



ВСЕРОССИЙСКИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ
КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
23-24 АПРЕЛЯ 2019

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Российское научное медицинское общество терапевтов
Санкт-Петербургское общество терапевтов имени С.П. Боткина
Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова
Ассоциация терапевтов Санкт-Петербурга
Ассоциация ревматологов России
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
ОО «Человек и его здоровье»
ООО «Ай Си Эс»



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией
академика РАН Мазурова В.И., доцента Трофимова Е.А.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2019

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
доцента Трофимова Е.А.
СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2019. – 330 с.

*Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.
Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации.*

ISBN 978-5-6040648-3-2

© Издательство «Человек и его здоровье», составление, оформление, 2019
© Коллектив авторов, 2019

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОСТОЯНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Абрамашвили И.Н., Еременко Т.В.,
Матезиус И.Ю., Шпилева О.С.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Сахарный диабет (СД) 2 типа является серьезной медико-социальной проблемой во всех странах мира. Это обусловлено высокой частотой заболевания, быстрыми темпами роста числа пациентов, развитием осложнений и неотложных состояний, значительно ограничивающих качество жизни пациента.

В настоящее время в мире насчитывается около 370 миллионов больных с СД из них большая часть страдает именно СД 2 типа. Примерно половина из числа больных – это наиболее социально активная возрастная группа. Диабетический кетоацидоз (ДКА) является острой декомпенсацией СД. Летальность при ДКА: 2-5% в Европе, США, 7-19% – в России.

Несмотря на серьезные успехи по выявлению и лечению СД 2 типа развитие неотложных состояний при данном заболевании до сих пор представляет серьезную клиническую проблему.

Цель. Оценить основные показатели метаболического статуса у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в состоянии диабетического кетоацидоза в зависимости от длительности течения основного заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 историй болезни пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, поступивших в стационар в экстренном порядке с ДКА в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». Возраст обследованных от 44 до 83 лет (ср. возраст $63 \pm 0,2$ года), из них женщин – 17 (57%), мужчин – 13 (43%). Длительность СД 2 типа – от 1 года до 25 лет (ср. длительность 8 лет). В дальнейшем больные были разделены на две подгруппы в зависимости от длительности заболевания. Первая подгруппа больных со стажем течения заболевания 5 лет и меньше (ср. возраст $59 \pm 0,8$ лет), вторая подгруппа – больные со стажем более 5 лет (ср. возраст $65 \pm 0,5$ лет). В работе оценивались следующие лабораторные показатели: уровень гликемии при поступлении, гликированный гемоглобин, общий холестерин, триглицериды, рН крови, избыток оснований

(ВЕ). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В первой подгруппе с СД 2 типа средний показатель гликемии при поступлении составил 26,5 ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина – 12,5%, общий холестерин (ХС) – 5,3 ммоль/л, триглицериды (ТГ) – 2,5 ммоль/л, рН крови – 7,18, избыток оснований (ВЕ) – -16. Во второй подгруппе средний показатель гликемии – 23 ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина – 9,7%, ХС – 5,6 ммоль/л, ТГ – 3 ммоль/л, рН крови – 7,12, избыток оснований (ВЕ) – -17.

Выводы. У пациентов с длительностью заболевания СД 2 типа 5 лет и меньше нарушения углеводного обмена выражены сильнее, что подтверждают более высокие показатели уровня гликемии и гликированного гемоглобина в сравнении с пациентами, имеющими стаж заболевания больше 5 лет.

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОИКНОВОГО ПРОФИЛЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БИОАНАЛОГОМ РИТУКСИМАБА (АЦЕЛЛБИЯ, «БИОКАД») У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Авдеева А.С.¹, Аргюхов А.С.², Дашинимаяв Э.Б.^{2,3},
Черкасова М.В.¹, Насонов Е.Л.^{1,4}

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,

²Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова,

³Институт биологии развития
Российской академии наук,

⁴Первый Московский государственный университет
имени И.М. Сеченова,
Москва

Актуальность. Одной из приоритетных задач современного здравоохранения всех стран мира является увеличение доступности инновационной терапии для пациентов, что было частично решено благодаря разработке и внедрению в клиническую практику биоаналогов (biosimilars) генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), одним из которых является препарат ацеллбия («БИОКАД»).

Цель. Изучить динамику показателей цитокинового профиля у больных ревматоидным артритом (РА) через 12 и 24 недели после начала терапии биоаналогом ритуксимаба (РТМ) – Ацеллбией в суммарной дозе 1200 мг, выявить прогностические факторы эффективности терапии.

