г. отмечается увеличение в размере очаговых образований легких. В Больнице Центросоюза РФ для подтверждения ДМЛ было принято решение о пересмотре результатов гистологического исследования в экспертном центре. В результате диагноз был подтвержден.

Особенности данного клинического случая. Представленное клиническое наблюдение интересно тем, что у больной метастаз доброкачественной лейомиомы в легком был обнаружен за два года до экстирпации матки с придатками по поводу лейомиомы матки. Между гистологическим исследованием и экстирпацией матки с придатками прошел 1 год и 10 месяцев. Рост метастазов ДМЛ, вероятнее всего, связан с продолжающейся стимуляцией эстрогенами опухоли.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Трудность своевременной диагностики и лечения этого патологического состояния заключается в бессимптомном течении и в отсутствии клинических рекомендаций. Тактика ведения этого заболевания, как правило, индивидуальна и зависит от течения клинического состояния. Диагноз ДМЛ устанавливается при помощи биопсии и проведении иммуногистохимического исследования. Хирургический метод лечения, заключающийся в удалении опухолевого образования с экстирпацией матки и придатков, является наиболее эффективным, т.к. значительно снижается уровень эстрогена, способного повлиять на дальнейший рост новообразований. Учитывая выполненное оперативное вмешательство, выбрана тактика

наблюдения за пациентом. Контроль КТ легких запланирован через 6 месяцев с дальнейшим решением вопроса о специфической терапии.

Ключевые слова: доброкачественная метастазирующая лейомиома легкого, экстирпация матки с придатками, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Саможенова П.С. Доброкачественная метастазирующая лейомиома легкого.

Терапия. 2023; 9(3S): 369-370.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.369-370

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ

САФОНОВА К.А., ДЕХНИЧ Н.Н., АБРАМЕНКОВА Н.Ю., ЧЕСТНЫХ С.В., ИЛЬИН Д.Ю.

ОГБУЗ «Клиническая больница № 1», г. Смоленск

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Описание клинического случая. Пациент Ш., 52 года, поступил в инфекционный госпиталь г. Смоленска с диагнозом: Основное заболевание: Коронавирусная инфекция COVID-19, среднетяжелое течение. Конкурирующее: Вторичная дилатационная кардиомиопатия. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертензия 3 стадия, риск 4. Фоновое: Злоупотребление алкоголем (анамнестически). Осложнение: Двусторонняя полисегментарная пневмония смешанной природы, среднетяжелое течение. ДН 0-I степень. ХСН IIБ, II-III ФК. Застой в легких, печени, периферические отеки, асцит. Двусторонний гидроторакс. Гидроперикард. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. Сопутствующие: Хронический гепатит смешанной природы. Дискинезия желчевыводящих путей. Хронический холецистит. Мочекаменная болезнь. Хронический пиелонефрит.

Жалобы при поступлении: общая слабость, одышка, увеличение живота, отеки нижних конечностей. Результаты лабораторных методов исследования: повышение лейкоцитов – 10,7 х 10^9/л, общего билирубина – 24 мкмоль/л, СРБ – 33,2 мг/л, АЛТ – 112 Ед/л, АСТ – 78 Ед/л. УЗИ органов брюшной полости (ОБП): увеличение правой доли, застойные явления в печени, замедление оттока желчи, диффузные изменения печени, поджелудочной железы, свободная жидкость в брюшной полости. В стационаре проведена этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия в соответствии со стандартами ведения больных с COVID-19, заболеваниями сердечно-сосудистой системы: увлажненный O_2, ремдесивир, дексаметазон, гепарин, цефоперазон/сульбактам, фуросемид, эналаприл, бисопролол, аторвастатин, дигоксин, омепразол, амброксол, инфузионная терапия. Учитывая наличие у пациента признаков гепатоцеллюлярного типа повреждения печени, злоупотребления алкоголем, дискинезии желчевыводящих путей назначена урсодезоксихолевая кислота 500 мг 2 раза в день перорально (из расчета 10-15 мг/кг/сут в 2 приема). На фоне проводимого лечения отмечалось улучшение общего

состояния пациента, SpO2 на воздухе 98%, нормализация лабораторных показателей: через 6 дней приема: АЛТ – 39 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л; через 16 дней: АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, СРБ – 6,7 мг/л, лейкоциты – 7,1 х 10^9/л. При контрольном обследовании через 2 мес. отклонений уровня активности печеночных аминотрансфераз не выявлено (АЛТ 34,3 ЕД/л, АСТ 29,9 ЕД/л), общий билирубин 12,7 мкмоль/л, прямой билирубин 2,0 мкмоль/л. По результатам УЗИ ОБП – размеры печени нормализовались.

Выводы. Таким образом, урсодезоксихолевая кислота может положительно влиять на течение гепатита и гепатоцеллюлярного повреждения печени у пациентов с COVID-19, способствуя восстановлению ее функции.

Ключевые слова: COVID-19, коморбидность, урсодезоксихолевая кислота, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Сафонова К.А., Дехнич Н.Н., Абраменкова Н.Ю., Честных С.В., Ильин Д.Ю. Клинический случай: коморбидный пациент с коронавирусной инфекцией COVID-19, опыт применения урсодезоксихолевой кислоты.
Терапия. 2023; 9(3S): 371-372.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.371-372

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ СООТНОШЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА

СВИСТУН О.В., МАНТО В.С.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Актуальность. Первостепенное значение симпатической и парасимпатической нервной системы в поддержании вегетативного гомеостаза диктует выявление чувствительных параметров амбулаторного мониторинга кардиореспираторной адаптации при различных клинических состояниях с учетом функции внешнего дыхания (ФВД), композитного состава тела и вариабельности ритма сердца (ВРС).

Цель. Изучить соотношения показателей ВРС, ФВД, композитного состава тела у лиц молодого возраста в качестве маркеров кардиореспираторной адаптации и реабилитации.

Материал и методы. В исследование были включены 135 молодых человека. Проводились спирометрия, биоимпедансометрия, холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) на коротких интервалах.

Результаты. У исследуемых молодых людей изменения композитного состава тела с увеличением общей жировой массы, висцерального и туловищного жира были связаны с уменьшением индекса Тиффно, максимального полувыдыхаемого потока и сопровождались уменьшением ВРС (по показателю TI), парасимпатической активности (по показателю rMSSD), отсутствием усиления автономного контура регуляции (по показателю SDNN) и симпатической активации (по показателю SDANN). Положительные сдвиги в виде повышения туловищной мускулатуры, общего количества воды и снижения общего жира сочетались с увеличением жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха за первую секунду и изменением ВРС с симпатической (по показателю LF/HF, SDANN) и парасимпатической активацией (по показателю rMSSD), увеличением ВРС (по показателю TI), а также усилением автономного контура регуляции вегетативной нервной системы (по показателю SDNN).

Выводы. Для достоверной диагностики вегетативного гомеостаза необходим комплексный анализ параметров, характеризующих ВРС на коротких записях, композитный состав тела человека и ФВД.

Ключевые слова: вариабельность ритма сердца, функция внешнего дыхания, кардиореспираторная адаптация и реабилитация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Свистун О.В., Манто В.С. Особенности кардиореспираторных соотношений у лиц молодого возраста в зависимости от композитного состава тела. Терапия. 2023; 9(3S): 373-374.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.373-374

ТРУДНОСТИ ПОДБОРА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАМКАХ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

СИДОРЧУК И.И., ГАЙДУКОВА И.З., ЧУДИНОВ А.Л.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. При болезни Бехтерева наряду с поражением опорно-двигательного аппарата часто встречаются внескелетные проявления заболевания с поражением сердечно-сосудистой системы (ССС), глаз, кожи, желудочно-кишечного тракта и других внутренних органов. Трудность выявления системного поражения ССС усугубляется способностью некоторых лекарственных средств оказывать самостоятельное негативное влияние на сердце и сосуды, что приводит к ухудшению состояния пациента в результате комплексного поражения внутренних органов. Описание клинических наблюдений успешного ведения пациентов с сочетанным поражением сердечно-сосудистой системы является актуальным ввиду их редкости.

Цель. Продемонстрировать клиническое наблюдение, отражающее трудности лечения пациента 42 лет с поражением ССС в рамках системности болезни Бехтерева, прогрессировавшего на фоне лечения ингибитором ФНО-α.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской карты пациента, находящегося на стационарном лечении в ревматологическом отделении КРБ № 25 в г. Санкт-Петербург.

Результаты. В феврале 2017 г. (37 лет) дебютировал и был верифицирован анкилозирующий спондилит, ассоциированный с носительством HLA-B27 антигена, высокой степени активности клинически и лабораторно, с признаками двустороннего сакроилиита II стадии рентгенологически, активного по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ). С июня 2017 г. в связи с отсутствием полного эффекта от НПВП в полных дозах начата терапия раствором голимумаба 50 мг в мес подкожно. С лета 2017 г. появилась клиническая картина перебоев в работе сердца, признаки сердечной недостаточности и когнитивной дисфункции, установлено наличие атриовентрикулярной блокады 3 степени, установлен водитель ритма. Одновременно отменен голимумаб, назначены глюкокортикоиды. После оперативного вмешательства смена группы ГИБТ на и-ИЛ-17А. В августе 2018 г. (38 лет) начато введение секукинумаба 150 мг по схеме для

инициации с последующей эскалацией дозы до 300 мг в 4 нед. На момент начала лечения индекс ASADAS 4,75. В динамике ASADAS 1,8.
В марте 2022 г. (42 года) на фоне терапии секукинумабом рецидив стойкого суставного синдрома, усугубились аксиальные проявления (индекс ASDAS 3,7). В апреле 2022 г. последнее введение секукинумаба. По МРТ всех отделов позвоночника от августа 2022 г.: спондилит С5-С6, множественные участки жировой дегенерации, множественные грыжи. Инициация терапии нетакимабом с октября 2022 г. На фоне терапии небольшое уменьшение ограничения движений в позвоночнике, клинически и лабораторно активность минимальная (ASDAS 1,65).
Выводы. При болезни Бехтерева вовлечение в воспалительный процесс ССС (аортит, миокардит, нарушение проводимости и ритма) наряду с поражением опорно-двигательного аппарата могут определять качество жизни и прогноз пациента, а также определять выбор тактики лечения пациента. Поражение сердечно-сосудистой системы может демонстрировать резистентность к лечению НПВП и и-ФНО-а. Применение и-ИЛ-17А является оптимальной стратегией для лечения пациента с тяжелым воспалением сердечно-сосудистой системы как системности болезни Бехтерева.

Ключевые слова: болезнь Бехтерева, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность, генно-инженерная биологическая терапия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Сидорчук И.И., Гайдукова И.З., Чудинов А.Л. Трудности подбора генно-инженерной биологической терапии у пациента с поражением сердечно-сосудистой системы в рамках болезни Бехтерева.
Терапия. 2023; 9(3S): 375-376.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.375-376

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ФОРМЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

СИМИОН А.Ю., ОВСЯННИКОВ Е.С, СИМИОН К.А.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Актуальность. Железодефицитная анемия сопутствует многим заболеваниям, в том числе сердечно-сосудистой патологии, поэтому необходима ранняя диагностика и коррекция терапии данного состояния.

Цель. Изучить распространённость и структуру анемии у пациентов со стабильной стенокардией в условиях амбулаторного звена.

Материал и методы. Проведен анализ амбулаторных карт пациентов с применением разработанной программы «Система мониторинга лечебно-диагностического процесса у больных анемией» (свидетельство о регистрации программы для ЭВМ 2019665676 от 27.11.2019 г.). Проводилось исследование параметров общего анализа крови: уровень гемоглобина, эритроцитов, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците. Для постановки диагноза «анемия» использовались критерии ВОЗ.

Результаты. Всего в выборку попало 1210 пациентов со стабильной стенокардией II-IV функциональных классов, возраст 67,6±9,4 лет. Из них с анемией 500. Во всех возрастных группах доля женщин с анемией выше, чем доля мужчин. Анемия легкой степени наблюдалась у 410 пациентов (82%), умеренной тяжести – у 75 пациентов (15%), тяжелая – у 15 (3%). При этом гипохромная анемия наблюдалась у 467 пациентов, гиперхромная – у 33 человек. При анализе амбулаторных медицинских карт только у 52 пациентов (10,4%) анемия была вынесена в диагноз в качестве сопутствующего заболевания, в 156 случаях (31,2%) – осложнением основного заболевания, в 292 случаях (58,4%) анемия не включена в диагноз.

Выводы. Анемия выявлена у 41,3% (500 исследуемых) пациентов со стабильной стенокардией напряжения амбулаторного звена, чаще всего данное заболевание выступала в виде осложнения основного заболевания (156 пациентов). Во всех возрастных группах доля женщин с анемией выше, чем доля мужчин с анемией. У большинства пациентов – 410 исследуемых (82%), анемия была лёгкой степени. При этом чаще отмечалась

гипохромная (467 пациентов или 93,4%) анемия. Проведенный анализ показывает важность новых подходов для своевременной постановки диагноза анемии.

Ключевые слова: стабильная стенокардия, анемия, амбулаторно-поликлиническая помощь.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Симион А.Ю., Овсянников Е.С, Симион К.А. Ранняя диагностика анемии у пациентов с ишемической болезнью сердца в форме стабильной стенокардии на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи.
Терапия. 2023; 9(3S): 377-378.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.377-378

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

СИТНИКОВА Е.Ю., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., ФЕДОРОВ И.Г., НИКИТИН И.Г.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Установлено прямое цитотоксическое действие SARS-CoV-2 на холангиоциты и гепатоциты. У пациентов с хроническими заболеваниями печени (ХЗП), особенно на стадии цирроза, при COVID-19 наблюдается более тяжелое течение, а также повышенный риск неблагоприятных исходов. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации по изучению печени, декомпенсация цирроза печени (ЦП) характеризуется развитием явных клинических признаков, среди которых наиболее часто встречается желтуха, асцит, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) и энцефалопатия.

Цель. Определить частоту и варианты декомпенсации ЦП у пациентов с алкогольной болезнью печени (АБП) после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Материал и методы. В исследование включено 172 пациента с АБП на стадии ЦП, госпитализированных в ГКБ им. В. М. Буянова за период 01.04.2020-01.06.2022 гг. У всех обследованных в сыворотке крови определялись антитела (IgG) к SARS-CoV-2, свидетельствующие о перенесенной инфекции. Вакцинированные от COVID-19 в исследование не включались. Для выявления осложнений ЦП всем пациентам проведено обследование, включавшее клинико-лабораторные, инструментальные и параклинические методы. Жалобы, анамнез и наличие хронической алкогольной интоксикации оценивали с помощью анкетирования и опроса. Для определения тяжести ЦП применяли шкалы Чайлд-Пью (Ч-П), MELD (Model for End-Stage Liver Disease).

Результаты. Причиной поступления в стационар пациентов с АБП послужила декомпенсации ЦП в течение предшествующих госпитализации 2-4 недель: появление/нарастание отечно-асцитического синдрома (ОАС) – 76,2% (131/172); появление/усугубление явной печёночной энцефалопатии (ПЭ) – 44,1% (76/172); кровотечение из ВРВП – 15,1% (26/172); инфекционные осложнения (пневмония, спонтанный бактериальный перитонит, инфекции мочевыводящих путей и другие) – 13,9% (24/172). В 19,2% случаев (33/172) обнаружен тромбоз в системе портальной вены. При анализе степени тяжести ЦП по классификации Ч-П у 17,4% (30/172) пациентов

установлен класс В по Ч-П, у 82,6% (142/172) – класс С по Ч-П. Средний уровень баллов по шкале MELD в данной группе больных составил 19,7±5,9 б.

Выводы. Основная причина госпитализации – появление/нарастание ПЭ, ОАС. Среди тромбоэмболических осложнений преобладал тромбоз воротной вены (19,2%). Повышенные показатели Ч-П, MELD свидетельствовали о высоком риске летального исхода у пациентов с ЦП алкогольной этиологии в постковидном периоде.

Ключевые слова: цирроз печени, алкогольная болезнь печени, COVID-19, постковидный период.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ситникова Е.Ю., Ильченко Л.Ю., Федоров И.Г., Никитин И.Г. Декомпенсация цирроза печени алкогольной этиологии в постковидном периоде. Терапия. 2023; 9(3S): 379-380.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.379-380

ЭРУПТИВНЫЙ КСАНТОМАТОЗ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

СКУРАТОВА О.С., ЗУЙКОВА А.А., ЛАГУТИНА С.Н., КРАСНОРУЦКАЯ О.Н., ДОБРЫНИНА И.С.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Описание клинического случая. Пациентка М., 47 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу общей практики с жалобами на высыпания желтого цвета в области ягодиц, верхней части бедер. В анамнезе в течении 7 лет повышен уровень общего холестерина (максимальное значение – 18 ммоль/л). Диспансерное наблюдение не проводилось. Постоянно гиполипидемическую терапию не принимает. Наследственный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям отягощен (у отца артериальная гипертензия). При осмотре – рост 164 см, вес 84 кг. ИМТ 31,3 кг/м^2. ЧСС 87 ударов в минуту. Артериальное давление (АД) на правой руке 148/90 мм рт.ст., на левой руке – 140/88 мм рт.ст. При осмотре кожных покровов отмечается в верхней части бедер и ягодицах с обеих сторон множественные плоские эруптивные ксантомы, а также окрашивание стоп и ладоней в желтый цвет. По результатам лабораторно – инструментальным методам исследования выявлен повышенный уровень общего холестерина – 12 ммоль/л, ХС ЛПВП – 0,82 ммоль/л, ХС ЛПНП – 8,6 ммоль/л, ТГ – 5,4 ммоль/л. Была проведена ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Был поставлен предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия неконтролируемая, гиперлипидемия IIа, ожирение I степени. Риск 3 (высокий). Целевой уровень АД <130/80 мм рт.ст. С пациенткой была проведена беседа о немедикаментозных способах коррекции нарушения липидного обмена. Даны медикаментозные рекомендации – прием аторвастатина 20 мг 1 раз в сутки на ночь, эзетимиб 10 мг 1 раз в сутки вечером.

Через месяц был проведен контроль гиполипидемической терапии. Отмечено снижение уровня общего холестерина на 75%, высыпания на коже сохраняются. Пациенту рекомендовано проведение УЗДГ, КАГ и консультация кардиолога, продолжение гиполипидемической терапии подл контролем врача общей практики.

Выводы. Поражение кожи как одно из вторичных провялений гиперлипидемии и атеросклеротического поражения в практике врача-терапевта встречается редко. Данные изменения свидетельствуют о декомпенсируемых нарушениях липидного обмена.

Врачебная тактика в данной клинической ситуации заключается индивидуальном подборе гиполипидемической терапии и адекватном лечении основного заболевания.

Ключевые слова: дислипидемия, эруптивный ксантоматоз, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Скуратова О.С., Зуйкова А.А., Лагутина С.Н., Красноруцкая О.Н., Добрынина И.С. Эруптивный ксантоматоз: случай из практики.
Терапия. 2023; 9(3S): 381-382.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.381-382

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРИ COVID-19: ЭТАПНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

СОБОЛЕВА Е.А., ХАМИТОВ Р.Ф.

ГБУ «Медико-санитарная часть №1 Республики Марий Эл», г. Йошкар-Ола

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

Актуальность. На этапе полугодового наблюдения постковидные изменения сохраняют свою актуальность, обращает на себя внимание появление новых клинических симптомов.

Цель. Разработка и анализ долгосрочных персонифицированных восстановительных программ у пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Динамическое наблюдение пациентов, перенёсших COVID-19, проведение и анализ персонифицированных восстановительных программ через 6 месяцев. Реабилитация командой специалистов (врач физической и реабилитационной медицины, пульмонолог, психиатр), включающая физические тренировки на тренажерах (велоэргометр, тредмил, мотомед, степпер), лечебную физкультуру, тренировки дыхательной мускулатуры с тренажерами Threshold IMT, когнитивную программу.