Материал и методы. В исследование было включено 20 пациента с достоверным диагнозом РА. Все больные получали терапию ацеллбией в суммарной дозе 1200 мг по стандартной схеме. Концентрацию 27 цитокинов в сыворотке крови определяли с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex array system («BIO-RAD», США). Верхняя граница нормы при исследовании 30 сывороток здоровых доноров составила (пг/мл): ИЛ-1b 10,2; ИЛ-1Ra 1287,4; ИЛ-2 153,6; ИЛ-4 10,9; ИЛ-5 10,6; ИЛ-6 39,6; ИЛ-7 287,7; ИЛ-8 50,2; ИЛ-9 307,5; ИЛ-10 554,6; ИЛ-12 53,6; ИЛ-13 110,4; ИЛ-15 66,8; ИЛ-17 471,3; Eotaxin 1616; FGF-basic 71,8; G-CSF 52,5; GM-CSF 261,1; IFN- γ 4298,7; IP-10 20219,7; MCP-1 280,1; MIP-1 α 42,7; MIP-1 β 165,9; ФНО- α 145,9; VEGF 7693,1.

Результаты. К 24-й неделе терапии РТМ хороший/умеренный эффект по критериям EULAR регистрировался у 17 (85%) пациентов; ремиссия по DAS28 (<2,6) была достигнута у 4 больных (20%).

Исходные значения показателей цитокинового профиля составили: ИЛ 1 β -14,4 (4,8-41,3), ИЛ 1 Ra -1808 (461,8-3285,3), ИЛ 2-45,3 (0,01-201,9), ИЛ 4-7,3(6,4-9,5), ИЛ5-11,9 (2,6-28,9), ИЛ6-105,5 (38,5-381,7), ИЛ7-9,2(5,1-72,2), ИЛ8- 41,5 (34,4-53,0), ИЛ9-131,8 (58,7-354,5), ИЛ10-103,3 (20,2-466,9), ИЛ12-123,5 (43,9-365,3), ИЛ13 - 11,8 (5,5-102,5), ИЛ15-132,9 (40,9-290,4), ИЛ17-76,1 (66,3-100,1), Eotaxin-502,8 (223,6-1373,8), FGFbasic-43,2 (35,7-51,4), G-CSF-117,8 (92,8-332,2), GM-CSF-0,01 (0,01-115,9), IFN γ -493,3 (181,3-1294,5), IP 10-2545,3 (1878,9-3070,4), MCP 1 -181,9 (45,4-511,5), MIP 1a-5,1 (4,4-7,8), MIP 1 β -94,4 (74,4-134,5), PDGF bb-3548,5 (2771,3-4248,2), RANTES-8584,2 (7304,3-9665,5), TNF α - 46,4 (170,6-1751,9), VEGF- 111,4 (67,4-370,5).

Применение РТМ сопровождается быстрым и выраженным снижением концентрации практически всего спектра исследуемых показателей уже через 12-24 недели после первой инфузии препарата: по группе в целом через 24 недели регистрировалось уменьшение концентрации более чем на 30% от исходной ИЛ-1b 4,5 (3,6-6,7), ИЛ-1Ra 376,2 (248,7-828,1), ИЛ-2 2,3 (0,01-16,2), ИЛ-4 5,7 (5,2-6,6), ИЛ-5 0,4 (0,01-1,3), ИЛ-6 19,6 (15,9-33,7), ИЛ-7 3,8 (2,0-4,9), ИЛ-8 31,5 (26,5-36,4), ИЛ-9 25,9 (20,7-51,4), ИЛ-10 12,9 (8,7-24,4), ИЛ-12 22,8 (12,7-42,2), ИЛ-13 1,2 (0,1-3,3), ИЛ-15 40,9 (20,8-75,4), ИЛ-17 69,0 (58,6-80,1), Eotaxin 139,7 (101,7-324,8), G-CSF 88,7 (74,9-103,6), IFN- γ 176,7 (147,1-240,2), IP-10 1752,3 (1183,4-2030,3), MCP-1 39,3 (32,1-81,3), ФНО- α 157,6 (148,5-285,2), VEGF 43,5 (24,4-64,6), $p < 0,05$; содержание MIP-1 α 4,0 (3,5-4,9) и MIP-1 β 55,5 (39,1-95,4) менялся менее чем на 30% по сравнению с исходным, также отмечалось повышение уровня GM-CSF 1,02 (0,01-13,0) и RANTES 10894,4 (7830,3-11689,3) ($p < 0,05$).

В качестве возможных ранних предикторов ответа к 24 неделе терапии можно выделить повышение уровня ИЛ 17 через 12 недель лечения: так в группе с хорошим ответом на терапию концентрация данного показателя составила 70,8 (68,5-93,7), а среди пациентов с умеренным/отсутствием эффекта 58,2 (46,4-69,8), $p < 0,05$.