Результаты. Распределение по степени тяжести COVID-19 у 48 пациентов: средней ст. тяжести 41,7%, тяжелой ст. – 45,8%, крайней тяжелой ст. – 12,5%. Распределение согласно шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ): пациенты со средней степенью тяжести – преимущественно ШРМ4 92,9%; с тяжелым течением – в 64,7% ШРМ4, в 29,4% ШРМ5; пациенты с COVID-19 крайней ст. тяжести – ШРМ4 в 33,3%, ШРМ5 в 66,7% (при первичной госпитализации после выписки из инфекционного стационара). Коморбид в виде сахарного диабета – 26,7%, артериальной гипертензии – 94,9%, ИБС – 20%, ХОБЛ – 11%. Реабилитационные проблемы спустя 6 месяцев: в 100% одышка (ШРМ5: mMRC2 – 20%, mMRC1 – 40%), кашель в 50% случаев (ШРМ5: ВАШ4, ШРМ4 – ВАШ2), когнитивные нарушения в 90%, мышечная слабость в 53% и появление артралгий в 56,7% случаев. Тест с 6-ти минутной ходьбой (Т6Х) через 6 месяцев при ШРМ5 – 200 м, ШРМ4 – 400 м, ШРМ3 – 500 м. Когнитивная реабилитация через 6 месяцев у пациентов с ШРМ5 в 86%, с ШРМ 4- 41%, ШРМ3-18% с целью психокоррекции. Механотерапия через 6 месяцев: ШРМ5 – 40% ВЭМ/тредмил, 40% мотомед; ШРМ4 – 46% мотомед, 36% – ВЭМ/тредмил.

Выводы. Персонифицированные восстановительные программы с комплексом различных методик сохраняют свою актуальность через 6 месяцев и позволяют наметить

направления дальнейшей реабилитации. У пациентов с тяжелым течением COVID-19 через полгода нарастает актуальность как физической, так и когнитивной реабилитации. У пациентов с более легким течением COVID-19 на первый план выходит когнитивная реабилитация. В данной группе обращает внимание снижение толерантности к физической нагрузке (по результатам применяемых методов механотерапии), несмотря на высокий процент прироста толерантности по Т6Х.

Ключевые слова: COVID-19, постковидный синдром, медицинская реабилитация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Соболева Е.А., Хамитов Р.Ф. Восстановительные программы при COVID-19: этапность воздействия на долгосрочные проявления.
Терапия. 2023; 9(3S): 383-384.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.383-384

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЁСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 (НКВИ) В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СОКОЛОВА В.В., АФАНАСЬЕВА Т.С.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Актуальность. Обусловлена особенностями течения беременности у женщин, перенёсших НКВИ.

Цель. Анализ течения и исхода беременности у женщин, перенёсших НКВИ во время беременности в УР.

Задачи. Определить характеристику заболеваемости НКВИ у беременных женщин в УР по степени тяжести течения и развитию осложнений.

Материал и методы. Проведён анализ 250 историй родов по РД № 5 БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР».

Результаты. В УР среди беременных заболеваемость НКВИ на 100 тыс. составила 2513 в 2020 г. и 4370 в 2021 г. Заболеваемость среди беременных относительно общей популяции (1329 – 2020 г., 9936 – 2021 г.) снижается к 2021 г. в связи с введением ограничительных мероприятий на очный осмотр в женских консультациях, но относительный показатель госпитализации среди беременных высокий в связи с расширенными показаниями для госпитализации: госпитализировано 72,9% беременных в 2020 г. и 93% в 2021 г., при этом процент развития осложнений и госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) невысокий в связи с молодым возрастом контингента, но за период 2021 г. отмечался рост госпитализаций беременных женщин в ОРИТ в связи с увеличением случаев развития тяжёлых и крайне тяжёлых форм течения НКВИ. Если в 2020 г. преобладало бессимптомное, лёгкое и среднетяжелое течение заболевания, то в 2021 г. преобладало среднетяжелое, тяжёлое и крайне тяжёлое течение заболевания: обращает на себя внимание развитие жизнеугрожающих осложнений беременности у женщин, перенёсших НКВИ: преобладают патологические состояния, связанные с нарушением свёртывающей системы крови-тромбоэмболические осложнения, кровотечения, случаи эклампсии и HELLP-синдрома. Среди беременных, перенёсших НКВИ, высокий показатель преждевременных родов в связи с показаниями для досрочного родоразрешения как со стороны матери (ОРДС, прогрессирование пневмонии), так и со стороны плода. Имеются случаи мертворождения у больных НКВИ, которые превысили в

4 раза показатель по УР, что обусловлено развитием плацентарной недостаточности, связанной с повышенным тромбообразованием в сосудах плаценты.

Выводы. Заражение НКВИ во время беременности ведёт к тяжёлым осложнениям во время беременности, связанным с нарушениями свёртывающей системы крови, преждевременным родам и мертворождению.

Ключевые слова: COVID-19, беременность, гестационные осложнения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Соколова В.В., Афанасьева Т.С. Анализ течения беременности у женщин, перенёсших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (НКВИ) в Удмуртской республике.
Терапия. 2023; 9(3S): 385-386.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.385-386

ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

СТАМБОЛЦЯН В.Ш., ЖУРАВЛЕВА М.С.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Описание клинического случая. Пациентка 67 лет с астеническим синдромом, снижением веса поступила в отделение стационара для уточнения диагностического представления и коррекции терапии.

Краткий анамнез: С 1995 г. диагноз язвенного колита на постоянной терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК). В 2017 г. при лабораторном контроле отмечен синдром цитолиза (АСТ 1,5 ВГН), холестаза (ЩФ 1,6 ВГН, ГГТП 11ВГН), исключены вирусные гепатиты. В 2019 г. трансформация диагноза на болезнь Крона, индуцированы системные ГКС, азатиоприн с выходом в ремиссию. Лабораторно сохранялся холестаз (ЩФ 3 ВГН, ГГТП 27,5 ВГН). В октябре 2019 г. госпитализация в клинику Петра Великого, где проведено обследование: α1-глобулины – 6,07% (2,63-5,03), γ-глобулины – 22,82% (9,69-18,9), выявлены положительные антитела – ANA 1:1280, гомогенный тип свечения. Ig M к Opisthorchis felineus не обнаружены. УЗИ органов брюшной полости: признаки цирроза печени, билиарной гипертензии, холангита. МРХПГ: картина деформированных внутрипеченочных протоков (ПСХ?). Биопсия печени: симптом «луковичной шелухи». Установлен диагноз первичного склерозирующего холангита, к терапии препараты УДХК 1000 мг/сутки, даны рекомендации по наблюдению.

Летом 2021 г. при лабораторном контроле повышение СОЭ до 97 мм/ч, РЭА в 2 раза, СА19-9 в 4 раза. КТ ОГК и ОБП (с контрастом): патологическое образование левой доли печени (43 х 30 мм). Гистология: папиллярная высокодифференцированная аденокарцинома. Выполнена анатомическая резекция печени (сегментэктомия S3). При гистологическом исследовании внутриоперационного материала: Внутрипеченочная высокодифференцированная холангиокарцинома преимущественного тубулярного строения. На основании полученных данных выставлен диагноз основной: Холангиоцеллюлярная карцинома S3 pT2N0Mx. Сопутствующий: Цирроз печени класс А по Child-Pugh (6 баллов), MELD 9 баллов, в исходе первичного склерозирующего холангита внутрипеченочных протоков. Портальная гипертензия: ВРВП 1ст. Латентная печеночная энцефалопатия. Болезнь Крона, илеоколит, хроническое рецидивирующее течение, клинико-эндоскопическая ремиссия. Непереносимость тиопуринов (лейкопения).

Пациентка выписана с рекомендациями по терапии (5-АСК 2 г/сутки, УДХК 1000 мг/сутки длительно) и контролю лабораторно-инструментальных исследований. Спустя 3 месяца при контроле КТ ОБП и ОГК обнаружены метастазы в легких, местный рецидив. Лабораторно: анемия и гипоальбуминемия. Проводится симптоматическая терапия.

Особенности данного клинического случая. Данный клинический случай демонстрирует необходимость регулярного онкоскрининга у пациентов с ВЗК и ПСХ помощью лабораторных (онкомаркеры, маркеры системного воспалительного ответа) и инструментальных методов (компьютерная томография с контрастированием, МРХПГ) несмотря на отсутствие клинической картины.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Холангиоцеллюлярная карцинома наиболее распространенная злокачественная опухоль гепатобилиарной системы при ПСХ (4-36%). В 50% случаев диагностируется в первый год после диагноза ПСХ, и данному виду опухоли характерно длительное бессимптомное течение, что усложняет своевременную диагностику.

Ключевые слова: болезнь Крона, первичный склерозирующий холангит, внутрипеченочная холангиокарцинома, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Стамболцян В.Ш., Журавлева М.С. Первичный склерозирующий холангит и внутрипеченочная холангиокарцинома у пациентки с болезнью Крона. Терапия. 2023; 9(3S): 387-388.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.387-388

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

СТОДЕЛОВА Е.А., ПАХОМОВА Ю.И., КЛАДОВИКОВА О.В., ЛАРИНА В.Н.
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Профилактическое направление является одним из ведущих аспектов работы врача первичного звена здравоохранения, реализуемое в виде диспансеризации населения. Особое внимание должно уделяться лицам молодого возраста, качество диспансеризации которых имеет более низкий охват по сравнению с лицами старшей возрастной группой.

Цель. Оценить эффективность проведения углубленной диспансеризации пациентам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации амбулаторных пациентов на базе ДКЦ № 1 г. Москвы, перенесших COVID-19 в марте-апреле 2022 г. В исследование включено 339 пациентов, в возрасте от 18 до 45 лет, 202 женщины, 137 мужчин.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 30,7 лет. У 95,6% пациентов была легкая степень тяжести течения COVID-19, у 4,4% пациентов – среднетяжелое течение. Амбулаторно лечились 98,5%, в госпитальных условиях – 1,5% пациентов. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) имели 49,6% человек, из них две и более патологии установлены у 40,5% пациентов. В постковидном периоде (через 45-180 дней от момента заболевания, медиана 90 дней) у 25,1% пациентов сохранялись от 1 до 7 жалобы: слабость отмечалась у 6,5%, диспепсия – у 5,9%, головная боль и головокружение – у 4,4%. Среди пациентов с ХНИЗ жалобы сохранялись у 35,1% человек: слабость – у 8,9%, диспепсия – 8,9%, головная боль – у 5,4%. Углубленную диспансеризацию для лиц, перенесших COVID-19, рекомендованную, в первую очередь, пациентам с ХНИЗ, прошли только 5,3% пациентов.

Выводы. У каждого четвертого пациента молодого возраста в постковидном периоде сохранялись жалобы. Несмотря на наличие ХНИЗ и остаточных явлений перенесенной инфекции к 90 дню наблюдения, вовлеченность пациентов в проведение углубленной диспансеризаци была незначительной. Углубленная диспансеризация позволяет выявить осложнения после перенесённой COVID-19 и проводить их профилактику, в связи с этим,

необходимо усилить информированность о значимости данного мероприятия среди пациентов.

Ключевые слова: COVID-19, постковидный период, хронические неинфекционные заболевания, диспансеризация.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Стоделова Е.А., Пахомова Ю.И., Кладовикова О.В., Ларина В.Н. Нерешенные вопросы углубленной диспансеризации молодых пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции.
Терапия. 2023; 9(3S): 389-390.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.389-390

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ, ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ

СТРИГАЛЕВА К.А., ГРОМОВА Е.А., ГАГУЛИН И.В., ГАФАРОВА А.В., ГАФАРОВ В.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск

Цель. Исследовать ассоциации личностной тревожностью и отношение к своему здоровью, информированностью о факторах риска, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди населения 25-44 лет.

Материал и методы. На скрининге случайной репрезентативной выборки 2013-2016 гг. обследовано 427 мужчин и 548 женщин из открытой популяции жителей 25-44 лет Октябрьского района г. Новосибирска. Для проведения оценки ЛТ (личностной тревожности) предлагался бланк шкал самооценки Спилбергера.

Результаты. Лица с высокой ЛТ полагали, что они «не совсем здоровы» мужчины – 57,1%, женщины – 64,9%; имели жалобы на своё здоровье: мужчины – 76,2% и женщины – 73,7%; явно недостаточно заботились о своём здоровье: мужчины – 28,6% и женщины – 29,8% ($p < 0,01$). Женщины с высокой ЛТ (38,6%) считали, что «очень возможно» могут заболеть серьёзной болезнью в течение ближайших 5-10 лет ($p < 0,01$). Среди населения – при высокой ЛТ (60,3%) большинство опрошенных стали бы обращаться к врачу исключительно при сильно выраженных болевых ощущениях в области сердца. Вместе с тем, 5,1% опрошенных с высокой ЛТ не предполагали своего обращения к врачу в любом болезненном состоянии, даже при значительно выраженных болях в области сердца, независимо от боли в области сердца ($p < 0,05$). Мужчины с высокой ЛТ (57,1%) больше доверяли специализированным исследованиям, а не просто осмотру врача ($p < 0,05$). На вопрос: «Если Вы гриппуете или температурите, что Вы предпринимаете?», среди населения наиболее частым ответом было «остаюсь дома и делаю всё возможное, чтобы поскорее вернуться на работу» при средней ЛТ – 53,5%, при высокой ЛТ – 34,6%. «Работаю как обычно» ответили утвердительно 44,9% опрошенных при высоком уровне ЛТ ($p < 0,01$).

Выводы. Женщины чаще чем мужчины указывают, что они не совсем здоровы при высокой ЛТ; высокая ЛТ ассоциирована с более низкой самооценкой состояния своего здоровья, недостаточной информированностью о факторах риска и профилактике ССЗ.

Ключевые слова: личностная тревожность, шкалы самооценки Спилбергера, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Стригалева К.А., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Гафаров В.В. Личностная тревожность и отношение к своему здоровью, информированность о факторах риска и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: популяционное исследование среди молодого населения.
Терапия. 2023; 9(3S): 391-392.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.391-392

ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ В КЛИНИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

СУБХАНГУЛОВА Д.О., МУХАМЕТОВА Д.Д., БЕЛОУСОВА Е.Н.

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

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Дебют язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) не всегда характеризуется типичной кишечной симптоматикой. До 50% пациентов имеют внекишечные проявления (ВКП). Гангренозная пиодермия (ГП) – одно из редких и серьёзных ВКП.

Цель. Изучить особенности проявлений ГП у пациентов с ВЗК.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы 1315 историй болезни пациентов с ВЗК, среди них с БК – 572 (43,5%), с ЯК – 743 (56,5%), проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

Результаты. ГП была диагностирована у 23 (1,8%) пациентов с ВЗК: с БК – 13 (57%), ЯК – 10 (43%). Средний возраст у пациентов с ЯК составил 41 [33;44], с БК – 39 [31;48] лет. Чаще ГП встречалась у женщин – 17 (74%). Длительность течения ВЗК у пациентов с ГП составила 8 [5;13] лет. По протяженности поражения при ЯК преобладали пациенты с тотальным колитом 7 (70%), левосторонний колит был у 2 (20%), проктит – 1 (10%). При БК у большинства пациентов ГП развивалась при толстокишечном поражении, так у 9 (69,2%) пациентов с БК был колит, у 4 (30,8%) – илеоколит. ВЗК в стадии обострения наблюдались у 74% пациентов с ГП. У 95,6% пациентов диагноз ВЗК манифестировало кишечными проявлениями, только у одного пациента ГП дебютировала вместе с ЯК. ГП чаще локализовалась в области нижних конечностей, груди, спины, щек, ушных раковин и шеи. У 14 пациентов (61%) с ВЗК, помимо ГП, встречались и другие ВКП, у 13% – несколько форм ВКП. Поражение суставов отмечалось у 39% пациентов, увеит – у 13%, афтозный стоматит – у 8,7%, а кератоконъюнктивит, узловатая эритема и аксиальный спондилоартрит – по 4,3%. У 34,8% пациентов ГП была единственным ВКП. Всем пациентам была назначена базисная терапия ВЗК. В связи с неполным ответом на терапию 10 пациентам назначена биологическая терапия.

Выводы. ГП встречалась несколько чаще у пациентов с БК, женского пола, у 60% пациентов сопровождалась другими ВКП, была связана с активностью заболевания.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гангренозная пиодермия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Субхангулова Д.О., Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н. Гангренозная пиодермия в клинике воспалительных заболеваний кишечника.
Терапия. 2023; 9(3S): 393-394.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.393-394

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОСТЕОПОНТИНА НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

СУВОРОВА Н.А., ГОРДЕЕВ И.Г., ЛУЧИНКИНА Е.Е., КОКОРИН В.А.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Поиск предиктора усугубления течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и развития осложнений является крайне актуальной проблемой. Описанный в литературе маркер системного воспаления остеопонтин связан с риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Цель. Изучение влияния повышенного уровня остеопонтина на частоту госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ и развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с ХОБЛ и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Проведено открытое, проспективное, сравнительное, нерандомизированное исследование в параллельных группах. В исследование включено 99 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ A-D по шкале GOLD, из которых 49 пациентов имели подтвержденную стабильную ИБС, разделенные на две группы: группа ХОБЛ+ИБС и группа ХОБЛ. Всем пациентам проведено определение уровня остеопонтина в сыворотке крови, спирометрия с пробой с бронходилататором, 6-минутный тест ходьбы, определение индекса BODE, заполнение опросников CAT и mMRC. Проанализирована частота госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ и сердечно-сосудистых событий в течение 1 года наблюдения. Данные представлены в виде медианы и квартилей (Me (Q1;Q3)).

Результаты. Уровень остеопонтина в группе ХОБЛ+ИБС был статистически значимо более высоким, чем в группе ХОБЛ и составил 85,6 (46,9;110,9) и 55,4 (20,8;89,6) нг/мл соответственно (p=0,027). При анализе по степени тяжести ХОБЛ во всех подгруппах пациентов с ИБС уровень остеопонтина был выше, чем у пациентов с ХОБЛ без ИБС, при этом достигал статистически значимых различий у пациентов со стадией GOLD B (соответственно, 91,3 (73,0;110,9) и 37,8 (22,5;83,0) нг/мл, p=0,028) и стадией GOLD D (соответственно, 80,8 (34,7;111,1) и 37,5 (13,3;109,5) нг/мл, p=0,027). Остеопонтин имеет достоверную прямую связь с вероятностью развития госпитализации; при проведении ROC-анализа было показано, что значение остеопонтина 71,7 нг/мл и выше соответствовали наличию госпитализации по поводу обострения ХОБЛ или сердечно-сосудистого события (AUC 0,652; 95% доверительный интервал: 0,543-0,760; p<0,009).

Выводы. Нами впервые было выявлено значимое повышение остеопонтина у пациентов с коморбидной патологией – ХОБЛ в сочетании со стабильной ИБС. Кроме того, был определен пороговый уровень, при котором будет повышаться риск госпитализаций данной когорты пациентов. Определение уровня ОПН позволит совершенствовать подходы в тактике ведения пациентов с ХОБЛ, выделять группу риска, проводить своевременную коррекцию терапии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, коморбидность, остеопонтин, госпитализации.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Суворова Н.А., Гордеев И.Г., Лучинкина Е.Е., Кокорин В.А. Влияние уровня остеопонтина на частоту госпитализаций пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.
Терапия. 2023; 9(3S): 395-396.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.395-396

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ТАРАСОВА О.И., МИНОСЯН И.С.

Центр изучения печени им. проф. П.П. Огурцова клинико-диагностиечского центра

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Описание клинического случая. У пациентки Б. 52 лет, в 2010 г. при диспансеризации обнаружено: повышение трансаминаз до 5N, повышение уровня инсулина, повышенная эхогенность печени при проведении УЗИ брюшной полости. Жалоб не предъявляла. Другие лабораторные показатели функции печени не изменены. Отсутствовали лабораторные маркеры вирусных гепатитов, аутоиммунных заболеваний печени. Злоупотребление алкоголем и прием гепатотоксичных препаратов отрицала. До 2015 г. отмечалось повышение АЛТ И АСТ до 7-8N. После назначения препаратов УДХК удалось добиться устойчивой нормализация печеночных аминотрансфераз. В 2016 г. диагностирован сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь 2 стадии. По данным транзиентной эластометрии в октябре 2021 г. установлен фиброз F3 степени (9.4 кПа) по шкале METAVIR, стадия фиброза печени и наличие стеатогепатита подтверждены гистологическим исследованием биоптата печени в декабре 2021 г. Следует отметить, что уровень трансаминаз сохранялся в пределах референтных значений. С 2021 по 2023 г. наблюдалось увеличение веса на 10 кг. 2023 г. - объективно: ожирение 2 ст. (ИМТ 38,8 кг/м^2). Размеры печени по Курлову: 12-10-9 см. При пальпации край печени эластичной консистенции. Проведена ТЭ печени с КПЗ – 315dB/m-S3 тяжелый стеатоз и 10,5 кПа – F3 выраженный фиброз по шкале METAVIR.