Заключение. Таким образом, анализ эффективности двух инфузий биоаналога РТМ – Ацеллбии («БИОКАД») в суммарной дозе 1200 мг через 24 недели от начала терапии свидетельствует о его способности вызывать снижение уровня провоспалительных цитокинов, хемокинов и факторов роста в сыворотке крови. В качестве возможных ранних предикторов эффективности терапии можно выделить более высокий уровень ИЛ-17 в сыворотке крови через 12 недель от начала терапии. В целом, мониторинг показателей цитокинового профиля совместно с другими лабораторными биомаркерами имеет важное значение и может позволить персонализировать терапию РА.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАНКОМИЦИН-УСТОЙЧИВЫХ ШТАММОВ ЭНТЕРОКОККА В ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

Авдошина Д.Д.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Клиническая инфекционная больница
имени С.П. Боткина,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать случаи выделения ванкомицин-устойчивого энтерококка в условиях инфекционного стационара.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты бактериологических посевов операционного материала при острой хирургической патологии у пациентов с инфекционным заболеванием.

Результаты и обсуждение. С 2018 года в лаборатории СПбГБУЗ КИБ им. С.П. Боткина было отмечено выявление случаев выделения ванкомицин-устойчивых энтерококков (VRE). С 2018 по февраль 2019 года VRE был выявлен у двух пациентов. Материал был получен интраоперационно у пациентов с развившимся острым хирургическим абдоминальным заболеванием.

Ванкомицин – это широко использующийся препарат, зарегистрированный более 30 лет назад в лекарственном реестре. Основным его преимуществом было активность против MRSA и эффективность при пероральном применении у пациентов с псевдомембранозным колитом. Впервые выделение VRE было

выявлено в 1988 году в Англии, и с тех пор во многих странах отмечается неуклонный рост ванкомицин-устойчивых штаммов энтерококков. Все случаи из европейских государств и США регистрируются в Центре по Контролю за Заболеваниями (CDC), а также в Национальном Обществе по Предотвращению Нозокомиальной Инфекции (NNIS).

Больше всего случаев регистрируется в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Также и оба выявленных в нашем исследовании случая проходили длительное лечение в ОРИТ. Длительная иммобилизация, тяжесть состояния, инвазивные процедуры и коморбидные состояния напрямую влияют на транслокацию флоры и приводят к развитию VRE инфекции.

Оба представленных случая закончились выздоровлением, благодаря комплексной терапии включающей в себя: комбинированную антибактериальную терапию, хирургический этап лечения.

Выводы. В современное время проблема резистентности микроорганизмов к существующим антибактериальным препаратам занимает важнейшее место в мировой и отечественной науке. Пациенты с иммуносупрессией, длительно пребывающие в ОРИТ, нуждающиеся в инвазивных процедурах находятся в группе риска. Для снижения распространения резистентных штаммов, в частности VRE необходимо: рациональное использование антибактериальных препаратов, обучение персонала правильной обработке рук, поверхностей и инструментов, снижение использования антибактериальных препаратов в животноводстве, правильное и быстрое обеспечение посевов полученных биологических образцов с определением антибактериальной чувствительности, а при необходимости генотипирования штамма.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Акжигитова Д.З.¹, Спицина С.С.^{1,2}

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель. Изучить структуру и частоту нарушений ритма и проводимости сердца у больных с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В ходе исследования было осмотрено 100 больных (76% женщин и 24% мужчин) с РА. Диагноз устанавливался в соответствии с классификационными критериями ACR/EULAR 2010 г. Средний возраст пациентов составил $53,7 \pm 12,25$ лет, средняя продолжительность заболевания – $6,13 \pm 3,69$ лет. 63% больных были серопозитивны. Все пациенты имели умеренную и высокую активность РА. Ранняя стадия заболевания зарегистрирована у 18% человек, развернутая – у 40%, поздняя – у 42%. У 64% больных диагностированы II и III рентгенологические стадии. Висцеральные проявления (поражение почек, церебральный васкулит, аутоиммунная анемия) наблюдались у 9%. Все получали нестероидные противовоспалительные препараты ежедневно, 32% – преднизолон в дозе 10 мг. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, включая проведение электрокардиографии (ЭКГ). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ SSPS 20.0.

Результаты и их обсуждение. У 45% больных РА в сочетании с заболеваниями сердечно-сосудистой системы была выявлена ишемическая болезнь сердца. В этой группе по электрокардиографическим данным у 38% отмечались нарушения ритма и проводимости сердца. Синусовая тахикардия была зафиксирована у 14% больных, наджелудочковые нарушения ритма в виде суправентрикулярной экстрасистолии выявлены у 10%, единичная желудочковая экстрасистолия – у 2%. Была отмечена четкая тенденция нарастания числа аритмий при увеличении активности РА, серопозитивности.

Достоверного изменения частоты нарушений ритма в зависимости от рентгенологической стадии РА не было выявлено. Нарушения проводимости в виде блокад правой или левой ножки пучка Гиса отмечены у 12% пациентов. У 8% были диагностированы нарушения процессов реполяризации миокарда в виде депрессии сегмента ST более 0,1 мВ или появления отрицательных зубцов T, соответствующие критериям безболевого ишемии миокарда, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Элевации сегмента ST у больных РА зарегистрировано не было.

Выводы. Таким образом, при проведении ЭКГ регистрируются нарушения ритма и проводимости сердца у 38% больных РА, безболевого ишемии миокарда – у 8%, что обусловлено активностью и тяжестью ревматоидного воспаления. В связи с этим, необходимо дополнительно проводить Холтер-ЭКГ в рамках комплексного обследования больных РА с целью раннего выявления кардиоваскулярной патологии.

ЛИПОПРОТЕИНЫ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И АНТИТЕЛА К ОКИСЛЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИНАМ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Алекперов Р.Т.^{1,2}, Ананьева Л.П.²,
Черкасова М.В.²

¹Московский областной

научно-исследовательский клинический институт
имени М.Ф. Владимирского,

²Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Исследовать содержание окисленных липопротеинов низкой плотности (оЛПНП) и антител к оЛПНП (анти-оЛПНП) и их корреляции с уровнем маркеров воспаления, сосудистой эндотелиальной дисфункции и ангиогенеза в сыворотке крови больных системной склеродермией (ССД).

Материал и методы. В исследование были включены 44 больных ССД и 20 здоровых лиц (контрольная группа), сопоставимых по полу и возрасту с больными. В сыворотке крови определялось содержание оЛПНП, анти-оЛПНП, маркеров воспаления: СРБ, интерлейкин-6 (ИЛ-6); сосудистой эндотелиальной дисфункции: антиген фактора фон Виллебранда (аФВ), молекула сосудистой клеточной адгезии (vascular cell adhesion molecule – VCAM-1), Е-селектин (Е-сел); маркеров ангиогенеза: сосудистый эндотелиальный фактор роста (vascular endothelial growth factor – VEGF), рецептор 2 типа VEGF (VEGFR2) с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты. У больных ССД, по сравнению со здоровыми, были повышены содержание, как оЛПНП (259.6±187.5 Ед/мл и 117.8±82.1 Ед/мл; p=0.0047), так и анти-оЛПНП (454.8±381.5 Ед/мл и 255.4±149.7 Ед/мл; p=0.040). Уровни оЛПНП и анти-оЛПНП не различались между больными с лимитированной или диффузной ССД, а также между больными, у которых были или отсутствовали дигитальные язвы. Корреляционный анализ показал тесную ассоциацию анти-оЛПНП с содержанием VCAM-1 (r=0.43; p=0.002), Е-сел (r=0.46; p=0.001) и VEGF (r=0.33; p=0.023).

Заключение. Анти-оЛПНП могут быть одним из факторов активации и повреждения сосудистого эндотелия у больных ССД. С этих позиций представляет интерес анти-В-клеточной терапии на содержание анти-оЛПНП.

РОЛЬ АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНОГО БЕЛКА 4 ТИПА В МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Александров В.А.^{1,2}, Шилова Л.Н.²,
Александров А.В.^{1,2}, Зборовская И.А.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучить роль ангиопоэтин-подобного белка 4 типа (АППБ4) в метаболических нарушениях, вызванных воспалением при ревматоидном артрите (РА).

Материалы и методы. В исследование были включены 88 пациентов с достоверным РА, 64 пациента с другими ревматическими заболеваниями (РЗ) (36 больных остеоартрозом, ОА; 28 больных псориатическим артритом, ПсА; 17 больных анкилозирующим спондилитом, АС) и 32 здоровых лиц. Определение АППБ4 в сыворотке крови проводилось иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы «RayBio Human ANGPTL4 ELISA Kit» (RayBiotech, USA). Всем больным РА были определены СОЭ, СРБ, РФ, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (анти-CCP) и модифицированному виментину (анти-MCV) в ELISA-тесте. Больным РА (n=57) была выполнена остеоденситометрия (LUNAR DPX, GE, США) с оценкой состояния костной ткани проксимального отдела бедра по Т-критерию.