Особенности данного клинического случая. Патологические изменения были обнаружены случайно, формирование тяжелой степени фиброза развивалось на фоне нормальных лабораторных показателей.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. В связи с увеличением распространенности «эпидемии» ожирения распространенность НАЖБП превысила 30% в развитых странах. Ранняя диагностики НАЖБП приобрела особую актуальность. Специфических проявлений НАЖБП нет. Обычно пациенты не предъявляют никаких жалоб, либо жалобы являются неспецифичными. Пациентам с метаболическим синдромом необходима оценка стадии заболевания печени неинвазивными методами диагностики на этапе скрининга.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, метаболический синдром, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Тарасова О.И., Миносян И.С. Трудности диагностики неалкогольной жировой болезни печени. Клинический случай.
Терапия. 2023; 9(3S): 397-398.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.397-398

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 2 ТИПА (СИНДРОМ ШМИДТА) С НЕКЛАССИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ТЕБУЕВА Л.В.

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова»,
г. Москва

Описание клинического случая. Пациентка Ф., 56 лет, поступила с жалобами на общую и мышечную слабость, увеличение веса на 20 кг за последний год, потемнение кожи, отечность.

Анамнез: в возрасте 30 лет выявлено повышение уровня ТТГ до 15 МЕ/л (норма до 4 МЕ/л), начата терапия левотироксином 150 мг, терапию принимала непостоянно. В 55 лет отметила гиперпигментацию кожи, слабость, прибавку веса на 20 кг за 2022 г., также периодическую утреннюю тошноту и тягу к соленой пище. Амбулаторно: повышение АКТГ 1250 пг/мл (норма до 46 пг/мл), низконормальный кортизол, на МРТ без контраста - признаки микроаденомы гипофиза.

Объективно: ИМТ 41 кг/м2. Кожные покровы: смуглые в подмышечных впадинах, шейных, ладонных складках, периорбитальной области. Пастозность лица. АД 120/70 мм рт.ст., тахикардия.

При обследовании: повышение калия 5,8 ммоль/л, снижение натрия 131 ммоль/л, глюкоза натощак 6,1 ммоль/л, гликированный гемоглобин 6,23%, ТТГ 96,95 МЕ/л, свТ4 3,65 пмоль/л, АТ ТРО 600 МЕ/л. Также отмечено повышение – АСТ 49 ед/л, мочевой кислоты – 571 мкмоль/л, дислипидемия (ХС – 7,76 ммоль/л).

По результатам обследований заподозрена надпочечниковая недостаточность, в связи с чем выполнена проба с инсулиновой гипогликемией: введено 120 ед инсулина, глюкоза 2,2 ммоль/л не отмечено адекватной стимуляции уровня кортизола: 174,4 нмоль/л. Уровень АКТГ 1151,1 пг/мл.

Диагностирована первичная надпочечниковая недостаточность. Начата заместительная терапия гидрокортизоном и флудрокортизоном, затем возобновлена терапия гипотиреоза левотироксином.

Диагноз: Аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа (синдром Шмидта): первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, декомпенсация; первичный гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита средней тяжести в фазе декомпенсации.

Особенности диагностики, лечения в данном клиническом случае. У данной пациентки наряду с классическими проявлениями надпочечниковой недостаточности (утренняя тошнота, пристрастие к соленой пище, слабость, электролитные нарушения), имелись и признаки, не характерные для данного заболевания (набор массы тела, гипергликемия, отсутствие гипотонии). Наличие декомпенсированного гипотиреоза также могло влиять на такие симптомы, как отечность, отсутствие снижения массы тела, обусловленные этой патологией. Изначально, по результатам первичного осмотра был заподозрен АКТГ-зависимый гиперкортицизм (ожирение, мышечная слабость, гипергликемия, отсутствие гипотонии, гиперпигментация, повышение АКТГ и микроаденома гипофиза), однако после детального опроса пациентки и получения результатов электролитов наиболее вероятным стал диагноз надпочечниковой недостаточности, который в дальнейшем подтвердился результатами диагностической пробы. Аутоиммунные заболевания надпочечников очень часто сочетаются с аутоиммунными процессами в щитовидной железе, что имело место и в нашем наблюдении. Тироксин ускоряет метаболизм остаточного кортизола и усугубляет надпочечниковую недостаточность. Для профилактики подобных негативных последствий и гипоадреналового криза пациентам с полиэндокринопатиями глюкокортикоиды назначают до начала терапии тироксином.

Ключевые слова: аутоиммунный полигландулярный синдром 2-го типа (синдром Шмидта), надпочечниковая недостаточность, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Тебуева Л.В. Клинический случай аутоиммунного полигландулярного синдрома 2-го типа (синдром Шмидта) с неклассическими проявлениями надпочечниковой недостаточности.
Терапия. 2023; 9(3S): 399-400.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.399-400

ХРОНИЧЕСКАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

ТЕНЧУРИНА Л.Р., КУЗНЕЦОВ Г.Э., СИНГ ПРАКХАР, КУЗНЕЦОВ М.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург

Описание клинического случая. Больная Г., 55 лет, поступила в ГАУЗ «ООКБ им. В. И. Войнова» в июне 2022 г. Жалобы на одышку в покое, боли за грудиной клетке, отеки ног, кашель, сердцебиение, утомляемость. В октябре 2020 г. подтверждённая новая коронавирусная инфекция COVID-19 и неподтверждённая в феврале 2022 г. Физикальный осмотр: цианоз, акцент II тона над легочной артерией, систолический шум в области трикуспидального клапана, отеки на нижних конечностях. Данные ЭХОКГ от 22.04.2022 г.: систолическое давление на легочной артерии 61 мм рт.ст., клапан не изменен, трикуспидальная регургитация +++, максимальная скорость 4,1 м/сек, сократительная функция правого и левого желудочков не нарушены, размер правого желудочка 32 мм, нижняя полая вена не расширена, коллабирует на вдохе более 50%. На основании параметров ЭХОКГ вероятность легочной гипертензии определена как высокая. Для определения типа легочной гипертензии была проведена катетеризация правых отделов сердца. Протокол катетеризации от 14.06.2022 г.: давление в легочной артерии (S-D-M) 70/22/39 мм рт.ст., давление окклюзии легочных артерий 1 мм. рт.ст., легочное сосудистое сопротивление 7,9 ед. Вуд (медиана 5 измерений). Данные указали на прекапиллярную легочную гипертензию с повышением легочного сосудистого сопротивления и положительной острой фармакологической пробой с ингаляционным илопростом. КТ ангиопульмонография от 4.06.2022 г. не выявила признаков тромбоэмболии легочной артерии. Лабораторные показатели от 3-7.06.2022 г.: тропонин I – 3,0 нг/л, натрийуретический пептид – 204,3 нг/мл и D-димера – 2000 нг/мл. Дополнительно определили повышение уровня антител IgG к кардиолипину 81, уровня антител IgG к B2 гликопротеину более 100, исследование на антинуклеарный фактор отрицательное.

Особенности данного клинического случая. У данной пациентки несмотря на отсутствие эпизода острой тромбоэмболии легочной артерии установлен диагноз: хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия. Причина данного состояния оказалась не перенесенная коронавирусная инфекции, а антифосфолипидный синдромом.

Трудности диагностики легочной гипертензии заключается в определении этиологического фактора. У данной пациентки в катамнезе было выявлено более трех спонтанных абортов в сроке до 10 недель. Однако диагноз был установлен значительно позже, после развития тромбоэмболических осложнений и легочной гипертензии.

Ключевые слова: хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия, антифосфолипидный синдром, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Тенчурина Л.Р., Кузнецов Г.Э., Синг Пракхар, Кузнецов М. Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом.
Терапия. 2023; 9(3S): 401-402.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.401-402

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ТЕРЕЩЕНКО Е.А., КАРАПЕТЯН Л.В., КОНТАРЕВА Н.И., КОЗЛОВА А.Н., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Цель. Изучить встречаемость сопутствующих заболеваний у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Материал и методы. На базе ГКБ им. В. В. Виноградова создан Центр хронической сердечной недостаточности (ХСН), который осуществляет скрининг пациентов с типичными симптомами застоя для подтверждения наличия ОДХСН. Пациенты с соответствующими критериями ОДХСН и давшие информированное согласие продолжить наблюдение в Центре ХСН, включались в базу данных. Для решения поставленной задачи проанализировали процент встречаемости сопутствующих заболеваний у всех пациентов с диагнозом ОДХСН. Для статистической обработки материала использовали непараметрические методы.

Результаты. С 2020 по 2022 г. обследованы 1786 пациентов. Среди скринированных при поступлении лишь 984 пациента включено. Средний возраст 71,1±2,1 год, мужчин – 54%. Этиология ХСН: ишемического генеза – 40%, артериальная гипертония – 34%, другие этиологические факторы – кардиомиопатии (4%), клапанные пороки (6%), аритмогенные (16%).

Из 984 пациентов 32% поступали с установленным диагнозом сахарного диабета (СД) 2 типа, 1% с диагнозом СД 1 типа. У 92% пациентов выявлена почечная дисфункция, которую оценивали по скорости клубочковой фильтрации (СКФ по CKD-EPI). У пациентов ОДХСН встречаемость хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) составила 21%, онкология – 7.3%. Среди 32% пациентов с СД 2 типа (n=315) лишь 20% больных (n=63) были с диагнозом хронической болезни почек (ХБП).

У пациентов с СД 2 типа анемия встречалась в 24% случаев, у пациентов с ХБП – в 34.4% случаев.

Выводы. У пациентов с ОДХСН чаще встречается ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, реже хроническая болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь почек, анемия, онкологические заболевания. Процент почечной дисфункции очень высок, что можно объяснить острым почечным повреждением на фоне ОДХСН.

Ключевые слова: острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, коморбдность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Терещенко Е.А., Карапетян Л.В., Контарева Н.И., Козлова А.Н., Кобалава Ж.Д. Коморбидность у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.
Терапия. 2023; 9(3S): 403-404.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.403-404

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИНАПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

ТИХОНРАВОВА Д.В., БИКБАВОВА Г.Р., МОРОВА Н.А., ГОРЯЧЕВА Е.В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

БУЗ Омской области «Областная клиническая больница», г. Омск

Цель. Выявление факторов риска развития динапении у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

Материал и методы. Исследование проведено на базе гастроэнтерологического отделения БУЗОО ОКБ и АЦЛД ОмГМУ. Нутритивный статус оценивался при помощи Саскачеванского опросника (SaskIBD-NR) и нового опросника для скрининга нутритивного статуса пациентов, страдающих ВЗК (NS-IBD). Для оценки состояния скелетной мускулатуры проводилась кистевая динамометрия. Основную группу составили пациенты с ЯК со сниженной мышечной силой. Всего – 25 человек, из них мужчин – 5 (20%), женщин – 20 (80%), медиана возраста – 36 (32-54) лет. В группу сравнения включены больные ЯК с сохраненной силой мышц. Всего – 54 пациента, из них мужчин – 30 (56%), женщин – 24 (44%), медиана возраста – 40 (33-47) лет. Анализ полученных данных проведен в программе Statistica 10.Статистическая значимость была принята при значении $p<0,05$.

Результаты. В 80% случаев динапения выявлялась у пациентов женского пола ($p=0,003$, ОШ=5). Кроме того, динапения значимо чаще выявлялась у пациентов с повышенным уровнем С-реактивного белка (СРБ) ($p=0,006$, ОШ=4,5), зарегистрированного в 73% случаев. Эти результаты согласуются с опубликованными данными, указывающими на взаимосвязь хронического воспаления и дисфункции скелетной мускулатуры.

По результатам опросников SaskIBD-NR и NS-IBD более 50% пациентов с динапенией имели высокий риск развития нутритивной недостаточности ($p=0,048$, ОШ=2,7 и $p=0,015$, ОШ=3,4 соответственно).

Помимо этого, в исследовании оценивалась взаимосвязь физической активности (ч/нед), индекса массы тела, наличия анемии, уровня альбумина, возраста, характера течения, протяженности поражения и тяжести текущей атаки с наличием динапении. Статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы. Результаты исследования позволили установить, что на возникновение динапении у больных ВЗК влияет повышенный уровень СРБ, принадлежность к женскому

полу и наличие нутритивной недостаточности. Взаимосвязь динапении с другими исследуемыми критериями не выявлена. Опросники SaskIBD-NR и NS-IBD позволяют выявить пациентов с риском развития динапении.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, динапения.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Тихонравова Д.В., Бикбавова Г.Р., Морова Н.А., Горячева Е.В. Факторы риска развития динапении у пациентов с язвенным колитом.
Терапия. 2023; 9(3S): 405-406.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.405-406

ЭОЗИНОФИЛИЯ ПОД МАСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ТОПОРИКОВ Д.С., ГАБДРАХМАНОВА Н.Ш., БЕЛОУСОВА Е.Н., КОСТЕРИНА А.В., ШАМСУТДИНОВА Н.Г., СЕМУШИНА Д.Ф.

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

Введение. Длительная эозинофилия может привести к повреждению эндокарда, миокарда, сосудов и других тканей. Одной из причин является заражение *Trichinella spiralis*. Клиницисты мало осведомлены о клинических проявлениях этой инфекции, поэтому могут ее пропустить или поставить неверный диагноз.

Описание клинического случая. Пациент Н., 62 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на слабость в правых конечностях, нарушение речи по типу афазии. Из анамнеза заболевания известно, что за 2 недели до поступления у пациента отмечался подъем температуры до фебрильных значений, без признаков ОРВИ.
Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. Постоянный прием лекарственных препаратов отрицал. Объективный осмотр: правосторонний гемипарез, афазия, АД 150/90 мм рт.ст., по другим системам – без особенностей. В ОАК: лейкоцитоз 12,5 х 10^9/л (эозинофилы – 2,75 х 10^9/л). В БАК: СРБ 33,7 мг/л, КФК – 3 ВГН, ЛДГ 2 ВГН, тропонины 2,82 (<0,05 нг/мл). По ЭКГ данных за ОКС нет. МРТ головного мозга: множественные очаговые изменения (васкулит?). Проводилась дифференциальная диагностика эозинофилий: отсеяны лекарственные причины, атопические заболевания, миелопролиферация, васкулиты, злокачественные новообразования, гиперэозинофильный синдром. Имеющиеся результаты на токсоплазму, лямблии, аскариды и острицы были отрицательными. При назначении 360 мг преднизолона самочувствие улучшается, затем появляются жалобы на выраженные боли в крестце и ягодицах. По данным МРТ, выявлялся отек части волокон левой короткой приводящей мышцы бедра и больших ягодичных мышц с Т2-гипоинтенсивными включениями - по типу паразитарного миозита (трихинеллез?), пришли положительные IgG на трихинеллу. Пациенту была назначена терапия мебендазолом и преднизолоном с последующей постепенной отменой. На фоне проводимой терапии отметилась положительная динамика: снизилось количество эозинофилов, боли в крестце стали постепенно стихать.

Особенность данного клинического случая. Данный клинический пример иллюстрирует дифференциальную диагностику эозинофилий. У пациента наблюдалось

поражение сердца (повышение тропонинов, КФК), мышц (КФК, данные МРТ), центральной нервной системы (МРТ). Особенность случая заключалась в улучшении неврологической картины после назначения высоких доз преднизолона, что спровоцировало проявление клиники трихинеллеза. Назначение противопаразитарных препаратов способствовало купированию симптомов и нормализации эозинофилов.
Ключевые слова: эозинофилия, ишемический инсульт, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Топориков Д.С., Габдрахманова Н.Ш., Белоусова Е.Н., Костерина А.В., Шамсутдинова Н.Г., Семушина Д.Ф. Эозинофилия под маской ишемического инсульта.
Терапия. 2023; 9(3S): 407-408.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.407-408

НАРУШЕНИЯ СНА: ДЛИТЕЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ, АССОЦИАЦИЯ С НЕКОВЕНЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ 25-64 ЛЕТ (МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

ТРИПЕЛЬГОРН А.Н., ГАФАРОВ В.В., ГРОМОВА Е.А., ГАГУЛИН И.В., ГАФАРОВА А.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск

ФГБУ «Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний», г. Новосибирск

Цель. Изучить 30-летний тренды нарушений сна и их ассоциации с неконвенционными факторами риска ССЗ среди населения 25-64 лет г. Новосибирска.

Материал и методы. Проведены скринирующие исследования репрезентативных выборок населения 25-64 лет: в 1988-1989 гг. (II скрининг мужчин n=725, женщин n=710); в 1994-1995 гг. (III скрининг мужчин n=647, женщин n=391); в 2003-2005 гг. (IV скрининг мужчин n=576, женщины n= 1074); в 2013-2016 гг. (V скрининг мужчин n=427, женщин n=548); в 2016 -2018 гг. (VI скрининг мужчин n=275 и женщин n=390) (бюджетная тема № Рег. № 122031700094-5) с использованием протокола ВОЗ «MONICA-психосоциальная». Использовали опросник Дженкинса.

Результаты. Наиболее высокие показатели нарушения сна наблюдались в 1988-89 гг. (II скрининг); снижение уровня нарушений сна в 1994-95 гг. (III скрининг); в 2000 гг. (VI, V, VI скрининги) рост нарушений сна во всех возрастных группах, за исключением мужчин 45-54 лет ($p<0,001$).

Лица с нарушениями сна полагали, что они «не совсем здоровы»; имели жалобы на своё здоровье; и явно недостаточно заботились о своём здоровье; мужчины чаще предполагали, что очень возможно могут заболеть серьёзной болезнью в течение ближайших 5-10 лет; были уверены в том, что современная медицина может предупредить и успешно лечить только некоторые болезни сердца; чаще обращались к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца, но не обращались, если эта боль или неприятное ощущение слабо выражены; мужчины считали, что врач знает больше меня, а женщины пока специалистами не будут проведены тщательные исследования»; женщины чаще

продолжали работу, если почувствовали себя не совсем хорошо или поднялась температура ($p<0,05$).

Выводы. За период с 1988-2018 гг. установлен рост нарушений сна среди населения; увеличение распространённости нарушений сна среди женщин, в сравнении с мужчинами. Лица с нарушениями сна более негативно оценивали состояние своего здоровья; были более скептично настроены в отношении возможностей современной медицины предупреждать и лечить ССЗ; что отражалось в отношении их к работе и профилактическим проверкам своего здоровья.

Ключевые слова: нарушения сна, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Трипельгорн А.Н., Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Нарушения сна: длительные тренды, ассоциация с неконвенционными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения 25–64 лет (международная программа ВОЗ «MONICA-психосоциальная»).
Терапия. 2023; 9(3S): 409-410.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.409-410

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С МЕМБРАНОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ РАЗВИТИЕМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ТРУХАНОВА М.А., МЕРШИНА Е.А., ДОЛГУШИН Г.О., МАЛАХОВ П.С., ПАВЛИКОВА Е.П., КРАСНОВА Т.Н., ОРЛОВА Я.А., ФИЛАТОВА Д.А.

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», г. Москва

Описание клинического случая. Пациент с 20-летним анамнезом МПГН госпитализирован в МНОЦ МГУ имени М. В. Ломоносова с флегмоной мягких тканей голени, сепсисом, синдромом полиорганной недостаточности. При госпитализации: тахипное до 30 д/мин, сатурация на воздухе 80%, анемия (гемоглобин 90 г/л, гематокрит 28%), С-реактивный белок 341 мг/л, фибриноген 7,32 г/л, лейкоциты 12 х 10^9/л, креатинин 258 мкмоль/л, мочевина 30,3 ммоль/л, низкий индекс оксигенации (PaO_2/FiO_2=114), pO_2 56,6 мм рт.ст., pCO_2 27,2 мм рт.ст. Компьютерная томография – поражение обоих легких по типу «матового стекла» до 90%, расцененная в рамках острого респираторного дистресс-синдрома. Начата высокопоточная оксигенотерапия 35 л/мин, кислород 70%, антибактериальная терапия меропенемом и линезолидом, выполнено вскрытие флегмоны. На фоне проводимой терапии нарастали явления полиорганной недостаточности, развилась анурия, проведено 6 сеансов продленной гемодиафильтрации. В течение первых суток, несмотря на проводимые эфферентные методики сохранялись выраженные явления дыхательной недостаточности, продолжена высокопоточная оксигенотерапия. На 4-е сутки получены результаты бактериологического исследования - в мокроте обнаружена культура *Stenotrophomonas maltophilia*, в раневом отделяемом высеян *Streptotococcus aureus*, произведена замена антибактериальной терапии на ко-тримоксазол, продолжена терапия меропенемом. На 2-е сутки произведена замена антибактериальной терапии, удалось избежать перевода пациентки на искусственную вентиляцию легких. В связи с клиническими критериями тромботической микроангиопатии (были выявлены единичные шистоциты) проведено 4 ежедневных сеанса плазмообмена с замещением свежезамороженной плазмой и альбумином. На 21-е сутки пациентка переведена из отделения реанимации со спонтанным диурезом. Пациентка выписана с уровнем СКФ, не превышающим уровень до госпитализации.

В течение 2 лет последующего наблюдения пациента в нашей клинике – состояние остается стабильным по нефрологическому статусу.

Особенность данного клинического случая. В нашем клиническом случае продемонстрирована эффективность своевременного проведения эфферентных методик лечения септических состояний на фоне ТМА и высокопоточной оксигенотерапии.

Ключевые слова: мембранопролиферативный гломерулонефрит, гнойно-септические осложнения, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Труханова М.А., Мершина Е.А., Долгушин Г.О., Малахов П.С., Павликова Е.П., Краснова Т.Н., Орлова Я.А., Филатова Д.А. Ведение пациента с мембранопролиферативным гломерулонефритом на фоне терапии кортикостероидами, осложнившимся развитием гнойно-септических осложнений.
Терапия. 2023; 9(3S): 411-412.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.411-412

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

УКЛИСТАЯ Т.А., ПОЛУНИНА О.С., УКЛИСТАЯ Е.А.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань

Введение. В патогенезе коморбидности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сердечно-сосудистой патологии большую роль играют генетические маркеры медиаторов системного воспаления и компонентов ренинангиотензинальдостероновой системы.

Цель. Охарактеризовать у больных ХОБЛ с артериальной гипертонией (АГ) распределение генотипов полиморфных вариантов генов ренинагиотензиновой системы (ангиотензинпревращающего фермента (ACE) и рецептора ангиотензина 2 типа 1 (*AGT2R1)*) и провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли-α (*TNF-α)*, интерлейкина-1β (*IL-1β)*).

Материал и методы. Обследовано: 40 больных с изолированной ХОБЛ, 24 – с сочетанием ХОБЛ и АГ, 30 – с изолированной АГ и 30 практически здоровых. Изучены генетические полиморфизмы: TNF-α (-308G>A), IL-1β (3953 C>T) ACE (I/D), AGT2R1 (1166A>C). Анализ генетического полиморфизма выполняли методом полимеразной цепной реакции. Рассчитывали коэффициент соотношения шансов (OR).

Результаты. Не выявлено различий в частоте регистрации генотипов и аллелей по полиморфизмам G-308A гена TNF-α, A1166C гена AGT2R1 у обследованных лиц. Между группами больных изолированной АГ и пациентами ХОБЛ с АГ, отмечены различия в частоте встречаемости генотипов по полиморфизму C3953T гена IL-1β (χ^2=7,35, df=2, p=0,025). Различие в частоте регистрации генотипов по полиморфизму C3953T гена IL-1β между группами больных изолированной ХОБЛ и ХОБЛ с АГ (χ^2=9,34, df=2, p=0,009) было статистически значимым. OR вероятности формирования АГ у больных ХОБЛ для генотипов CT+TT по полиморфизму C3953T гена IL-1β составил 2,28, доверительный интервал (ДИ) 1,21:4,34.

При сравнении групп пациентов с изолированной АГ и ХОБЛ с АГ, существенных различий в распределении генотипов и аллелей по полиморфизму I/D гена ACE не выявлено (χ^2=0,24, df=2, p=0,886 и χ^2=0,06, df=1, p=0,799).

Выводы. Установленные особенности распределения генетического полиморфизма C3953T гена IL-1β у больных ХОБЛ с АГ по сравнению с группами больных с изолированной патологией позволяют использовать его определение для скрининга больных ХОБЛ с высоким риском развития коморбидной АГ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, ренин-ангиотензиновая система, провоспалительные цитокины, полиморфизм генов.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Уклистая Т.А., Полунина О.С., Уклистая Е.А. Особенности полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы и провоспалительных цитокинов у коморбидных больных хронической обструктивной болезнью легких с артериальной гипертонией.

Терапия. 2023; 9(3S): 413-414.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.413-414

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДИБИКОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

УСКОВ В.В.

БУЗ Воронежской области «Воронежская городская клиническая больница №3»,
г. Воронеж

Актуальность. Артериальная гипертензия до настоящего времени остаётся проблемой здравоохранения в мировом масштабе. В России около 30 % населения страдают данным заболеванием. При этом у 70-80 % пациентов оно протекает на фоне сахарного диабета 2 типа.

Цель. Оценка клинической эффективности дибикора в лечении больных артериальной гипертонией при сочетании с сахарным диабетом 2 типа, осложнённым хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Было проведено сравнительное исследование двух групп больных артериальной гипертонией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Мужчин было 29 (45,3%) человека, женщин – 35 (54,7%). Средний возраст больных составлял 61,2±2,7 лет. В 1 группе больных, лечение которых проводилось с назначением дибикора, входило 34 человека (15 мужчин и 19 женщин). Во 2 (контрольную) группу входило 30 больных (14 мужчин и 16 женщин).

Результаты и обсуждение. Клинические различия между группами были статистически незначимы ($p>0,05$). После лечения произошло достоверное уменьшение количества жалоб в обеих группах ($p<0,05$). Однако, в 1 группе количество больных, с жалобами на сухость во рту, жажду, слабость было достоверно меньше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Динамика электрокардиограмм показала, что в 1 группе, где лечение проводилось с назначением дибикора, имела место более быстрая положительная динамика зубца Т. При ультразвуковом исследовании сердца, имело место достоверное снижение уровней конечного диастолического и конечного систолического индексов и повышение ударного объёма, ударного индекса и фракции выброса Сравнительная оценка физической активности у данной категории больных проводилась посредством теста 6-минутной ходьбы, который указал на лучшую положительную динамику в 1 группе.

Выводы. Таким образом, модификация стандартной схемы терапии больных артериальной гипертонией, протекающей на фоне сахарного диабета 2 типа и осложнённой хронической сердечной недостаточностью, препаратом дибикор, позволяет

улучшить клиническую картину заболевания, лабораторные и инструментальные показатели.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, коморбидность, таурин.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Усков В.В. Результативность клинического применения дибикора в лечении больных артериальной гипертензией при сочетании с сахарным диабетом 2-го типа.
Терапия. 2023; 9(3S): 415-416.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.415-416

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИБИКОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

УСКОВ В.В.

БУЗ Воронежской области «Воронежская городская клиническая больница №3»,
г. Воронеж

Актуальность. Артериальная гипертензия является основным фактором риска развития инфаркта миокарда и сосудистых заболеваний головного мозга. Артериальная гипертензия в сочетании с сахарным диабетом, и осложнившаяся хронической сердечной недостаточностью занимает лидирующее положение среди социально значимых заболеваний.

Цель. Оценить действенность препарата дибикор в лечении пациентов артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Две группы пациентов с артериальной гипертензий, протекающей на фоне сахарного диабета. В 1 группе пациенты получали базисную терапию с добавлением дибикора. Во 2 группе лечение проводилось без дибикора.

Результаты и обсуждение. По мере лечения дибикором частота сердечных сокращений снижалась, а число пациентов с тахикардий, с фибрилляцией предсердий, с нарушениями ритма и проводимости стало значительно меньше. Во время лечения количество больных с экстрасистолами достоверно снизилась в 1 группе ($p<0,05$), в то время как во 2 группе их было на 23,5% больше Анализируя изменения ЭКГ, было отмечено, что в 1 группе наблюдалась более быстрая положительная динамика зубца Т, что свидетельствовало об улучшении метаболических процессов. Ультразвуковое исследование сердца в 1 группе показало более быструю положительную динамику объёмных процессов (конечных диастолических и систолических индексов) и увеличение фракции выброса (ФВ) на 9,0%, в то время как во 2 группе ФВ снизилась на 6,2%. Сравнительная оценка физической активности у этой категории пациентов проводилась с помощью теста 6-минутной ходьбы. По отношению к исходным данным к 30 дню лечения показатели 6-минутного теста у пациентов 1 и 2 групп увеличились на 54,8% и на 30,1% соответственно, то есть по отношению к контрольной группе увеличение уровня 6-минутного теста в 1 группе составило 19,7%, что свидетельствует о наилучшей положительной динамике в этой группе.

Выводы. Таким образом, дополнение к стандартной терапии для пациентов артериальной гипертензией, протекающей на фоне сахарного диабета 2 типа, дибикора способствует улучшению клинической картины заболевания, лабораторных и инструментальных показателей.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, коморбидность, таурин.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Усков В.В. Оценка эффективности применения дибикора в лечении хронической сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией, протекающей на фоне сахарного диабета 2-го типа.
Терапия. 2023; 9(3S): 417-418.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.417-418

ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЭКСТРЕМАЛЬНО ВЫСОКОГО РИСКА С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ТРОМБОФИЛИИ

УСМАНОВА А.Ф., МАЯНСКАЯ С.Д.

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

Актуальность. В настоящее время вопросам рецидивирующего течения сердечно-сосудистых заболеваний отводится большое значение. Вероятно, существенную роль может играть генетическая предрасположенность.

Ниже представлены два клинических случая экстремально высокого риска с генетически детерминированными рестенозами стентов и шунтов коронарного русла.

Описание клинического случая 1. Пациент, А., 61 год доставлен в приемное отделение с типичной клиникой острого инфаркта миокарда (ИМ), что подтвердилось данными ЭКГ и результатами кардиоспецифических маркеров. В анамнезе ИМ трехнедельной давности той же локализации со стентированием передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ПМЖВ). Пациенту повторно было проведено стентирование ПМЖВ. Через 10 дней в связи с тромбозом стента, был установлен 3 стент, однако, расправить его, и добиться восстановления нормального кровотока не удалось. Пациент выписан на базовой терапии.

Описание клинического случая 2. Пациент, З., 48 лет обратился с типичной клиникой прогрессирующей стенокардии. Несмотря на то, что 6 мес. назад ему уже было проведено маммакоронарное шунтирование ПМЖВ и аортокоронарное шунтирование диагональной ветви и правой коронарной артерии (ПКА), пациенту снова была проведена контрольная шунтография, по результатам которого выполнено стентирование ПКА. Через полгода, в связи с рестенозом, было проведено повторное стентирование той же артерии. Наконец, в ходе коронароангиографии 2021 г., были выявлены рестенозы обеих шунтов и хроническая окклюзия всей ПМЖВ, начиная от среднего сегмента. Попытка восстановить кровоток оказалась безуспешной. Пациент выписан с клиникой стенокардии напряжения и признаками сердечной недостаточности на базовой терапии.

Особенности данных клиническиз случаев. Отличительной особенностью данных случаев является то, что, в связи с рецидивирующим тромбозом коронарных артерий пациенты были направлены на генетическое исследование, по результатам которого выявлена гомозиготность по гену SERPINE, контролирующего синтез ингибитора

активатора плазминогена-1, а также патологические генотипы тромбоцитарного гликопротеина, свидетельствующие о наличии у обоих пациентов генетических признаков тромбофилии, с которой, вероятно связано тяжелое течение ИБС.
Вывод. Таким образом, одной из причин неблагоприятного, рецидивирующего течения ИБС у пациентов экстремально высокого риска является генетически детерминированная тромбофилия, а генотипирование по основным генам, является перспективным направлением в более глубоком понимании патогенеза, прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний и подхода к оптимизации их лечения.

Ключевые слова: экстремально высокий сердечно-сосудистый риск, тромбофилия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Усманова А.Ф., Маянская С.Д. Два клинических случая сердечно-сосудистого экстремально высокого риска с генетической предрасположенностью к тромбофилии.
Терапия. 2023; 9(3S): 419-420.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.419-420

ОЦЕНКА СВЯЗИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТРИТА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ФАЙРУШИНА И.Ф., КИРИЛЛОВА Э.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Качество жизни (КЖ) включено в перечень оцениваемых параметров течения псориатического артрита (ПсА). Было показано, что ультразвуковое (УЗ) исследование (УЗИ) имеет более высокую чувствительность, чем клиническое обследование, для выявления активного воспаления. В литературе отсутствуют данные о связи между КЖ и УЗ изменениями при ПсА.

Цель. Изучить взаимосвязь суставного и энтезеального воспаления, выявленного при УЗИ, и КЖ при ПсА.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты в возрасте 18-60 лет (n=92) с установленным диагнозом ПсА (CASPAR, 2006). Всем пациентам было проведено стандартное клиническое обследование, а также заполнялись опросник по оценке физического функционирования (HAQ-DI), FACIT-Fatigue, дерматологический индекс КЖ (ДИКЖ), краткая форма – 36 (SF-36).

Было проведено УЗИ 1288 крупных суставов и 4968 энтезисов в проекции этих суставов (всего 54). Оценивалось количество синовитов и энтезитов (снижение эхогенности и утолщение), а также энтезисов со структурными изменениями с помощью серой шкалы, васкуляризированных энтезитов и синовитов с применением энергетического допплера.

Результаты. Среди 92 пациентов было 42 (45,7%) мужчин, средний возраст составил 42,9±9,6 лет, длительность ПсА – 7 (2;11,8) лет, активность ПсА (DAPSA) – 15,2 (10,2;21,4).

Таким образом, выявлено влияние псориаза на КЖ больных ПсА. Баллы ДИКЖ коррелировали с активностью кожного псориаза и ониходистрофией, а также клиническим энтезитом ($p<0,01$). Выявлены минимальная (67,4%) и средняя (29,3%) степени нарушения физического функционирования. Показатели HAQ-DI ассоциировались с более высокой активностью и длительностью ПсА, возрастом и клиническим энтезитом ($p<0,01$). Физический и психический компоненты SF-36 коррелировали с активностью ПсА и клиническим энтезитом ($p<0,05$). Усталость

встречалась у 50% больных и нарастала по мере повышения активности и длительности ПсА и клинического энтезита ($p<0,01$).
УЗ данные не продемонстрировали связи с КЖ при ПсА ($p>0,05$).
Выводы. Параметры КЖ, оцениваемые в этом исследовании ассоциировались с клиническими данными, в частности, с клиническим энтезитом. Воспаление суставов и энтезисов по данным УЗИ не было связано с КЖ. Вероятно, это связано с субклиническим течением этих изменений, что говорит о том, что КЖ в большей степени связано с клиническими, чем с УЗ характеристиками при ПсА.
Ключевые слова: псориатический артрит, ультразвуковое исследование суставов, качество жизни.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Оценка связи ультразвуковых изменений периферического артрита и качества жизни больных псориатическим артритом.
Терапия. 2023; 9(3S): 421-422.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.421-422

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОВЛЕЧЕНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА И ПАРААРТИКУЛЯРНОГО АППАРАТА В ЕГО ПРОЕКЦИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

ФАЙРУШИНА И.Ф., КИРИЛЛОВА Э.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) характеризуется развитием периферического артрита с частым вовлечением коленного сустава (КС) и его периартикулярного аппарата. Частота субклинического течения высока, а ультразвуковое (УЗ) исследование (УЗИ) является информативным методом диагностики.

Цель. Охарактеризовать вовлечение КС и параартикулярного аппарата при ПсА с помощью УЗИ.

Материал и методы. Было проведено УЗИ 184 КС пациентов с ПсА (CASPAR, 2006) в режиме серой шкалы с оценкой: в суставах – синовита и кисты Бейкера, энтезисов – снижения эхогенности и утолщения. Оценивались энтезисы латеральной (ЛКС) и медиальной коллатеральной связок (ЛКС), собственной связки надколенника (ССН), сухожилий двуглавой, четырехглавой и полуперепончатой (ППМ) мышц, «гусиной лапки» (ГЛ). Для МКС, ЛКС и ССН общее число обследованных энтезисов составило 368 (две области прикрепления). Активность оценивалась по наличию васкуляризации с помощью энергетического допплера (ЭД). Оценка сонограмм проводилась двумя независимыми врачами УЗ диагностики. Статистический анализ включал методы описательной статистики.

Результаты. Обнаружено 41 (22,2%) синовитов КС, среди которых ЭД+ было 27 (65,8%). Киста Бейкера визуализировалась в 16,8% случаев. Энтезит четырехглавой мышцы отмечался в 24 случаях (13%), ЭД+ – 58,3 % (14). Наиболее часто вовлекалась МКС в 72 энтезисах (19,6%), ЭД+ энтезиты – 47,2% (34), далее ЛКС – в 50 случаев (13,6%) с ЭД+ в 28% энтезисах (14), чаще в местах прикрепления к бедренной кости. ССН вовлекался в 7,3% случаев (27) с ЭД+ в 4 (14,8%) чаще в месте прикрепления к бугристости большеберцовой кости, ГЛ – в 39,1% (72), ЭД+ в 2 энтезисах (2,7%); двуглавая мышца – в 4 случаях ЭД-; ППМ – в 36 случаях, ЭД+ – в 2 случаях.

Выводы. Была обнаружено 22,2% синовитов КС у пациентов с ПсА, среди которых 65,8% – васкуляризированы. Наиболее часто наблюдался ЭД+ энтезит МК и ЛКС в местах прикрепления к бедренной кости и четырехглавой мышцы, что вероятно, является проявлением ПсА, а отсутствие васкуляризации позволяет предположить биомеханический компонент, что делает эти точки областями интереса при УЗИ пациента с ПсА.

Ключевые слова: псориатический артрит, ультразвуковое исследование суставов, коленные суставы, параартикулярный аппарат.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. Ультразвуковая характеристика вовлечения коленного сустава и параартикулярного аппарата в его проекции при псориатическом артрите.
Терапия. 2023; 9(3S): 423-424.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.423-424

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕКИЙ РИСК ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В.

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

Актуальность. Понимание изменений кардиометаболического риска (КРМ) в динамике у лиц молодого возраста может составить основу целенаправленных профилактических мероприятий.

Цель. Провести анализ изменений КМР по Cardiometabolic Disease Staging (CMDS) у лиц молодого возраста при проспективном наблюдении.

Материал и методы. Проведено проспективное 18-месячное наблюдение 41 пациента, в возрасте 34 [29,5-38] лет, в КДЦ Авиастроительного района г. Казани. Обследованные были разделены на группы по CMDS (Шляхто Е.В. и др., 2016): Стадия 0 – метаболически здоровые; Стадия 1 (низкий риск) – один или два фактора риска, кроме предиабета, Стадия 2 (средний риск) – наличие ≥3-х метаболических нарушений или предиабет. Использована программа SPSS Statistics 23.

Результаты. В начале наблюдения группа CMDS 0 составляла 43,9% (n=18), CMDS 1 – 56,1% (n=23). При проспективном наблюдении в группе CMDS 0 остались 26,8% (n=11), а 33,3% (n=6) перешли в группу CMDS 2. Также 30,4 % (n=7) обследованных лиц из группы CMDS 1 перешли в группу CMDS 2.

При углубленном анализе установлено, что переход из CMDS 0 в CMDS 2 и из CMDS 1 в CMDS 2 произошёл за счет развития предиабета (p=0,031 и p=0,016 соответственно). При этом установлено нарастание уровня гликированного гемоглобина при проспективном наблюдении и переходе из CMDS 0 в CMDS 2 (4,95 [4,7-5,15] % и 6,05 [6,0-6,85] %, p=0,028) и при переходе из CMDS 1 в CMDS 2 (5,4 [5,2-5,6] % и 6,1 [6,0-6,5] %, p=0,017).

Выводы. В течение 18-месячного проспективного наблюдения у каждого третьего (31,7%) обследованного молодого возраста установлено повышение КМР по CMDS вследствие развития предиабета.

Ключевые слова: кардиометаболичекий риск, шкала Cardiometabolic Disease Staging, предиабет.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Фахрутдинова А.Ш., Синеглазова А.В. Кардиометаболичекий риск при проспективном наблюдении у лиц молодого возраста.

Терапия. 2023; 9(3S): 425.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.425

ОЖИРЕНИЕ – ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19

ФОМИНА Л.А.

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

Актуальность. Ожирение представляет фактор риска, потенциирующий различные патологии, в том числе и течение коронавирусной инфекции.

Цель. Выяснить тяжесть течения COVID-19 у пациентов с ожирением.

Материал и методы. Обследованы 118 лиц, проходящих лечение в инфекционном госпитале за октябрь 2021 г., разделенных на три группы: 30 больных с нормальным весом; 39 – с избыточным и 49 – с ожирением.