Результаты и обсуждение. Уровень АППБ4 в сыворотке крови больных РА был значительно выше, чем у здоровых людей (p<0,001) и пациентов с другими РЗ (p=0,012 по сравнению с ОА; p=0,046 с ПсА; p=0,008 с АС). Показатели АППБ4 у больных РА коррелировали с уровнями СРБ (r=0,488, p=0,003), СОЭ (r=0,458, p=0,002) и оценкой активности заболевания по DAS-28 (r=0,449, p=0,001). У пациентов с РА наблюдалась высокая частота инсулинорезистентности (по индексу НОМА-IR) (у больных РА – 1,27 [0,84-1,62]; у здоровых лиц – 0,76 [0,44-1,02]; p<0,001) и наличия ишемической болезни сердца, а также положительная корреляция между активностью заболевания (по DAS-28) и инсулинорезистентностью (по индексу НОМА-IR) (p=0,033). В группе больных РА при наличии диабета 2 типа были определены более высокие показатели С-реактивного белка (p=0,04) и уровни сывороточного АППБ4 (p=0,042, по сравнению с больными РА без диабета 2 типа; p=0,026, по сравнению со здоровыми лицами). Вклад АППБ4,

действующего как ингибитор липопротеинлипазы, в развитие дислипидемии при РА может быть продемонстрировано результатами, полученными нами при сравнении групп больных с/без признаками метаболического синдрома (МС). Была выявлена положительная корреляция АППБ4 с уровнем триглицеридов ($r=0,42$, $p=0,018$). Повышение уровня АППБ4 в сыворотке крови больных РА с МС ($p=0,027$ по сравнению с РА без МС) может предсказать развитие сердечной патологии в данной группе больных.

Данные денситометрии позволили установить прямую зависимость АППБ4 от наличия остеопении ($r=0,439$), а также отрицательную корреляционную связь между низкими значениями критерия Т и повышенными титрами анти-МСV ($r=-0,673$), но не анти-СРР ($p>0,05$). Анти-МСV способны индуцировать дифференцировку и активацию остеокластов, что может вести к снижению минеральной плотности периапюлярной кости и увеличению риска низкоэнергетических переломов при РА. Выявленная зависимость АППБ4 от уровня витамина D ($r=-0,417$) и содержания кальция в крови ($r=0,522$), а также отсутствие связи между наличием анти-МСV и уровнем АППБ4 ($p>0,1$) может свидетельствовать о различных механизмах развития ОП у больных РА, позитивных по анти-МСV и АППБ4.

Выводы. АППБ4 непосредственно участвует в регуляции гомеостаза глюкозы, липидного обмена и чувствительности к инсулину. Учитывая, что среди внесуставных проявлений РА сердечно-сосудистые заболевания, связанные с остеопорозом, атеросклерозом, инсулинорезистентностью и метаболическим синдромом занимают одно из главных мест, изучение роли АППБ4 в метаболических нарушениях, вызванных воспалением, может показать новое направление развития лабораторных и терапевтических технологий при РА.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ГЛУТАТИОНА В ЭРИТРОЦИТАХ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Александрова Л.А., Субботина Т.Ф., Жлоба А.А.
Первый Санкт-Петербургский медицинский
университет имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение. На экспериментальных моделях показано влияние фолиевой кислоты (ФК) на метабо-

лизм глутатиона печени, почек и сердца крыс. В ряде исследований продемонстрировано вовлечение ФК в свободно-радикальные окислительные процессы, также известно кардиопротекторное действие ФК.

Цель исследования. Изучение активности ферментов системы глутатиона при дефиците ФК при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), сопровождающихся хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы. Обследовали 29 пациентов 45 (35-66 лет) ССЗ в сочетании с ХБП. У всех обследованных диагностирована артериальная гипертензия. Риск сердечно-сосудистых осложнений оценивался 4 степенью. Признаки ИБС и церебрального атеросклероза отмечены у 10 (34%) пациентов. У 75% больных уровень ФК в плазме крови был ниже нормы и составил 13,5 (11,5-14,5) нМ, концентрация креатинина повышена [0,2 (0,088-0,371) мкм], а скорость клубочковой фильтрации (СКФ) снижена [29,5 (14,8-75,6) мл/мин] по сравнению с нормой.

В качестве контроля использовали образцы крови 45 доноров сопоставимого возраста. В 10% гемолизатах эритроцитов определяли активность глутатионпероксидазы (ГПО), глутатионредуктазы (ГР) и уровень восстановленного глутатиона (ГлВ) спектрофотометрическими методами (Александрова с соавт., 2016). Концентрацию гемоглобина в 10% гемолизатах определяли гемоглобинцианидным методом с использованием наборов (Синтакон). Активность рассчитывали в мкмоль /мин/г Нв. Стандартные клинико-биохимические анализы выполнялись с помощью биохимического анализатора.

Результаты. Концентрация ГлВ, а также активность ГПО и ГР в эритроцитах больных ХБП были значительно ниже показателей контроля. В группе больных ХБП с низкими (<14,9 нМ) значениями ФК активность ГР в эритроцитах была в 1,5 раза ниже, чем в группе больных ХБП с «нормальными» значениями ФК. Установлены отрицательные корреляции средней силы концентрации ФК и С-реактивного белка ($R=-,375$; $P=0,04$), а также ФК и фибриногена ($R=-,462$; $P=0,023$), что свидетельствует об ассоциации дефицита фолатов и реакции воспаления. В группе больных ХБП с пониженной концентрацией ФК выявлены корреляции уровня ФК и креатинина ($R=-,0512$; $P=0,015$), а также ФК и СКФ ($R=0,436$; $P=0,043$).