Результаты. Среди всех госпитализированных за исследуемый период лица с ожирением и избыточным весом составляли большинство (74,6%). В группе с ожирением преобладали ($p<0,05$) частота выявления одышки, тахикардии и эпизодов повышения артериального давления. Сахарный диабет встречался в 4% случаев у лиц с нормальным весом и у 35% лиц с его превышением ($p<0,05$). Различные формы ИБС также превалировали у больных с предожирением и ожирением (23%), по сравнению с лицами (4%) с нормальным весом ($p<0,05$).

Синдром цитолиза отмечался при нормальном весе в 33% случаев, при избыточном весе и ожирение соответственно у 41 и 45% больных.

Снижение уровня гемоглобина выявлено у 23% обследованных первой группы и у 38 и 36% второй и третьей групп ($p<0,05$). Нормальный уровень тромбоцитов отмечался у 86% больных с нормальным весом, во второй и третьей группах его значение снижалось до 58 и 65% ($p<0,05$).

По результатам КТ грудной клетки выявлено, что у лиц с нормальным весом в половине случаев отмечалось менее 25% поражения легочной ткани, во второй и третьей группах этот показатель составил 29 и 24% больных ($p<0,05$), а поражение легких более 75% выявлялось у 5% обследованных первой группы, против 15 и 17% пациентов второй и третьей групп ($p<0,05$). Длительность госпитализации в группе лиц с нормальным весом была ниже (7,2±1,9 дней) по сравнению с предожирением и ожирением (10,3±2,8 дней и 10,7±3,6 дней).

Выводы. Полученные данные позволяют констатировать, что ожирение является маркером более тяжелого течения коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: COVID-19, ожирение, предикторы тяжелого течения COVID-19.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Фомина Л.А. Ожирение – предиктор тяжелого течения COVID-19. Терапия. 2023; 9(3S): 426-427.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.426-427

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

ХАЗИЕВА Г.Р., ДЬЯКОВА Е.В., ГАБИТОВА Е.Н., НИЗАМОВА С.Р., ОДИНЦОВА А.Х., ШАМСУТДИНОВА Н.Г., БЕЛОУСОВА Е.Н., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

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

Введение. Трансплантация печени (ТП) – единственный эффективный метод лечения цирроза печени (ЦП) и гепатитов, сопровождающихся фульминантной печёночно-клеточной недостаточностью. Однако, в посттрансплантационном периоде реципиенты вынуждены получать пожизненную иммуносупрессивную, что повышает риск возникновения оппортунистических инфекций.

Описание клинического случая. Пациентка К., 39 лет, поступила в отделение пульмонологии с жалобами на одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, общую слабость.

В начале июля 2022 г. был диагностирован острый гепатит аутоиммунной этиологии с развитием печёночно-клеточной недостаточности. 27.07.2022 была проведена ортотопическая ТП с назначением иммуносупрессивной терапии: базиликсимаб, такролимус, микофеноловая кислота; антибактериальных препаратов-цефепим/сульбактам, ванкомицин, сульфаметоксазол/триметоприм. В ноябре 2022 г. и в феврале 2023 г. получала пульс-терапию метилпреднизолоном из-за острого клеточного отторжения трансплантата.

В марте 2023 г. появились сухой кашель, лихорадка до 38°С, повышенная утомляемость, сатурация 92%. Пациентка по рекомендации гастроэнтеролога начала прием амоксициллина. На фоне лечения состояние прогрессивно ухудшалось: нарастала одышка, чувство сдавления в груди, температура тела носила волнообразный характер. По данным РКТ ОГК – интерстициальные изменения лёгких, лабораторно – лейкоциты 10 х 10^9/л, С-реактивный белок 96 мг/л, прокальцитонин менее 0,5 нг/мл. Неоднократно взяты ПЦР на наличие новой коронавирусной инфекции (НКВИ) и ОРВИ – результаты отрицательные. Была начата терапия дексаметазоном, омепразолом, урсодезоксихолевой кислотой, осельтамивиром, эноксапарином натрия, сульфаметоксазолом/триметоприм.

В связи с положительным результатом ПЦР-теста на *Pneumocystis jirovecii* доза сульфаметоксазола/триметоприма увеличена до 2880 мг 3 раза в день внутривенно

капельно, преднизолон 20 мг внутрь утром, а также преднизолон 180 мг 2 раза в день внутривенно капельно, меропенем 1 г х 3 раза в день внутривенно струйно.
На фоне проводимой терапии наблюдалось улучшение состояния пациентки, положительная рентгенологическая и лабораторная динамика.
Отличительная особенность данного клинического случая. Пневмоцистная пневмония развилась на фоне текущей реакции отторжения трансплантата.
Трудности в диагностике и лечении данной пациентки были связаны с развитием тяжёлого течения оппортунистической инфекции из-за массивной иммуносупрессии вследствие терапии острого клеточного отторжения трансплантата.
Ключевые слова: трансплантация печени, пневмоцистная пневмония, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Хазиева Г.Р., Дьякова Е.В., Габитова Е.Н., Низамова С.Р., Одинцова А.Х., Шамсутдинова Н.Г., Белоусова Е.Н., Абдулганиева Д.И. Клинический случай течения пневмоцистной пневмонии после трансплантации печени.
Терапия. 2023; 9(3S): 428-429.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.428-429

ВОЗМОЖНОСТИ «МОБИЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ ЭКСТРЕННЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ХАЛИКОВА М.А., ЦАРЕГОРОДЦЕВ Д.А., БЕРАЯ М.М.

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

Актуальность. Контроль ритма у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) является актуальной проблемой в современной кардиологии. Оценка эффективности того или иного метода лечения напрямую зависит от способа контроля эффективности у больных при длительном наблюдении. Имплантируемые регистраторы нарушений ритма не всегда доступны для пациентов, холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) редко проводится чаще, чем 1 раз в месяц, а в случае регистрации ЭКГ лишь при приступах сердцебиения остаются недиагностированными редкие пароксизмы/пароксизмы небольшой продолжительности, а также приступы, протекающие бессимптомно.

Цель. Оценить возможность применения портативного кардиомодуля для контроля эффективности антиаритмической терапии, радиочастотной (РЧА) и криобалонной абляции в амбулаторных условиях при длительном наблюдении за пациентами с пароксизмальной формой ФП.

Материал и методы. В рамках исследования по оценке эффективности и безопасности антиаритмических препаратов IC класса, радиочастотной и криобалонной абляции при изолированной пароксизмальной ФП нами использовался кардиомодуль ECG Dongle (АО «Нордавинд», РФ). Обследовано 123 пациента (45 мужчин, 78 женщин, средний возраст 63 [55;68] лет), страдающих ФП со средней частотой пароксизмов 3,0 [1;8] в месяц. В группу дистанционного контроля (ДК) с использованием КМ было включено 54 (44%) пациента, в группу традиционного наблюдения (ТН) – 69 (56%). С помощью кардиомодуля пациенты из группы ДК регистрировали ЭКГ с частотой 1 раз в неделю при хорошем самочувствии и дополнительно при возникновении симптомов, подозрительных на фибрилляцию предсердий. Зарегистрированная ЭКГ отправлялась пациентами на электронную почту или мессенджер лечащего врача. При верификации пароксизмов ФП или трепетания предсердий (ТП) менялась тактика ведения.

Результаты. За 12 мес. наблюдения с помощью КМ было собрано и проанализировано 3601 ЭКГ: на 3251 (90,3%) – синусовый ритм, на 350 (9,7%) ЭКГ – ФП, из них на 2-х –

атипичное трепетание предсердий. 54 эпизода ФП у 3 пациентов протекали бессимптомно. На 309 ЭКГ (8,6%), зарегистрированных 20 пациентами при появлении симптомов, подозрительных на ФП, – синусовый ритм. В группе ДК в связи с рецидивом ФП были госпитализированы 10 пациентов (18,5%), в группе ТН – 28 пациентов (40,6%), что было достоверно больше (p=0,018). Суммарное число экстренных госпитализаций в группе ДК составило 12, в группе ТН – 42.

Выводы. Дистанционный контроль ЭКГ позволяет эффективно и оперативно осуществлять контроль за проводимой антиаритмической терапией, проводить коррекцию терапии, оценивать эффективность интервенционного лечения, дополнительно регистрируя бессимптомные пароксизмы тахиаритмий. Кроме того, кардиомодуль достоверно снижает частоту экстренных госпитализаций у больных с пароксизмальной формой ФП.

Ключевые слова: пароксизмальная формая фибрилляции предсердий, «мобильное здравоохранение», госпитализации.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Халикова М.А., Царегородцев Д.А., Берая М.М. Возможности «мобильного здравоохранения» в снижении частоты экстренных госпитализаций пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.
Терапия. 2023; 9(3S): 430-431.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.430-431

ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ХАЛФИНА Т.Н., НУРУЛЛИНА Г.И., ГАЙНУТДИНОВА Л.А., ЗАМАЛЕЕВА Д.А.
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

Актуальность. Частота венозных тромботических осложнений (ВТО) при нефротическом синдроме (НС) варьирует от 3 до 44% случаев.

Цель. Оценить частоту и риск развития ВТО у пациентов с НС.

Материал и методы. Исследование проведено на базе нефрологического отделения ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 133 пациентов, из которых у 41 (30,8%) диагностирован НС (25 мужчин и 16 женщин, средний возраст 50,2±2,6 лет). У всех пациентов рассчитан риск тромбозов по валидизированной шкале Padua; оценены показатели общепринятых методов исследования пациента с НС.

Результаты. Причинами НС были: хронический гломерулонефрит (n=33, 80,5%), системная красная волчанка (n=3, 7,3%), диабетическая нефропатия (n=2, 4,9%), васкулиты (n=2, 4,9%), амилоидоз (n=1, 2,4%).

Антикоагулянты (АК) получали 15 человек (36,6%). ВТО были выявлены у 3 пациентов (7,3%), из них один получал АК (резистентный к терапии НС), двое до ВТО АК не получали.

Пациенты по риску развития ВТО были разделены на две группы: первая – 9 пациентов с высоким риском (4 балла и выше по шкале Padua), вторая – 32 пациента с низким.

У пациентов первой группы по сравнению со второй был выше уровень СОЭ (47,0±6,0 и 33,6±3,7 мм/ч, p=0,008), СРБ (17,9±8,3 и 7,6±1,2 мг/л, p=0,038), ниже уровень общего белка (47,4±3,8 и 53,0±1,7 г/л, p=0,04), альбумина крови (21,5±3,9 и 27,1±1,5 г/л, p=0,033), выше уровень β-глобулинов (15,5±0,9 и 12,7±0,5%, p=0,014), ниже ПТИ (99,9±6,5 и 108,0±1,9%, p=0,011), выше уровень β-липопротеидов (β-ЛП) (96,1±17,7 и 64,3±5,8 ммоль/л, p=0,013).

Показатели суточной протеинурии в обеих группах достоверно не различались.

Высокий риск ВТО ассоциировался с более поздней стадией ХБП (p=0,001) (С3Б-С4) и более низкими значениями СКФ (p=0,02) (30,2±8,6 мл/мин).

Выводы. Частота ВТО среди пациентов с НС составила 7,3%. Риски ВТО выше у лиц с меньшим содержанием общего белка, альбумина в крови, с более высокими значениями

СОЭ и СРБ, β-глобулинов и β-ЛП. Предикторами также могут быть более поздние стадии ХБП и более низкие показатели СКФ.

Ключевые слова: венозные тромботические осложнения, нефротический синдром, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И., Гайнутдинова Л.А., Замалеева Д.А. Оценка риска венозных тромботических осложнений у пациентов с нефротическим синдромом.
Терапия. 2023; 9(3S): 432-433.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.432-433

ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ХЛЯМОВ С.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск

Актуальность. АГ – частая кардиотоксичность анти-VEGF агентов у 35% пациентов, получающих бевацизумаб.

Цель. Выявить связь между изменением АД и начальным антигипертензивным лечением у пациентов, у которых развилась АГ, индуцированная бевацизумабом.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 110 пациентов, получавшие бевацизумаб в КО НКЦ им. Г. Е. Островерхова с января по декабрь 2020 г. с метастатическим колоректальным раком и метастатическим раком молочной железы. Средний возраст – 66±4,2 лет. Исследуемая группа принимала бевацизумаб в дополнение к комбинированной химиотерапии. Выбор антигипертензивных препаратов: 1 группе из 35 пациентов была назначена антигипертензивная терапия – иАПФ + БКК, 2 группе из 35 пациентов – БРА + БКК, и 3 группе из 40 пациентов – иАПФ + диуретик. Оценены гемодинамические параметры деятельности ССС: САД и ДАД методом Н. И. Короткова. Изучаемые параметры описаны с вычислением среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Количественные показатели подвергнуты оценке критерием t-Стьюдента для зависимых переменных. Статистически значимыми различиями считались между показателями при $p < 0,05$.

Результаты. Медиана АД до терапии бевацизумабом – 134/86 мм рт.ст. Медиана времени до начала развития бевацизумаб-индуцированной АГ – 2,8 мес. Показатели гипертензивного эффекта в группе АГ III степени (шкала CTCAE v5.0) (n=50) и группе АГ II степени (n=60: САД – 166±4,3; ДАД – 107±5,4 мм рт.ст. и САД – 153±3,7; ДАД – 96±2,9 мм рт.ст. ($p < 0,05$) соответственно. Комбинированная антигипертензивная терапия оказала следующий эффект. Медиана АД после антигипертензивной терапии (12 недель) достоверно улучшилась – 142/95 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Динамика изменения АД в группе, принимавшей иАПФ + БКК: САД уменьшилось на 11,2%, ДАД – на 9,4%; в группе БРА + БКК: САД уменьшилось на 12,9%, ДАД – на 8,3%; в группе иАПФ + диуретик: САД уменьшилось на 11,0%, ДАД – на 5,8% ($p < 0,05$).

Выводы. Медианное значение АД после назначенного антигипертензивного лечения выше медианного показателя до применения химиотерапии в сочетании с бевацизумабом.

Комбинация БРА + БКК значимо оказала гипотензивный эффект на САД, в то время как комбинация иАПФ + БКК – на ДАД.

Ключевые слова: лекарственно-индуцированная артериальная гипертензия, бевацизумаб, антигипертензивная терапия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Хлямов С.В. Выбор антигипертензивной терапии при бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии.
Терапия. 2023; 9(3S): 434-435.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.434-435

ВЛИЯНИЕ АДИПОЦИТОКИНОВ НА БРОНХОЛЕГОЧНУЮ СИСТЕМУ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ХУДЯКОВА А.Д., ПОЛОНСКАЯ Я.В., ШРАМКО В.С., ЩЕРБАКОВА Л.В., СТРЮКОВА Е.В., КАШТАНОВА Е.В., РАГИНО Ю.И.

Лаборатория генетических и средовых детерминант жизненного цикла человека ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск

Актуальность. Ожирение вносит существенный вклад в развитие хронических заболеваний легких посредствам механического влияния абдоминального ожирения на бронхолегочную систему. Кроме этого в патогене развития хронических заболеваний легких предполагается участие факторов системного воспаления, а также гормоноподобных веществ, вырабатываемых жировой тканью.

Цель. Оценить ассоциации некоторых адипокинов/цитокинов и хронического бронхита на фоне абдоминального ожирения у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В исследование вошли 1415 человек 25-44 лет. Методом случайных чисел были отобраны 115 человек, которые были разделены на две подгруппы: с хроническим бронхитом и абдоминальным ожирением и с хроническим бронхитом без абдоминального ожирения. Хронический бронхит определялся согласно клиническим рекомендациям Российского респираторного общества 2021 г. Также была подобрана контрольная группа пациентов сопоставимая по полу и возрасту, которая также была разделена на подгруппы: лица с абдоминальным ожирением и условно здоровые лица.

Результаты. В группе пациентов с хроническим бронхитом в 1,4 раза были выше уровни адипонектина, TNF-α и GIP. Уровни С-пептида, MCP-1 и PP в группе хронического бронхита были в 1,3 раза выше по сравнению с контролем. Значительно выше в группе хронического бронхита оказались показатели адипсина (в 1,5 раза), липокалина-2 (в 1,9 раза), IL-6 (в 2,5 раза) и резистина (в 4,2 раза). Также три изучаемые молекулы показали более низкие значения по сравнению с контрольной группой. Глюкагон был ниже в группе пациентов с хроническим бронхитом в 2,2 раза, амилин в 2,3 раза, грелин в 3,2 раза. На фоне абдоминального ожирения шанс наличия хронического бронхита увеличивался при повышении уровня липокалина-2 на 1 мкг/мл и повышении уровня GIP на 1 пг/мл на 1% и 4,6% соответственно, при повышении уровня TNF-α на 1 пг/мл увеличивается почти в 2 раза, но достигнута только статистическая тенденция.

Выводы. Наиболее перспективными для использования в клинических и научных целях представляются такие адипокины как GIP, липокалин-2, грелин, амелин и TNF-α.

Ключевые слова: абдоминальное ожирение, хронический бронхит, адипоцитокины, цитокины.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Худякова А.Д., Полонская Я.В., Шрамко В.С., Щербакова Л.В., Стрюкова Е.В., Каштанова Е.В., Рагино Ю.И. Влияние адипоцитокинов на бронхолегочную систему при абдоминальном ожирении у лиц трудоспособного возраста. Терапия. 2023; 9(3S): 436-437.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.436-437

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЦИЛИНА Ю.И.

ФГБОУ ВО «Саратовский Оренбургский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Описание клинического случая. Пациент Б., 51 год, поступил в отделение пульмонологии в январе 2023 г. с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке. Анамнез заболевания: Индекс курильщика 30 пачка/лет. Около четырех лет отмечает одышку при нагрузке. В октябре 2022 г. внезапно отметил появление выраженной одышки. В ноябре 2022 г. был госпитализирован, в ходе обследования при ЭХО КГ выявлена высокая легочная гипертензия (СДЛА 93 мм рт.ст.). При КТ ОГП эмфизема, пневмосклероз, застойные изменения легочной ткани. ДИ вен нижних конечностей – данных за тромбоз не получено. SpO_2 86%. 17.11.2022 г. был переведен в г. Саратов. По результатам КТ ангиопульмонографии ТЭЛА не подтверждена. При спирографии выявлена генерализованная обструкция бронхов. При ЭХО-КГ СДЛА 84 мм рт.ст. При суточном мониторировании ЭКГ: желудочковая экстрасистолия и пароксизмальная неустойчивая желудочковая тахикардия. Пациент был выписан с диагнозом «ИБС Атеросклеротическая болезнь сердца. ХОБЛ. Легочное сердце в стадии декомпенсации». При поступлении в отделение пульмонологии в январе 2023 г.: кифоз грудного отдела позвоночника (болезнь Шейерманна-Мау), кисти рук синюшного цвета (синдром Рейно?). Акцент 2 тона на легочной артерии. СОЭ 21 мм/ч, СРБ 5,4 мг/л, Д-димер в норме, КФК 528 Е/л, NTproBNP 508 пг/мл. Спирография: ОФВ1 52%, ОФВ1/ФЖЕЛ 68%. При ЭХОКГ СДЛА 80 мм рт.ст. SpO_2 в покое 93%, после нагрузки 90%.

В связи с высокой легочной гипертензией, отсутствием данных за значимое поражение левых отделов сердца, ТЭЛА, наличие синдрома Рейно (?) проведено исключение системной склеродермии. При обследовании подтверждено наличие синдром Рейно, выявлена гипотония пищевода, эзофагит. ANA Screen положительный, выявлены антитела к антигенам RNP.

Выводы. Таким образом, у пациента подтверждено наличие системной склеродермии, а легочная гипертензия имеет сложный многокомпонентный характер: ХОБЛ, деформация позвоночника (группа 3) + системная склеродермия (группа 1). Это дало возможность назначить пациенту ЛАГ-специфичную терапию (силденафил 20 мг 3 раза в день).

Данное клиническое наблюдение демонстрирует диагностическую сложность в определении характера легочной гипертензии у пациента, настойчивость в установлении причины ЛГ являются залогом возможности начала ЛАГ-специфической терапии.

Ключевые слова: легочная гипертензия, коморбидность, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Цилина Ю.И. Трудности диагностики легочной гипертензии у полиморбидных пациентов.
Терапия. 2023; 9(3S): 438-439.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.438-439

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И КОМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ

ЦИНЗЕРЛИНГ А.Ю., МАЗУРОВ В.И., ГАЙДУКОВА И.З., ПЕТРОВА М.С., ИНАМОВА О.В.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Влияние гиперурикемии (ГУ) как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и заболеваний почек на течение ревматоидного артрита (РА; фактора риска ССЗ) в российской популяции не изучалось.

Цель. Изучить частоту и уточнить влияние особенностей гиперурикемии на коморбидную патологию у пациентов с РА.

Материал и методы. Из 1500 пациентов с РА (по критериям EULAR, 2010) отобрано 967 пациентов. ГУ регистрировали при минимум двукратном уровне мочевой кислоты (МК) в крови 360 мкмоль/л. Частоту сравнивали с популяционной по данным исследования ЭССЕ-РФ. Статистический анализ проводили с помощью программы SOFA, version 1.5.4.

Результаты. Из 967 пациентов 232 пациента (24%) имели ГУ. Частота ГУ у лиц старше 45 лет (24,8%) превышала (p=0,02) популяционные значения (18,5%), у лиц молодого возраста (18-44 года) сопоставима (16,5%) с популяционной (15%). У пациентов со стойкой ГУ (более 2 эпизодов ГУ; 68,9%) выявлены: тенденция к более высокому уровню МК в начале наблюдения (475,9±95,3 против 442,3±64,8 мкмоль/л; p=0,05) и большей частоте бронхиальной астмы (66,7 и 33,3%; p=0,05), более низкий уровень уромодулина мочи (3,3 [2,8; 5,9] против 4,7 [3,7; 8,9] нг/мл; p=0,03) большая частота хронического панкреатита (63,2 и 36,8%; p 0,001), худший ответ на уратснижающую терапию (25 и 75%; p=0,04). У пациентов, у которых ГУ впервые зафиксирована в ходе наблюдения (38,9%) выявлены: больший уровень скорости оседания эритроцитов (28,4±16,3 против 21,2±11,7 мм/ч; p=0,02), холестерина (5,83±1,12 против 5,35±0,91 ммоль/л; p=0,04), большая частота приема глюкокортикоидов (54,3 и 45,7%; p=0,01), меньшая частота остеопении (14,3 и 85,7%; p=0,03). Все случаи инфаркта миокарда были только в этой группе (p=0,02), однако эти пациенты не страдали бронхиальной астмой (p=0,02).

Выводы. Частота гиперурикемии у пациентов с ревматоидным артритом превышает популяционную в старшей возрастной группе. Неблагоприятными вариантами гиперурикемии в отношении коморбидной патологии, течения ревматоидного артрита и

ответа на коррекцию являются стойкая гиперурикемия и гиперурикемия, выявленная по ходу заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, гиперурикемия, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Цинзерлинг А.Ю., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Инамова О.В. Влияние особенностей гиперурикемии на течение ревматоидного артрита и коморбидную патологию.
Терапия. 2023; 9(3S): 440-441.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.440-441

ТЕСТ С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНОГО СИНДРОМА

ЦЫМБАЛ А.С., АРИШЕВА О.С.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. Диагностика ГПС представляет собой сложную задачу. Используемые на данный момент в клинической практике методы инвазивны и требуют особого специализированного оснащения лечебного учреждения. Поэтому поиск малоинвазивных, скрининговых методов для раннего выявления данного синдрома как никогда актуален.

Цель. Оценить чувствительность и специфичность теста с 6-минутной ходьбой как дополнительного метода диагностики ГПС у пациентов с циррозом печени.

Материал и методы. Обследовано 39 пациентов в возрасте от 34 до 67 лет (средний возраст 50,7±10 лет), мужчины – n=27 (69%), женщины – n=12 (31%), поступивших в ГКБ им В.В. Виноградова с ноября 2022 г. по март 2023 г. с декомпенсированным циррозом печени различной этиологии. Всем пациентам выполнен спектр исследований: ЭХО-КГ, пульсоксиметрия в положениях «лёжа» и «стоя», исследование газов артериальной крови и тест с 6-минутной ходьбой (Т6МХ). Т6МХ включал в себя измерение сатурации до и после исследования, а также расстояние, пройденное за 6 минут. Тест считался положительным, если после его окончания отмечалось снижение сатурации более чем на 3% или ниже 94%. Диагноз ГПС устанавливался при наличии у пациента признаков ортодексии, платипноэ и гипоксемии (PaO_2<80%).

Результаты. По результатам обследования выделено 2 группы пациентов – с наличием ГПС (n=9) и без него (n=30). Т6МХ был положительным у 7 пациентов (77,8%) с ГПС, отрицательным – у 2 пациентов (22,2%). Только у одного пациента из второй группы (без ГПС) был выявлен положительный Т6МХ (3,5%). Таким образом, чувствительность Т6МХ для диагностики ГПС в нашем исследовании составила 77,8%, а специфичность 96,7%. Ограничением нашего исследования явилась малая выборка пациентов.

Выводы. По результатам исследования можно сделать вывод, что Т6МХ может являться высокочувствительным, специфичным, малоинвазивным и доступным дополнительным методом диагностики ГПС у пациентов с циррозом печени различной этиологии.

Ключевые слова: гепатопульмональный синдром, цирроз печени, тест с 6-минутной ходьбой.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Цымбал А.С., Аришева О.С. Тест с 6-минутной ходьбой как дополнительный метод диагностики гепатопульмонального синдрома.
Терапия. 2023; 9(3S): 442-443.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.442-443

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

ЧЕРЕНКОВА В.В., КУЗЬМИНА Т.Н., СМИРНОВА О.А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова» Депаратамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

Актуальность. В России в 2018 г. рак поджелудочной железы составил 6,3%, что соответствует пятому месту среди онкологических заболеваний и занимает четвертое место среди причин смерти от онкологических заболеваний. По данным литературы при раке поджелудочной железы и желчных протоков нутритивные нарушения встречается у 47,6% среди всех случаев рака, что обуславливает актуальность данного исследования.

Цель. Изучить особенности нутрициионного статуса у пациентов с раком поджелудочной железы после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции (ЛПДР).

Задача исследования. Оценить степень белково-энергетической недостаточности (БЭН) и дегидратации у пациентов с опухолями поджелудочной железы после оперативного вмешательства.

Материал и методы. В ходе работы был проведён ретроспективный анализ данных историй болезни пациентов, оперированных в объеме ЛПДР рака поджелудочной железы на базе МКНЦ им. А. С. Логинова в период 2018-2022 гг. Всем пациентам, включенным в исследование, были проведены консультации научных сотрудников лаборатории нутрицевтики. В исследование были включены 111 пациентов с опухолями поджелудочной железы 2-3 стадии по классификации TNM (8-е издание). Число женщин составило 46% от общей группы (n =51), а мужчин – 54% (n=60). Средний возраст больных 53±9 лет. Всем пациентам была проведена оценка метаболических нарушений в ранний послеоперационый период. Для определения нутритивного статуса всем пациентам были применены клинические, лабораторные, инструментальные и антропометрические методы исследования.

Результаты. У 6,3% (n=7) была выявлена БЭН легкой степени, у большинства – 88% (n= 98) была БЭН умеренной, 5,4% (n= 6) – тяжелой степени. Всем пациентам была проведена оценка дегидратации, из них у 56% (n=62), в результате проведенного анализа, дегидратация легкой степени, у 33% (n=37) дегидратация умеренной и у 11% (n=12) – тяжелой степени.

Выводы. Пациентам с резектабельным и погранично резектабельным раком поджелудочной железы подготовку к операции следует проводить при участии врача

нутрициолога. При проведении нутриционной поддержки у пациентов после ЛПДР необходимо учитывать степень выраженности БЭН и дегидратации, что будет способствовать более успешной реабилитации этой категории пациентов.

Ключевые слова: лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция, рак поджелудочной железы, нутритивный статус, белково-энергетическая недостаточность,

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Черенкова В.В., Кузьмина Т.Н., Смирнова О.А. Особенности нутритивного статуса у пациентов после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции.
Терапия. 2023; 9(3S): 444-445.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.444-445

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ЧИЖОВ П.А., КОРСАКОВА Д.А., СМИРНОВА М.П.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль

Введение. Дефицит железа (ДЖ) отмечается у 5-60% пациентов с ХСН и сопровождается снижением качества жизни у лиц с ХСН. Избыточный вес является установленным фактором риска для ХСН. Выраженность астенического синдрома (АС) у больных с ХСН и избыточной массой тела (иМТ) при наличии ДЖ изучена недостаточно.

Цель. Оценить выраженность проявлений астенического синдрома у пациентов с ХСН и иМТ в зависимости от наличия ДЖ.

Материал и методы. У 130 пациентов с ХСН с иМТ (89 женщин (Ж) и 41 мужчина (М)), средний возраст 70,7±7,6 лет, средний индекс массы тела 27,6±1,7 кг/м^2, проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, анкетирование с использованием субъективной шкалы оценки астении MFI-20, анализ крови с определением уровня железа (Fe), трансферрина (TRF), ферритина (FER). Коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) рассчитывали по формуле: Fe, мкмоль/л х 398/TRF, мг/дл. О наличии ДЖ судили при снижении FER <100 мкг/л или FER 100-300 мкг/л при КНТЖ <20%. Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 12.0.

Результаты. У 47 (36%) выявлена ХСН II ФК по NYHA, у 68 (52%) – III ФК, у 15 (12%) – IV ФК. При нарастании ФК ХСН отмечается достоверное увеличение выраженности АС по всем шкалам. ДЖ выявлен у 102 (78%) пациентов с ХСН и иМТ (74 Ж и 28 М). Клинически значимая астении (>60 баллов) диагностирована у 54% больных с ХСН и иМТ с ДЖ, что достоверно чаще, чем у лиц без ДЖ – у 25%. У обследованных с ХСН и иМТ с сопутствующим ДЖ уровень АС по всем шкалам и общая сумма баллов астении были достоверно выше по сравнению с лицами без ДЖ.

Выводы. ДЖ выявлен у 78% пациентов с ХСН и иМТ. Сопутствующий ДЖ усугубляет проявления АС у пациентов с ХСН и иМТ. Коррекция ДЖ у лиц с ХСН и иМТ может способствовать улучшению качества жизни таких пациентов.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, избыточная масса тела, дефицит железа, астенический синдром.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Чижов П.А., Корсакова Д.А., Смирнова М.П. Астенический синдром у пациентов с дефицитом железа на фоне хронической сердечной недостаточности с избыточной массой тела.
Терапия. 2023; 9(3S): 446-447.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.446-447

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ШАПОРЕВА К.Р., ГАРАЕВА А.Р., ЛАПШИНА С.А., ЗАМАНОВА Э.С., ГАБДУЛЛИНА З.Н.

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

Актуальность. Современный взгляд на проблему болевого синдрома (БС) предполагает, что хроническая боль при ревматоидном артрите (РА) имеет полимодальную природу.
Цель. Оценить характер болевого синдрома во взаимосвязи с течением РА.
Материал и методы. Обследовано 42 пациента с верифицированным РА, из них 9,5% - мужчин, 90,5% - женщин. Средний возраст 57 [49,8;64,3] лет. Активность заболевания оценивалась по шкале DAS28, медиана 5,15 [4,59;5,71]. Средняя длительность заболевания 162 [108;243] месяца. Для оценки многокомпонентности хронического болевого синдрома использовались: опросник по нейропатической боли (НБ) – Pain Detect (PD), шкала Central Sensitization Inventory (CSI) для оценки связи БС с центральной сенситизацией (ЦС), опросник EQ-5D для оценки качества жизни. Полученные данные обрабатывались с помощью программы IBM SPSS Statistic 23.0.
Результаты. В исследованной группе пациентов у 19% присутствовал изолированный воспалительный компонент боли, все остальные имели боль смешанного характера, в то время как у 54,8% пациентов преобладала трехкомпонентная боль. Наличие признаков НБ ассоциировалось с более высоким уровнем боли по ВАШ (rСп=0,473, p=0,002) и значением DAS28 (rСп=0,367, p=0,017). Но при этом различия по уровню маркеров воспаления – СОЭ и уровня СРБ – между пациентами с признаками НБ и без таковых не наблюдалось. ЦС, также, как и НБ, ассоциировалась с большей интенсивностью боли по ВАШ (rСп=0,323, p=0,037) и меньшим индексом EQ-5D (rСп=-0,051, p=0,001), однако связи с активностью заболевания не было выявлено, ввиду этого можно предположить, что выраженность боли, связанной с ЦС, определяется психологическим компонентом. Все пациенты имели сопутствующую патологию: артериальную гипертензию - 64,2%, остеартрит - 69,1%, анемию и остеопороз - 54,7%, ожирение - 33,3%. Выявлена корреляционная связь индексов PD и CSI с числом сопутствующих заболеваний (rСп=0,407, p=0,007 и rСп=0,421, p=0,006), систолическим АД (rСп=0,363, p=0,018 и rСп=0,58, p=0,0,0001), ИМТ (rСп=0,402, p=0,008 и rСп=0,347, p=0,024).

Выводы. У большинства пациентов (81%) с РА хронический болевой синдром носит многокомпонентный характер, наряду с воспалительным компонентом боли у пациентов отмечалась НБ и боль, связанная с ЦС. Пациенты с НБ и ЦС ожидаемо имели более высокую интенсивность болевого синдрома по ВАШ и низкое качество жизни по опроснику EQ-5D. Выраженность НБ и ЦС напрямую коррелирует с числом сопутствующих заболеваний, при этом нейропатическая боль преобладала у пациентов с избыточной массой тела, а центральная сенситизация – у пациентов с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, болевой синдром, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шапорева К.Р., Гараева А.Р., Лапшина С.А., Заманова Э.С., Габдуллина З.Н. Особенности болевого синдрома при ревматоидном артрите во взаимосвязи с клиническими характеристиками и коморбидной патологией. Терапия. 2023; 9(3S): 448-449.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.448-449

СИНДРОМ ШАРПА: ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ШАПОРЕВА К.Р., ГАРАЕВА А.Р., ЛАПШИНА С.А., СУХОРУКОВА Е.В., АБДРАКИПОВ Р.З.

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

Описание клинического случая. Пациентка Ч., 42 лет поступила в ревматологическое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ с выраженным суставным синдромом (боль по ВАШ 100 мм), скованностью во всем теле, кожным синдромом в виде периодической прогрессирующей крапивницы, лихорадкой, синдромом Рейно, периодическим отеком пальцев кистей по типу дактилита, периодическим ангионевротическим отеком, миопатическим синдромом, повышением артериального давления до 170/100, сухостью во рту и глазах, затруднением при глотании пищи. Дебют заболевания с ноября 2019 г. после эпизода переохлаждения в виде выраженного суставного синдрома, лихорадки и кожных проявлений.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. По результатам иммуноблота 2020 г. выявлены АНФ, ANA-Ro-52, SS-D, АТ к рибосомальному белку Р, АМА-М2. Диагноз: недифференцированное заболевание соединительной ткани. Начата терапия 20 мг/сут метипреда, на фоне которой активность заболевания сохранялась. В связи с этим использовались комбинации с метотрексатом 10 мг/нед., гидроксихлорохином 400 мг/сут., сульфасалазином 1 г/сут., азатиоприном 50 мг/сут. – без эффекта, с ухудшением симптомов (гидроксихлорохин, сульфасалазин) или увеличением АЛТ, АСТ в 4-5 раз (метотрексат). Наблюдались лабораторные изменения: тромбоцитопения (93 х 10^9/л), лейкопения (2,8 х 10^9/л); С3-гипокомплиментемия (0,7 г/л); повышение СОЭ 29 мм/ч, СРБ 32,3 мг/л, α1- и α2-глобулинов, фибриногена 4,39 г/л, IgA 4,40 г/л, Д-димера 16,4 мг/л, ANA, АТ к двуспиральной ДНК. В соответствии с диагностическими критериями Шарпа (1987 г.) выставлен диагноз: смешанное заболевание соединительной ткани, высокой активности, хроническое течение. Синдром Шегрена. На основании прогрессии клинических синдромов, высокой лабораторной активности проведены плазмаферез, пульс-терапия глюкокортикоидами без эффекта. Ввиду сохранения активности аутоиммунного заболевания, резистентности к стандартной базисной терапии – рекомендована анти-В-клеточная терапия ритуксимабом, после инфузии в динамике отмечалось снижение температуры тела до нормальной, уменьшение мышечной боли и слабости, интенсивности болевого синдрома (боль по ВАШ 70 мм), утренней скованности, частоты эпизодов крапивницы и ангионевротического отека.

Особенностью данного клинического случая является наличие трудностей в прогнозировании развития заболевания ввиду неоднозначного преобладания аутоиммунного или иммуновоспалительного механизмов в развитии патологии, а также в неэффективности базисной противовоспалительной терапии.

Ключевые слова: синдром Шарпа, базисные противовоспалительные препараты, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шапорева К.Р., Гараева А.Р., Лапшина С.А., Сухорукова Е.В., Абдракипов Р.З. Синдром Шарпа: проблема выбора патогенетической терапии. Терапия. 2023; 9(3S): 450-451.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.450-451

ОЦЕНКА РОЛИ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ ВРАЧЕЙ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ Г. ВОЛГОГРАДА

ШАПОШНИКОВА М.Ю., ФЕДОТОВ В.В., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В.

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

Актуальность. В последние годы повышенный уровень мочевой кислоты (МК) сыворотки крови рассматривается как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений. Однако отсутствуют исследования, показывающие связь между уровнем МК сыворотки крови и кардиометаболическим риском (КМР).

Цель. Установить связь между уровнем МК сыворотки крови и прогрессированием КМР у 200 преподавателей и врачей г. Волгоград с использованием электронно-вычислительных систем.

Материал и методы. Обследовано 200 преподавателей и врачей в возрасте от 39 до 75 лет. КМР обследуемых был посчитан с использованием разработанной электронно-вычислительной машины (ЭВМ) (свидетельство о государственной регистрации № 2022665741 от 19 августа 2022 г.). Работа ЭВМ основана на шкале CMDS по оценке КМР, представленной в Национальных рекомендациях по ожирению. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel 2010, STATISTICA 12.0.

Результаты. Повышенный индекс массы тела имели 125 (62,5%) обследуемых. Повышенное значение окружности талии/окружности бедер – 81 (40,5%) обследуемых. Повышенное значение систолического и диастолического артериального давления – 139 (69,5%) обследуемых. Висцеральное ожирение имели 64 (32%) обследуемых. Проведен ROC-анализ взаимосвязи уровня МК и величиной КМР. Площадь под кривой равна 0,679, а значение "Quality" – 0,6. Данную модель можно считать достаточно достоверной. При этом очень высокий уровень КМР обнаруживался у всех обследуемых при отсечке значения МК 267,5 мкм/л (чувствительность – 68,4%; специфичность – 56,2%), что является нормой содержания МК в сыворотки крови у обоих полов. Выявленная взаимосвязь в данной выборке даёт возможность говорить об особой роли МК как независимого фактора КМР.

Выводы. Таким образом, с использованием ЭВМ в кратчайшие сроки удалось установить положительную связь между уровнем МК и КМР, а также определить значение уровня МК сыворотки крови, при котором в обследуемой группе наблюдается очень высокий КМР, что позволяет на ранних этапах при дополнительном обследовании выявить сопутствующие заболевания, а также разработать индивидуальные методы профилактики.

Ключевые слова: гиперурикемия, мочевая кислота, кардиометаболический риск.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шапошникова М.Ю., Федотов В.В., Деревянченко М.В. Оценка роли гиперурикемии в прогрессировании кардиометаболического риска в популяции врачей и преподавателей г. Волгограда.
Терапия. 2023; 9(3S): 452-453.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.452-453

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТРИГЛИЦЕРИДНО-ГЛЮКОЗНЫЙ ИНДЕКС У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х., ПЛОТНИКОВА О.А., ПИЛИПЕНКО В.В., АЛЕКСЕЕВА Р.И.

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии», г. Москва

Актуальность. Инсулинорезистентность при сахарном диабете 2 типа (СД2) является связующим звеном с развитием сердечно-сосудистых осложнений. Один из косвенных признаков инсулинорезистентности – триглицеридно-глюкозный индекс. Учитывая данные о роли витамина D в генезе сердечно-сосудистых осложнений, мы изучили взаимосвязь между уровнем витамина D и триглицеридно-глюкозным индексом у пациентов с СД2.

Цель. Изучение взаимосвязи между уровнем витамина D и триглицеридно-глюкозным индексом у пациентов с СД2.