Выводы. 1. Низкие уровень ГлВ и активность ГПО и ГР в эритроцитах больных ССЗ с ХБП свидетельствуют об угнетении антиоксидантной системы, что является фактором риска для развития осложнений при дефиците ФК. 2. Выявленное различие в активности ГР между нормосодержащими и ФК-дефицитными пациентами подтверждает литературные данные о взаимосвязи метаболизма глутатиона и фолиевой кислоты.

ТЕРАПИЯ БЛОКАТОРАМИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ОСЛОЖНЕННОМ АА-АМИЛОИДОЗОМ

Алексеева А.В., Муравьев Ю.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Системный АА-амилоидоз серьезное осложнение РА, являющееся результатом гиперпродукции сывороточного амилоида А (SAA), индуцированной главным образом интерлейкином-6 (ИЛ-6).

Цель. Оценить влияние тоцилизумаба (гуманизированных моноклональных антител к рецепторам ИЛ-6) на целевые показатели лечения при нефропатическом типе системного АА-амилоидоза у больных РА.

Методы. У больных включенных в исследование наряду со стандартными клинико-лабораторными показателями оценивали в динамике: DAS28, уровень SAA, С-реактивного белка (СРБ), СОЭ, суточную протеинурию (СП), клубочковую фильтрацию (КФ), результаты гистологического исследования биоптатов. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием: числа больных, среднего арифметического значения (М), стандартного отклонения от среднего арифметического значения (δ). Различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p < 0,05$. Для оценки полученных результатов использован t-критерий Стьюдента. Расчет выполнен на персональном компьютере с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 7.0 for Windows («StatSoft Inc.»).

Результаты. В исследование включены 10 больных (средний возраст $52 \pm 9,1$ лет) с нефропатическим типом системного АА-амилоидоза, гистологически подтвержденного (биоптаты слизистой двенадцатиперстной кишки), осложнившим ревматоидный артрит, отвечающий критериям ACR 1987 (средней длительностью – $17,1 \pm 8,9$ лет). Все больные получали тоцилизумаб в течение 12 месяцев 8 мг/кг внутривенно капельно каждые 4 недели на фоне недостаточно эффективной терапии БПВП, НПВП, ГК (последний перорально, не более 10 мг/сут преднизолона или его эквивалента), которая была стабильной в течение как минимум 6 предшествующих месяцев.

В динамике, после 12 месяцев лечения, отмечено достоверное снижение средних показателей

SAA (с $46,7 \pm 28,1$ мг/л до $14,7 \pm 24,3$ мг/л; $p=0,03$) и индекса DAS28 (с $5,5 \pm 1,4$ до $3,3 \pm 1,15$; $p=0,003$), СП (с $0,8 \pm 0,7$ г/сут до $0,08 \pm 0,6$ г/сут; $p=0,04$). В тоже время мало изменились уровень СОЭ (с $32,1 \pm 19,5$ мм/час до $17 \pm 26,5$ мм/час; $p=0,1$), КФ (с $62,2 \pm 42,9$ мл/мин до $54,2 \pm 31,9$ мл/мин; $p=0,3$). При повторном (в динамике) гистологическом исследовании, у двух больных массы амилоида в биоптатах слизистой двенадцатиперстной кишки не обнаружены. Исследование завершили все больные, неблагоприятных реакций не было.

Заключение. Двенадцатимесячное лечение тоцилизумабом вызвало снижение активности РА до целевого уровня, что в среднем по группе сопровождалось: достоверным снижением показателей SAA и суточной протеинурии (хотя и не достигших целевого уровня), исчезновением отложений амилоида в биоптатах слизистой двенадцатиперстной кишки у двух больных.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АА-АМИЛОИДОЗА

Алексеева А.В.¹, Муравьев Ю.В.¹,
Раденска-Лоповок С.Г.²

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,

²Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель. Определить роль биопсии малых слюнных желез (МСЖ) для диагностики АА амилоидоза у больных ревматоидным артритом (РА).

Методы. В исследование включено 15 женщин с достоверным РА. Средний возраст $62 \pm 4,96$ года (от 54 до 69 лет), средняя длительность РА $21 \pm 11,5$ год (от 8 до 42 лет), у 77,8% была III степень воспалительной активности и IV рентгенологическая стадия РА. Всем больным проводилась биопсия МСЖ с окраской на амилоид конго красным, у 10 из них исследовались на амилоид и другие области: у 2 – слизистая оболочка десны; у 8 – слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Результаты. При биопсии МСЖ отложения масс амилоида выявлены у всех исследуемых больных, при этом биопсия десны у одной больной и биопсия слизистой ДПК у другой – были отрицательными. У двух больных биопсия МСЖ изначально

исследовалась для исключения синдрома Шегрена и выявление депозитов АА амилоидоза было случайным. У 6 больных (66,7%) клинических проявлений АА амилоидоза не было.