Материал и методы. Мы обследовали 40 пациентов с СД2. Средний возраст пациентов составил 62,8±1,3 лет, продолжительность СД2 – 8,5±0,9 лет. У всех пациентов выявлено ожирением различной степени (ИМТ 42,0±0,9 кг/м^2 в среднем по группе). Пациенты получали пероральную сахароснижающую и гиполипидемическую терапию. Триглицеридно-глюкозный индекс вычисляли по специальной формуле на основе базальных уровней: триглицеридов и глюкозы в сыворотке крови. Уровень витамина D [25-(OH) D] определяли иммунохемилюминесцентным методом (Siemens для ADVIA Centaur). Как минимум за 3 месяца до исследования пациенты не принимали препараты витамина D.

Результаты. Уровень ТГ натощак составил в среднем 1,93±0,13 ммоль/л, глюкозы – 6,81±0,27 ммоль/л. 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). Триглицеридно-глюкозный индекс составил в среднем по группе – 9,13±0,09 мг/дл. В исследовании не было выявлено значимой взаимосвязи между уровнем витамина D и триглицеридно-глюкозным индексом у пациентов с СД2.

Выводы. В исследовании не обнаружена корреляционная зависимость между уровнем витамина D и триглицеридно-глюкозным индексом у обследованных пациентов с СД2.

Вместе с тем, проведенное исследование диктует необходимость проведения дальнейших исследований для оценки клинической значимости нового косвенного маркера инсулинорезистентности – триглицеридно-глюкозного индекса, так и роли витамина D в долгосрочном воздействии на кардиометаболические риски при СД2.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, триглицеридно-глюкозный индекс, витамин D.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Пилипенко В.В., Алексеева Р.И. Влияние витамина D на триглицеридно-глюкозный индекс у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.
Терапия. 2023; 9(3S): 454-455.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.454-455

ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА ФРАКЦИЮ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСТАНЦИЮ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРОГЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО COVID-19: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

ШАШЕНКОВ И.В., ГОРБУНОВА М.В., БАБАК С.Л.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Клиника Международногоинститута психосоматического здоровья, г. Москва

Актуальность. Заболевание COVID-19 за период 2020-2022 гг. стало новым самостоятельным фактором риска развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) в популяции. Вопросы лечения и реабилитации пациентов кардиологического профиля, перенесших COVID-19 и имеющих признаки обострения своего основного заболевания после эпизода COVID-19, в настоящее время находятся на первом плане мировой и отечественной кардиологической практики.

Цель. Оценить эффекты усиленной наружной контрпульсации (УНКП) в качестве средства вспомогательной терапии коронарогенной ХСН после перенесённого COVID-19.

Материал и методы. 72 больных ХСН (58 мужчины и 14 женщин, средний возраст 62±10,8 лет), соответствующих I-II ФК по NYHA, с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) 35% ≤ФВЛЖ ≤50%, имеющих в анамнезе ИБС и как минимум один инфаркт миокарда, с признаками ХСН, выявленными после перенесённого COVID-19, были рандомизированы в отношении 3:1 на группу 35-часовой УНКП-терапии с давлением воздействия 250-300 мм рт.ст., состоящую из 54 человек (44 мужчин и 10 женщин) и группу sham-УНКП с гемодинамически незначимым давлением воздействия <80 мм рт.ст., состоящую соответственно из 18 человек (14 мужчин и 4 женщины). Всё участники исследования получали оптимальную медикаментозную терапию ХСН и ИБС, соответствующую текущим клиническим рекомендациям Европейского кардиологического общества (ESC). Перед включением в исследование, через месяц после завершения курса УНКП (или sham-УНКП), через полгода и через год после завершения курса всем участникам была выполнена эхокардиография (ЭХО-КГ) и был проведён тест 6-минутной ходьбы (6МХ).

Результаты. У всех 54 пациентов группы УНКП отмечен устойчивый прирост ФВЛЖ с 42±7% перед началом курса УНКП до 50±6% после его завершения (p <0,05). Через 12 месяцев после завершения курса УНКП-терапии ФВЛЖ у пациентов в группе УНКП составила 49±7% (p <0,05). Также среди пациентов в группе УНКП отмечен существенный и устойчивый прирост в дистанции теста 6МХ: с 394 [341;434] м перед началом курса УНКП до 481 [438; 532] м после завершения курса лечения, 473 [426; 515] м - через полгода и 467 [419; 510] м - через год после завершения курса лечения (p <0,05). В то же время в группе sham-УНКП никакой существенной сопоставимой динамики ФВЛЖ и дистанции 6МХ отмечено не было. Ни один из исследуемых не умер в течение года наблюдения.

Выводы: УНКП, будучи добавленной к оптимальной базисной медикаментозной терапии ХСН и ИБС, приводит к приросту ФВЛЖ и увеличению дистанции 6МХ в течение года после завершения курса терапии у больных коронарогенной ХСН после перенесённого COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, хроническая коронарогенная сердечная недостаточность, наружная контрпульсация, фракция выброса левого желудочка, тест шестиминутной ходьбы.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шашенков И.В., Горбунова М.В., Бабак С.Л. Влияние наружной контрпульсации на фракцию выброса левого желудочка и дистанцию теста шестиминутной ходьбы у больных с проявлениями хронической коронарогенной сердечной недостаточности после перенесённого COVID-19: результаты однолетнего наблюдения.

Терапия. 2023; 9(3S): 456-457.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.456-457

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ШВАЛЕВА Д.В., ОСИПЯНЦ Р.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ВЕЛЬМАКИН С.В.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Представлен **клинический случай** пациентки с тяжелой легочной артериальной гипертензией (ЛАГ) на фоне системной склеродермии (ССД) с поражением кожи, синдромом Рейно (СР), сухим синдромом(ксерофтальмия), полисерозитом (в анамнезе), иммунологическими нарушениями. Особенность случая: сложности дифференциального диагноза диссеминированного процесса в легких в дебюте болезни с последующим развитием тяжелой ЛАГ. Трудности коррекции ЛАГ и зависимость от кислорода представляют основную проблему пациентки.

Пациентку 72 лет беспокоят эпизоды похолодания, зябкости кистей рук, в 2010 г. диагностирован СР. В 2016 г. первые очаги уплотнения кожи в области рук, груди и спины, заподозрена системная красная волчанка (СКВ). Лечилась глюкокортикоидами (ГК). В 2019 г. появилась одышка, выявлен диссеминированный процесс в легких. Дифф. диагностика между саркоидозом и СЗСТ. Анализы 09.2020 г.: АНФ+, АТ к центромеру В+АТ к dSDNA-16 анти МРО-пограничо. Расценено как смешанное СЗСТ: СКВ и ССД, СР. Лечение ГК (4 мг) и гидроксихлорохином (ГХ) 200 мг. ЭХОКГ 02.2021 г.: СДЛА 95 мм рт.ст., ТР 2-3 ст, в полости перикарда до 50 мл жидкости. На КТ органов грудной клетки (ОГК) 03.2021 г.: правосторонний гидроторакс, гидроперикард, признаки легочной гипертензии (ЛГ), увеличение сердца за счёт правого предсердия. 03.2021 г. обратилась в НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой. Диагноз СКВ снят, подтверждена ССД. Врачебной комиссией в 04.2022 г. рекомендован прием ИФДЭ-5 силденафила 60 мг/сут, антагониста рецептора эндотелина-1 мацитентана 10 мг/сут (последний не получала). ЭХОКГ 04.2022 г.: СДЛА 100 мм рт.ст. КТ ОГК-без изменений. Гидроперикард. 07.2022 г. госпитализация в ГКБ им. Буянова, диагноз «ССД, лимитированная форма, поздняя стадия, телеангиэктазии, СР, кожные проявления, полисерозит, сухой синдром, иммунопатологические нарушения АНФ, АЦА+, низкая активность. Осл: Тяжелая ЛАГ III ФК. Хроническое легочное сердце». Начала прием мацитентана 11.2022 г. Продолжена терапия: ГК 4 мг, силденафил 40 мг, спиронолактон 25 мг, фелодипин 5 мг, ривароксабан 15 мг. Приобрела кислородный концентрат, дышит по требованию. 11.2022 г. стала нарастать одышка, холодный липкий пот, выраженная слабость. Вызвана СМП, диагноз –

ТЭЛА, в реанимации ГКБ им. Виноградова: МСКТ-ангиография – данных за ТЭЛА нет. На фоне терапии – улучшение состояния, повышение ФК ДН.

Выводы. СР – красный флажок, который требует дообследования: оценка АНФ и проведение капилляроскопии ногтевого ложа для уточнения генеза. Тяжелая ЛГ требует исключения СЗСТ. Ведение требует командной работы ревматолога, кардиолога и пульмонолога.

Ключевые слова: системная склеродермия, легочная гипертензия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Швалева Д.В., Осипянц Р.А., Троицкая Е.А., Вельмакин С.В. Системная склеродермия, осложненная тяжелым течением легочной гипертензии. Терапия. 2023; 9(3S): 458-459.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.458-459

СИНДРОМ ГИПОГЛИКЕМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

ШВАН Л.Ю., ГУБАРЕВА И.В., ПАШЕНЦЕВА А.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

ЧУЗ «КБ-РЖД Медицина», г. Самара

Введение. Гипогликемический синдром – симптомокомплекс, развивающийся вследствие дисбаланса в системе поддержания уровня глюкозы крови с развитием гипогликемии и купирующийся введением глюкозы. Хроническая гипогликемия приводит к необратимым изменениям в ЦНС, а вынужденный частый прием пищи с высоким содержанием легкоусвояемых углеводов – к увеличению массы тела вплоть до развития морбидного ожирения. Одной из причин панкреатогенной гипогликемии у пациентов без сахарного диабета является инсулинома.

В данной работе описан клинический случай поздней диагностики инсулиномы с локализацией очага в головке поджелудочной железы у пациентки 67 лет. Заболевание манифестировало под маской повышения артериального давления и частых синкопальных состояний в анамнезе.

Описание клинического случая. Пациентка Е., 67 лет, госпитализирована в терапевтическое отделение ЧУЗ КБ РЖД Медицина г. Самары с диагнозом гипертонический криз, гипогликемическое состояние для обследования и определения тактики лечения.

Анамнез заболевания: с 2017 г. отмечает периодически гипогликеимические состояния со снижением глюкозы крови до 2,8 ммоль/л, поэтому поводу не раз находилась на лечение в неврологическом отделение с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия. Во время очередного приступа потери сознания: уровень глюкозы 2,3 ммоль/л артериальное давление 180 и 100 мм рт.ст., пациентка была доставлена в неврологическое отделение, выполнено компьютерная томография головного мозга, данных за ОНМК нет. Рекомендовано госпитализация в терапевтическое отделение.

Во время госпитализации с диагнозом зафиксировано гипогликемическое состояние сопровождающиеся потливостью, дезориентацией, психомоторным возбуждением уровень глюкозы крови по глюкометру 1,8 ммоль/л. Выполнены дополнительные лабораторно – инструментальные методы исследования: гликемический профиль в течение дня в динамике (в 8.00 ч, 11.00 ч, и 15.00 ч соответственно): 2,7-3,3-6,2 ммоль/л; гликированный гемоглобин: 4,8%. Гормоны крови: С-пептид – 3,33 нг/мл (референсные

значения 0,79-5,19 нг/мл; натощак), инсулин – 15,0 мкМЕ/мл (референсные значения 2,7-10,4 мкМЕ/мл). УЗИ органов брюшной полости. Заключение: эхопризнаки образования головки поджелудочной железы размером 11 мм. На основании объективных, клинико-диагностических и лабораторных данных был выставлен диагноз: suspicio головки поджелудочной железы. Пациентка выписана из терапевтического отделения для до обследования в условиях онкологического диспансера. В рамках обследования в условиях онкологического диспансера выполнено КТ ОБП: признаки объемного образования тела поджелудочной железы. КТ-ангиография ОБП с внутривенным болюсным контрастированием: печень не увеличена, структура неоднородная. Селезенка неоднородная с наличием диффузно расположенных гиподенсивных зон. Поджелудочная железа не увеличена, атрофичная, контуры четкие, структура неоднородная. Панкреатический проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована. Лимфатические узлы брюшной полости не увеличены. Свободная жидкость в брюшной полости не обнаружена. Проведено оперативное вмешательство: дистальная резекция поджелудочной железы. Мобилизована поджелудочная железа, на границе головки и тела определено объемное образование 1,5 см в диаметре. Проведена резекция головки и тела поджелудочной железы. Гистологическое исследование: диффузная гиперплазия островкового аппарата поджелудочной железы.

Особенность данного клинического случая. Представленный клинический случай демонстрирует низкую информированность врачей широкого круга специальностей (врачи скорой помощи, неврологи, терапевты) о синдроме гипогликемии привела к поздней диагностике инсулиномы у женщины в возрасте 67 лет. Длительно персистирующая гипогликемия повлекла за собой прогрессирование энцефалопатии. Необходимо рекомендовать консультацию врача-эндокринолога при сочетании клинических симптомов гипогликемии, купирующихся после внутривенного введения 40% раствора глюкозы, со снижением уровня глюкозы плазмы крови менее 2,2 ммоль/л.

Ключевые слова: синдром гипогликемии, инсулинома, энцефалопатия, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шван Л.Ю., Губарева И.В., Пашенцева А.В. Синдром гипогликемии в практике врача-терапевта.
Терапия. 2023; 9(3S): 460-461.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.460-461

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ

ШЕЕНКОВА М.В., ИСТОМИН А.В.

Институт общей и профессиональной патологии имени академика РАМН А.И. Потапова ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, г. Мытищи

Актуальность. В современных условиях нутритивная поддержка работников горнодобывающих предприятий, страдающих абдоминальным ожирением, является крайне актуальной и требует результативных профилактических решений. В нашей работе использован метод профилактики абдоминального ожирения посредством коррекции нутритивного статуса.

Цель. Изучение фактического питания работающих горнодобывающих предприятий с оценкой причинно-следственных связей между питанием, абдоминальным ожирения и нутритивной поддержкой в условиях клиники.

Материал и методы. Обследованы 65 работников горнодобывающих предприятий, средний стаж работы 22±6,9 года. Оценка фактического питания сопоставлена с МР 2.3.1.0253-21.

Результаты. Рацион 30,7% обследованных превышал норму калорийности, соответствовал норме в 69,3% случаев. Отмечены слабая связь между калорийностью рациона и развитием абдоминального ожирения (r=0,14).

Потребление белков было в пределах физиологической нормы в 40,0%. Недостаточное потребление белков – в 60% случаев. Отмечена слабая связь между дефицитом белков в рационе и абдоминальным ожирением (r=0,07).

Уровень потребления жиров превышал норму в 38,5% случаев, соответствовал норме в 61,5% случаев. Определены умеренная прямая корреляционная связь между содержанием жиров в рационе и абдоминальным ожирением (r=0,34) и достоверное возрастание риска развития абдоминального ожирения при повышении употребления жиров (ОШ 2,1; ДИ 1,15-3,25; p <0,05).

В рационе 33,8% обследованных количество углеводов превышало норму потребления, у 66,2% потребление углеводов соответствовало потребностям. Отмечены слабая связь между повышением уровня потребления общих углеводов и абдоминальным ожирением (r=0,13).

У 69,2% лиц определено недостаточное восполнение потребности пищевых волокон, у 30,8% обследованных уровень потребления был в норме. Отмечена средняя связь между дефицитом пищевых волокон и абдоминальным ожирением (r=0,51) и статистически значимое возрастание риска абдоминального ожирения (ОШ 2,9; ДИ 1,23-3,75; p <0,05) при уменьшении количества пищевых волокон.

Выводы. Результаты проведённого исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи фактического питания с развитием абдоминального ожирения у работающих горнодобывающих предприятий. Выявленные закономерности требуют дальнейшего изучения для разработки эффективных мер алиментарной профилактики артериальной гипертензии и сахарного диабета 2-го типа.

Ключевые слова: абдоминальное ожирение, питание, нутритивная поддержка.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шеенкова М.В., Истомин А.В. Нутритивная поддержка при абдоминальном ожирении работников горнорудных предприятий в условиях клиники. Терапия. 2023; 9(3S): 462-463.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.462-463

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

ШКЛЯЕВ А.Е., ГАЛИХАНОВА Ю.И., ПАНТЮХИНА А.С., ГОРБУНОВ Ю.В.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Актуальность. Электронные сигареты (ЭС) – серьезная медицинская и социальная проблема, которая наносит существенный вред здоровью человека, в том числе снижая качество его жизни.

Цель. Исследовать качество жизни у лиц молодого возраста, употребляющих ЭС.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 104 человека (средний возраст – 21,1±0,1 лет), сформированы 2 группы: 1-я – лица, курящие ЭС (n=53), 2-я – некурящие люди (n=51). Группы были сопоставимы по половозрастным категориям. Качество жизни оценивали с помощью опросников SF-36 и GSRS. Статистическая обработка данных проводилась с помощью MS Excel, Statistica.

Результаты. Из 104 обследованных 53 употребляли ЭС. Стаж курения составил от 6 месяцев до 8 лет (в среднем 2,8±0,2 лет). Большинство курящих (79,2%) употребляют никотинсодержащие ЭС. Результаты качества жизни у курящих ЭС распределились следующим образом: физическое функционирование (PH) – 93,3±1,6 баллов; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) – 78,7±4,2 баллов; интенсивность боли (BP) – 74,3±3,7 баллов; общее состояние здоровья (GH) – 64,7±2,5 баллов; жизненная активность (VT) – 51,1±2,5 баллов; социальное функционирование (SF) – 72,9±3,3 баллов; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) – 62,3±5,2 баллов; психическое здоровье (MH) – 57,7±2,6 баллов. Анализ полученных данных показал, что статистически значимые различия между группами получены по шкале BP ($p<0,05$), что свидетельствует о большей выраженности болевого синдрома в повседневной жизни у лиц, курящих ЭС. С помощью корреляционного анализа была выявлена взаимосвязь между стажем курения и психическим здоровьем ($r=-0,282$, $p<0,05$), свидетельствующая о нарастании тревожности и депрессии с увеличением длительности употребления ЭС. Выраженность всех гастроэнтерологических синдромов по опроснику GSRS в группе лиц, употребляющих ЭС, оказалась достоверно выше, чем у некурящих. Наиболее выраженным у курящих был диспепсический синдром.

Выводы. Таким образом, в результате исследования показано, что курение ЭС в значительной степени снижает качество жизни. Выявлено негативное влияние ЭС на

функционирование желудочно-кишечного тракта, проявляющееся большей выраженностью гастроэнтерологической симптоматики у курящих лиц.

Ключевые слова: электронные сигареты, качество жизни, гастроэнтерологические синдромы.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Пантюхина А.С., Горбунов Ю.В. Качество жизни пользователей электронных сигарет.
Терапия. 2023; 9(3S): 464-465.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.464-465

СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦЕЛИАКИИ И КРИОПИРИН-АССОЦИИРОВАННОГО СИНДРОМА

ШОСТКА А.Г., СЕМЕНОВА Е.А. ЕФРЕМОВА А.Ю.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Описание клинического случая. Пациентка 44-х лет, длительно наблюдавшаяся по поводу целиакии, поступила на гастроэнтерологическое отделение в июне 2022 г., в связи с сохраняющимися мультисистемными жалобами, несмотря на строгое соблюдение безглютеновой диеты (БГД). Из анамнеза известно, что диарейный синдром и кожные высыпания отмечала с детства. С подросткового периода появились признаки суставного синдрома с вовлечением коленных и тазобедренных суставов. В 2003 г. во время беременности усугубление диарейного и генерализация суставного синдромов с появлением метеозависимости. В 2008 г. отметила ежемесячные приступы интенсивных абдоминальных болей и диареи, которые сопровождались «аурой» перед и синкопальными состояниями в конце приступа. Учитывая связь симптоматики с употреблением хлебобулочных изделий и наличие целиакии у ребенка, в 2014 г. выполнено комплексное обследование - выявлены критерии целиакии. Инициирована БГД с положительным клиническим и гистологическим ответом. В 2021 г. впервые появились уртикарные элементы на коже туловища. До 2022 г. пациентка продолжала отмечать ежемесячные приступы абдоминальной боли умеренной интенсивности, периодически с послаблением стула, а также артралгии на фоне изменений температурного режима и ежемесячные эпизоды лихорадки до 38,5 °С. Следует отметить, что в 2021 г. у сына был верифицирован криопирин-ассоциированный периодический синдром (КАПС), что определило дальнейший диагностический алгоритм.

Особенности данного клинического случая. Сочетание целиакии и КАПС является редким вариантом течения аутоиммунных патологий, взаимосвязь которых в настоящее время окончательно не доказана.

Трудности в диагностике и лечении данного пациента. Согласно клиническим рекомендациям, для верификации диагноза КАПС необходимо наличие обязательного критерия (повышения маркеров воспаления) и от 2-х и более дополнительных. При критериальном анализе, помимо отягощенной наследственности и эпизодов лихорадки определялись только дополнительные критерии, что не противоречит диагнозу в связи с отсутствием результатов анализов крови в период приступов. Также пациентке

проводилось молекулярно-генетическое исследование экзона 4 гена NLRP3 на наличие варианта c.410G>A (p.Arg137His). Мутация выявлена не была, однако отсутствие аномалии данного варианта не исключает явления генетического мозаицизма, что, учитывая высокую степень подозрения на КАПС у больной, требует расширенного генетического скрининга.

Ключевые слова: целиакия, криопирин-ассоциированный синдром, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шостка А.Г., Семенова Е.А. Ефремова А.Ю. Сочетанное течение целиакии и криопирин-ассоциированного синдрома.
Терапия. 2023; 9(3S): 466-467.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.466-467

СЛУЧАЙ HCV-АССОЦИИРОВАННОГО КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

ШПАКОВ Д.С., МАХИНЯ О.В.

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

Описание клинического случая. Пациент П., 46 лет обратился в клинику СтГМУ в январе 2023 г. Беспокоили отечность лица, наличие высыпаний на нижних конечностях. Из анамнеза: в 2016 г. при плановом обследовании обнаружены anti-HCV. Далее не обследовался и не лечился. В ноябре 2022 г. появились вышеуказанные жалобы. Обследовался у нефролога и ревматолога. При обращении в университетскую клинику был выставлен диагноз: Хронический вирусный гепатит С, генотип 1b, минимальная биохимическая активность, виремия $3{,}4\times10^4$ копий/мл, фиброз F0 по METAVIR. HCV-ассоциированная криоглобулинемия, HCV-ассоциированный системный васкулит. Криоглобулинемический гломерулонефрит, нефротический синдром, нефритический синдром, ХБП 2 ст. Нефрогенная артериальная гипертензия, соответствующая 3 ст, 3 ст., риск 4. Нефрогенная анемия. При объективном исследовании отмечалась одутловатость лица. На коже стоп и голеней множественные васкулитные высыпания. Печень – на 2 см ниже края реберной дуги, умеренно уплотнена. В анализе крови – снижение гемоглобина до 95 г/л, повышение СОЭ до 45 мм/ч. Уровень билирубина и трансаминаз не превышал норму, отмечалось снижение альбумина до 32 г/л. В анализе мочи – эритроцитурия, протеинурия до 1 г/л. Было решено провести этиотропную терапию хронического гепатита С препаратами прямого противовирусного действия. С 1.02.2023 г. пациент начал комбинированный препарат Глекапревир 100 мг + Пибрентасвир 40 мг 3 таблетки утром, лечение продолжалось 8 недель. Через 4 недели зарегистрирован быстрый вирусологический ответ – авиремия. На момент окончания лечения авиремия сохранялась. При этом полностью исчезли на коже элементы васкулита, а в крови не обнаруживались криоглобулины. В анализе мочи – эритроциты единичные, белок – 0,1 г/л. Наблюдение за пациентом продолжается.

Особенностью данного клинического случая являются системные проявления HCV-инфекции. Вирус гепатита С не вызвал тяжелого поражения печени – активность гепатита была минимальной. При этом мы видим широкий спектр системных поражений: наличие криоглобулинов, ассоциированный с криоглобулинемией системный васкулит и криоглобулинемический гломерулонефрит. Элиминация пускового фактора (HCV-

инфекции) прервало образование криоглобулинов и, как следствие, проявления системного васкулита. Отмечена также значительная положительная динамика со стороны поражения почек.

Ключевые слова: вирус гепатита С, HCV-ассоциированный криоглобулинемический гломерулонефрит, клинический случай.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шпаков Д.С., Махиня О.В. Случай HCV-ассоциированного криоглобулинемического гломерулонефрита.
Терапия. 2023; 9(3S): 468-469.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.468-469

РОЛЬ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЗВЕНА

ШУКАЛОВИЧ О.А.

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень

Актуальность. Важным звеном патогенеза социально-значимых заболеваний, является нарушение работы микроциркуляторного русла, что ассоциировано с повышением риска развития сердечно-сосудистых осложнений, поражением органов мишеней, преждевременной смерти.

Цель. Изучить состояние микрососудистого русла для оценки риска осложнений.

Материал и методы. Всего обследовано 80 пациентов на базе ГАУЗ ТО «ОБЛРЦ «Градостроитель» (средний возраст 62,3±11,4 лет), проанализированы клинические истории болезни, все пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе. Исследование микроциркуляторного русла проводится с помощью прибора “ЛАЗМА-СТ” методом оптического неинвазивного зондирования тканей лазерным излучением, используется метод лазерной доплеровской флоуметрии, применяется алгоритм усреднения по скорости движения эритроцитов. Измерения регистрировались в виде записи ЛДФ-граммы и проводились как на этапе базовой перфузии, так и при выполнении функциональных проб, что позволяет дополнять представление о состоянии микроциркуляторного русла.

Результаты. По полученным данным, учитывая типы состояния микроциркуляторного русла, все результаты обследования выходят из диапазона норм, показателей в норме не выявлено. У 32 пациентов артериальная гиперемия, увеличение среднего арифметического значения показателя микроциркуляции (М) и амплитуды сердечных колебаний кровотока (Ас), у 28 пациентов венозный застой, амплитуда дыхательных колебаний кровотока (Ад) и Ас в соотношении нормы менее 1, превышение верхнего значения диапазона нормы Ад, у 11 пациентов ишемия, М снижено в 2 раза, Ад и Ас снижено в 3 раза, у 7 пациентов спазм артериол и мелких артерий, снижение М, Ад и Ас в 2 раза, у 2 стаз, снижение М и среднего квадратичного отклонения колебаний кровотока от среднего значения М.

Выводы. Состояние микроциркуляторного русла в наибольшей степени определяет величину периферического сосудистого сопротивления, в связи с чем это может представлять важную патофизиологическую проблему и являться потенциальной

терапевтической мишенью. Патологические изменения функций микроциркуляции часто выявляются до появления клинических и морфологических признаков заболевания. Эндотелиальная дисфункция может инициировать отдельные нарушения, на этой стадии изменения ещё носят обратимый характер, и их ранняя диагностика является актуальной задачей современной медицины, и имеет важное социально значение, связанное с сохранением качества жизни населения.

Ключевые слова: микроциркуляторное русло, величина периферического сосудистого сопротивления, оптическое неинвазивное зондирование тканей лазерным излучением, лазерная доплеровская флоуметрия.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Шукалович О.А. Роль состояния микроциркуляторного русла у пациентов терапевтического звена.
Терапия. 2023; 9(3S): 470-471.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.470-471

ГИПЕРУРИКЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

ЩЕНДРИГИН И.Н., ЛИЛА А.М.

ООО «Центр ответственной ревматологии Индукция», г. Ставрополь

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», г. Москва

Актуальность и цель. Роль гиперурикемии (ГУ) при ревматоидном артрите (РА) изучена недостаточно хорошо. Однако ГУ широко распространена в общей популяции (6-8% взрослых; более 30% взрослых с артериальной гипертензией (АГ) и несколькими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Учитывая избыточное бремя ССЗ у пациентов с РА и потенциальную роль ГУ в повышении сердечно-сосудистого риска, целью данного исследования явилось изучение связи между ГУ с ССЗ у пациентов с РА.

Материал и методы. Ретроспективно обследованы 54 пациента с достоверным диагнозом «РА» (12 мужчин и 42 женщины, средний возраст 65,5±1,5 лет), установленным согласно классификационным критериям (ACR/EULAR, 2010г.), находившихся под наблюдением авторов в период 2017-2022 гг. ГУ оценивалась как уровень мочевой кислоты сыворотки (МК) >0,36 ммоль/л (6 мг/дл). Наличие у пациентов ССЗ (АГ, ишемическая болезнь сердца (ИБС) подтверждалось медицинской документацией. Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием пакетов прикладных программ MS EXCEL и IBM SPSS 23. Все полученные различия рассматривались на уровне значимости не ниже $p \leq 0,05$.

Результаты. ГУ выявлена у 24 пациентов (девятеро мужчин и 15 женщин). При разделении выборки на две группы по наличию ГУ и сравнении групп по наличию ССЗ не было получено достоверных различий в группе ГУ по наличию ИБС. В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами были получены достоверные различия по показателю возраста и наличию АГ.

Выводы. Мы оценили ГУ как возможный фактор риска ССЗ у пациентов с РА. В нашем исследовании были некоторые ограничения. Поскольку данные были собраны ретроспективно, подробная информация о применении пациентами препаратов, повышающих уровень МК, отсутствовала. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что ГУ, возможно, не является фактором риска избыточного развития ИБС у пациентов с РА. Однако ГУ была связана с повышенным риском развития

АГ, особенно у пациентов старших возрастных групп. В дальнейших исследованиях следует рассмотреть лекарственные влияния на ГУ как потенциальный фактор риска ССЗ у пациентов данной категории.

Ключевые слова: гиперурикемия, ревматоидный артрит, факторы сердечно-сосудистого риска, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Щендригин И.Н., Лила А.М. Гиперурикемия у пациентов с ревматоидным артритом как возможный фактор сердечно-сосудистого риска. Терапия. 2023; 9(3S): 472-473.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.472-473

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ, БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

ЩЕНДРИГИН И.Н., ЛИЛА А.М.

ООО «Центр ответственной ревматологии Индукция», г. Ставрополь

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», г. Москва

Актуальность. Пациенты с РА имеют более высокий риск смертности, чем население в целом. Показатели смертности у лиц с РА примерно в 1,5 раза выше, чем в общей популяции, с аналогичными закономерностями за последние 50 лет.

Цель. Провести сравнительный анализ зависимости развития неблагоприятных смертельных исходов у пациентов с ревматоидным артритом (РА), связанных с применением нестероидных противовоспалительных (НПВП), базисных противовоспалительных (БПВП) и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Материал и методы. Ретроспективно обследованы 95 пациентов с достоверным диагнозом «РА» (12 мужчин и 83 женщин, средний возраст 54,1±1,4 лет), установленным согласно классификационным критериям (ACR/EULAR, 2010г.), находившихся под наблюдением авторов в период 2017-2022 гг. Содержание противоревматического лечения и факт наступления неблагоприятного исхода оценивались на основе прижизненных консультаций и анализа медицинской документации обследуемых пациентов по разработанной карте, включающей содержание противоревматического лечения (НПВП, БПВП, ГИБП), а также факт наступления смертельного исхода. Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием пакетов прикладных программ MS EXCEL и IBM SPSS 23. Все полученные различия рассматривались на уровне значимости не ниже $p \leq 0,05$.

Результаты. Наступление смертельного исхода зафиксировано у 23 пациентов (6 мужчин и 17 женщин). При разделении выборки по наступлению смертельного исхода и сравнении групп по применению лекарственных препаратов были получены достоверные различия по применению метотрексата (МТ) и НПВП.

Выводы. Показано, что применение НПВП и МТ достоверно повышает риск развития смертельных исходов у пациентов с РА. Данный вывод требует дальнейшего осмысления ввиду наличия подтвержденных фактов о связи длительного применения НПВП с

повышенным риском развития жизнеугрожающих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов, имеющих факторы сердечно-сосудистого риска. С другой стороны, реальная практика применения МТ сопряжена с низкой комплаентностью, неудовлетворительным мониторингом его безопасности, а также отсутствием пациентоориентированного подхода к терапии. Совместное принятие решений по дальнейшей тактике ведения пациентов с РА с учетом влияния факторов риска развития сердечно-сосудистых и инфекционных осложнений позволит улучшить жизненный прогноз у данной категории пациентов.
Ключевые слова: ревматоидный артрит, нестероидные противовоспалительные препараты, базисные противовоспалительные препараты, генно-инженерные биологические препараты.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Щендригин И.Н., Лила А.М. Неблагоприятные исходы у пациентов с ревматоидным артритом, связанные с применением нестероидных противовоспалительных, базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов.
Терапия. 2023; 9(3S): 474-475.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.474-475

КОРРЕЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ЩЕНДРИГИН И.Н., ЛИЛА А.М.

ООО «Центр ответственной ревматологии Индукция», г. Ставрополь

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», г. Москва

Актуальность. Повышение сердечно-сосудистого риска у пациентов с ревматоидным артритом (РА) обусловлено сочетанием традиционных сердечно-сосудистых факторов риска (в частности, артериальной гипертензии (АГ), а также РА-ассоциированных факторов (хроническое системное воспаление).

Цель. Провести сравнительный анализ зависимости воспалительной активности РА от наличия у пациентов АГ.

Материал и методы. Обследованы 85 пациентов с достоверным диагнозом «РА», установленным согласно классификационным критериям (ACR/EULAR, 2010 г.), (10 мужчин и 75 женщин, средний возраст 54,1±1,4 лет), находившихся на амбулаторном лечении в ООО «Центр ответственной ревматологии ″Индукция″» в период 2021-2022 гг. Воспалительная активность РА оценивалась посредством расчета индекса DAS28. АГ определялась как систолическое артериальное давление (САД, мм рт.ст. выше 140) в результате амбулаторного измерения артериального давления. Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием пакетов прикладных программ MS EXCEL и IBM SPSS 23. По всем исследуемым показателям в каждой группе были подсчитаны параметры распределения (среднее значение, стандартное отклонение, частотный анализ). Все полученные различия рассматривались на уровне значимости не ниже $p \leq 0,05$.

Результаты. АГ была выявлена у 59 пациентов (семерых мужчин и 52 женщин). Сравнительный анализ между исследуемыми группами выявил достоверные различия по показателю DAS28. Данный показатель оказался достоверно больше в группе пациентов с АГ. Средний уровень DAS28 в группе пациентов с АГ равен 4,97, а в группе пациентов без АГ – 4,42.

Выводы. АГ часто встречается при РА и, по-видимому, является основным фактором, способствующим развитию сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) при РА, поскольку ассоциируется с субклиническим атеросклерозом и характеризуется как один из наиболее важных независимых предикторов развития ССЗ. Наличие значительно более высоких

значений DAS28 у пациентов с АГ указывает на то, что воспаление связано с повышенным риском развития АГ и более интенсивным содержанием противоревматичского лечения, предполагающего самостоятельные риски развития АГ. В этом контексте у пациентов с РА на ранних стадиях следует рассмотреть возможность раннего скрининга АГ и адекватных терапевтических мер.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, артериальная гипертензия, коморбидность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Щендригин И.Н., Лила А.М. Корреляция артериальной гипертензии и воспалительной активности у пациентов с ревматоидным артритом.
Терапия. 2023; 9(3S): 476-477.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.476-477

МЕЛАТОНИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ЭСЕДОВ Э.М., МУСАЕВА Л.Н.

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

Актуальность. Мелатонин – хронобиотик с антиоксидантной, антиканцерогенной, иммуномодулирующей, противовоспалительной и протективной активностью.
В настоящее время считается, в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) мелатонина в 400 раз больше, чем в шишковидной железе. Применение искусственного света в ночное время, а также использование электронных носителей, влекут за собой перестройку биоритмов человеческого организма. Также известно, что в период удлиненного светового дня с мая по июль, уровень мелатонина в крови у здорового человека минимален. Впервые нами было проведено оригинальное исследование с изучением динамики сезонных изменений содержания мелатонина в крови при ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки.
Цель. Оптимизация раннего прогнозирования рецидива ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки с определением мелатонина в крови в зависимости от сезонного обострения в течение года.
Материал и методы. В исследование было включено 60 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в разные сезоны года (весна, лето, осень, зима). Среди них женщин было 36, мужчин – 24. Всем выполнена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой гастродуоденальных участков. Исследование мелатонина в крови проводилось с использованием метода высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией. Контрольную группу составили 40 здоровых добровольцев.
Результаты. У 40 (66,6%) обследованных больных ЯБ уровень мелатонина определялся осенью и зимой, значимо был снижен относительно контрольной группы, составив ниже 1±0,57 пг/мл в 99% ($p<0,05$), что свидетельствовало о циркадном десинхронозе и связанным с этим развитием язвенных дефектов в желудке и двенадцатиперстной кишке. У остальных 20 (33,3%) больных концентрация гормона определялась весной и летом и также значимо была снижена относительно контрольной группы, составив ниже 10±0,58 пг/мл ($p<0,05$). У группы контроля – в период максимальной освещенности летом – содержание мелатонина в крови не превысило 1 пг/мл, а при минимальном лучевом спектре солнца – зимой – уровень гормона оказался, как и предполагалось, в пределах от 1 пг/мл и выше.

Выводы. Таким образом амплитудные изменения мелатонина в крови можно использовать как лабораторный маркер раннего прогнозирования сезонного обострения ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, мелатонин, маркеры раннего прогнозирования сезонного обострения язвенной болезни.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Эседов Э.М., Мусаева Л.Н. Мелатониновый дисбаланс при язвенной болезни.

Терапия. 2023; 9(3S): 478-479.

Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.478-479

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕХОДА ПРЕДИАБЕТА В САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

ЮЖАКОВА Е.В., ШАНЬКО Ж.Г.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Цель. Оценить факторы риска развития сахарного диабета 2 типа (СД2) у пациентов с предиабетом, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Проведен анализ 46 историй болезни и амбулаторных карт пациентов с нарушениями углеводного обмена, перенесших COVID-19 средней и тяжелой степени тяжести в период с 02.2021-04.2022 гг. Все пациенты получали терапию глюкокортикостероидами в остром периоде. Оценивались максимальные значения глюкозы плазмы натощак и гликированного гемоглобина (HbAlc) в период госпитализации по поводу COVID-19 и спустя более 12 мес. после выписки из стационара. Критерии включения: возраст старше 35 лет, подтвержденный по данным КТ органов грудной клетки и диагноз COVID-19 методом ПЦР. Уровень HbAlc при поступлении от 5,7-6,4% соответствовал предиабету, согласно критериям Американской ассоциации диабета. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета STATISTICA 6.

Результаты. Медиана возраста пациентов, 27 из которых мужчины и 19 – женщины, составила 52,5 (40-61) года. Медиана HbAlc за время госпитализации составила 6,0 (6,0-6,2) %. Максимальный уровень глюкозы крови натощак в острый период составил 8,1 (7,9-9,1) ммоль/л. Всем пациентам после выписки из стационара был рекомендован прием метформина в комбинации с иДПП-4 в течение 3 мес. Из 46 пациентов, указанные препараты принимали 24 человека, которые составили группу А и 22 пациента отказались от лечения, либо получали терапию менее 1 месяца – составили группу Б. В настоящее время диагноз СД2 установлен у 2 пациентов из группы А и 10 человек из группы Б ($c2=8,2$, $p=0,004$). Были выявлены достоверные отличия по уровню HbAlc, глюкозы плазмы натощак и индекса массы тела (ИМТ) в период госпитализации между пациентами, с установленным диагнозом СД2 в настоящее время (n=12) и сохраняющимся предиабетом (n=34), ($p<0,05$). Медиана значений HbAlc у пациентов с сохраняющимся предиабетом составила 6,0 (5,8-6,1) %, глюкозы плазмы натощак – 8,0 (7,7-8,2) ммоль/л, ИМТ – 34 (32-35) кг/м^2, а в группе пациентов с СД2 – 6,35 (6,2-6,4) %, 10,25 (9,4-11,1) ммоль/л, 35,5 (34,5-37) кг/м^2, соответственно. Выявлена положительная корреляция между

этими параметрами и частотой развития СД 2 типа (R=0,5, p <0,05; R=0,74, p <0,05; R=0,54, p <0,05, соответственно). Достоверных различий по возрасту, уровню острофазных белков и степенью поражения легочной ткани во время госпитализации между группами с СД2 и сохраняющимся предиабетом не обнаружено.

Выводы. Решающее значение в переходе предиабета в СД2 типа после перенесенного COVID-19 имели исходная степень гипергликемии и ИМТ. Защитную роль в этом процессе сыграла последующая терапия иДПП-4 в комбинации с метформином, которую следует рекомендовать после выздоровления как минимум в течение 3 мес.

Ключевые слова: COVID-19, предиабет, сахарный диабет 2-го типа.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Южакова Е.В., Шанько Ж.Г. Факторы риска перехода предиабета в сахарный диабет 2-го типа у пациентов, перенесших COVID-19.
Терапия. 2023; 9(3S): 480-481.
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.480-481