Выводы. биопсия МСЖ – чувствительный метод для выявления депозитов АА амилоидоза и может быть исследована в реальной клинической практике.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Алексеева А.Д.¹, Ганич Е.Г.², Шевелева М.А.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская клиническая больница №31,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Целью данного исследования является выявление взаимосвязи между клиническим течением болезни Крона и возрастом больных на момент первой манифестации симптомов заболевания.

Материалы и методы. Были проанализированы клинические данные пациентов, у которых симптомы заболевания впервые возникли в возрасте 10-17 лет (n=42), и пациентов, с манифестацией симптомов болезни Крона после 40 лет (n=44). Статистический анализ был проведен с использованием GraphPad Prism 8 (Graph Pad Software, США). Различия считались статистически значимыми при уровне р менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто заболевание у детей проявлялось в форме илеоколита – 57.1% (24/42). У взрослых в форме колита – 55.4% (24/44). У 52.3% (22/42) детей имело место сочетание поражения верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Среди взрослых поражения верхних отделов не встречались (0/44). Внекишечные проявления болезни Крона присутствовали в клинической картине у 42% детей (18/42) и 18% взрослых (8/44), что, вероятно, связано с более высокой активностью иммунитета у детей. У 52,3% (22/42) детей за период наблюдения достижение ремиссии было невозможно без применения биологической терапии (инфликсимаб), в то время как среди взрослых усилении терапии потребовалось лишь 4,5% (2/44). За период наблюдения осложнения развились у 57% (24/42) детей и у 27% (12/44) взрослых. Фекальный кальпротектин положительно коррелирует с тяжестью клинической картины

(коэффициент корреляции составил 0,9). Повышение уровня данного маркера в группе детей наблюдалось в 100% случаев (42/42). Повышение фекального кальпротектина в группе взрослых наблюдалось в 59% случаев (23/44).

Выводы. Течение болезни Крона в разных возрастных группах имеет свои особенности, которые проявляются в различной локализации и распространенности поражений желудочно-кишечного тракта, а также внекишечных проявлений. Полученные результаты свидетельствуют в пользу более агрессивного течения болезни Крона у детей, что проявляется в высокой частоте развития осложнений и невозможности достижения ремиссии без добавления анти-ФНО препаратов к стандартной терапии. Более высокая специфичность повышения уровня фекального кальпротектина в детской возрастной группе указывает на целесообразность проведения данного исследования у всех детей с подозрением на болезнь Крона. Положительная достоверная корреляция уровня фекального кальпротектина с тяжестью клинической картины заболевания позволяет использовать его как ранний неинвазивный маркер обострения заболевания у детей.

ДАННЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКИХ ЮНОШЕСКИХ ШКОЛ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Алексеева Д.Ю., Земсков И.А., Григорьев В.В.

Межрайонный врачебный
физкультурный диспансер №1,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить данные кардиологического скрининга у молодых спортсменов с помощью неинвазивных методов обследования – электрокардиографии (ЭКГ) в 12 отведениях.

Материал и методы. В исследование было включено 5650 юных спортсменов (средний возраст 13,8±4,9 года). Протокол обследования включал ЭКГ в 12 отведениях.

Результаты. Из 5650 пациентов, включенных в исследование, у 27,57% были выявлены нарушения ритма, у 28,83% – аномалия проводимости. Умеренная и бессимптомная синусовая брадикардия составила 15%, синусовая тахикардия – 1,8% пациентов. У 9% зарегистрирована миграция водителя ритма, у 1,01% – желудочковые нарушения ритма. В 0,60% случаев зафиксирована наджелудочковая

экстрасистолия и в 0,16% – синдром/феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. По данным ЭКГ у 27% спортсменов была зарегистрирована неполная блокада правой ножки пучка Гиса. АВ блокада 1 степени зарегистрирована у 1,2% пациентов, АВ блокада 2 степени 1 типа у 0,63%.

Выводы. Таким образом, синусовая брадикардия и миграция водителя ритма – наиболее часто диагностируемые нарушениями ритма. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса – частая находка у юных спортсменов. Кардиологический скрининг с помощью рутинного метода ЭКГ остается основным инструментом для идентификации возможного патологического субстрата и оценки риска внезапной сердечной смерти. Ранняя диагностика нарушений ритма сердца и проводимости позволяет в свою очередь своевременно принять меры к предотвращению внезапной сердечной смерти.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ «ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИЕ»

Алексеева Е.С.

Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Основным методом профилактической работы врача амбулаторной практики на сегодняшний день является диспансеризация, в рамках которой выделяют группу в категории ДП – «Часто и длительно болеющие» (ЧДБ), что предполагает усиление врачебной настороженности в плане возможной хронизации патологии. В мировой практике существуют различные подходы к формированию данной группы. В Республике Беларусь к категории «ЧДБ» относят часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) болеющих пациентов.

Цель исследования. Проанализировать структуру встречаемой патологии среди пациентов группы «ЧДБ».

Материалы и методы. Работа основана на изучении медицинской документации амбулаторных учреждений здравоохранения г. Минска с использованием автоматизированной информационной системы «Web-Поликлиника» за период с 2013 по 2018 г. Расчет основных показателей произведен с помощью MS Office Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение. При рассмотрении структуры патологий, встречающихся в группе ЧДБ, выявлено, что около 80% всех случаев временной нетрудоспособности приходится на рецидивирующие респираторные заболевания. Травмы и дорсопатии встречаются в 10 и 4% случаях, инфекции мочевыводящих путей наблюдаются у 2% ЧДБ пациентов, на функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и кожные заболевания приходится по 1% соответственно. Наблюдается превалирование травм и дорсопатий в группе «длительно болеющие» (суммарная длительность ВН более 40 дней) над группой «часто болеющие» (6 и более случаев нетрудоспособности в год) – 17% и 6% соответственно, тогда как острые респираторные инфекции являются лидером в обеих группах (77% и 86% соответственно).

На протяжении последних 6 лет численный состав изучаемой группы оставался стабильным, средние показатели всей исследуемой группы составили 355,3±27,9, группы «длительно болеющие» – 152,8±9,4, группы «часто болеющие» – 136,2±23,7, группы «часто и длительно болеющие» – 66,3±10,7, $p < 0,05$. В последнее время наблюдается тенденция роста количества пациентов в группе «часто болеющие» ($p < 0,05$), которая заняла лидирующую позицию и превысила по составу группу «длительно болеющие». Так, в 2013 г. количество пациентов в группе «длительно болеющие» составило 147 (48,1%), в то время как в группе «часто болеющие» – 110 (36,9%) и в группе «часто и длительно болеющие» – 49 (16,0%) и такое распределение сохранялось до 2016 г. В 2017 г. соотношение в группах изменилось и стало следующим – 147 (37,7%), 161 (41,3%) и 82 (21,0%) в группах «длительно болеющие», «часто болеющие» и «часто и длительно болеющие» соответственно. Такая же тенденция сохранилась и в 2018 г.: 141 (38,1%), 166 (44,9%) и 63 (17,0%) соответственно. Достоверной разницы по возрасту, полу в данных группах не обнаружено, что может свидетельствовать о других причинах склонности к рецидивированию заболеваний, например, скрытых нарушениях иммунного статуса или проблемах адаптации у пациентов.

Выводы. 1. Рецидивирующие респираторные заболевания занимают лидирующую позицию в группе ЧДБ (80%) и этот показатель стабилен на всем изучаемом отрезке времени. 2. Определено превалирование групп «длительно болеющие» и «часто болеющие» над истинной группой «часто и длительно болеющие», что требует более детального анализа и возможной коррекции критериев включения в группу ЧДБ.

ПРЕДИКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С БЫСТРЫМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Алексеева Л.И.¹, Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹,
Аникин С.Г.¹, Шарапова Е.П.¹, Стребкова Е.А.¹,
Зонова Е.В.², Раскина Т.А.³, Оттева Э.Н.⁴,
Виноградова И.Б.⁵, Лиля А.М.¹

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой, Москва

²Новосибирский государственный
медицинский университет, г. Новосибирск

³Кемеровский государственный
медицинский университет, г. Кемерово

⁴Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения, г. Хабаровск

⁵Ульяновская областная
клиническая больница, г. Ульяновск

Изучение предикторов быстрого прогрессирования ОА коленных суставов (в течение 1 года) представляет особый интерес, так как обозначенные факторы могут служить основой для создания индивидуальных целенаправленных профилактических и лечебных мероприятий.

Цель. В многоцентровом проспективном исследовании выделить факторы быстрого прогрессирования ОА коленных суставов

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 185 женщин из 5 субъектов Российской Федерации в возрасте 40-75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.- Lawrence J), подписавшие информированное согласие. Средний возраст пациенток составил 59,2±7,4 лет (от 42 до 75), ИМТ 27,7±4,4 кг/м² и длительность заболевания 12±8,1 лет. На каждого больного ежегодно заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, показатели WOMAC, суставной статус, сопутствующие заболевания и терапию за период наблюдения. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография коленных суставов, двухэнергетическая рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника, шейки бедра и субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей, ультразвуковое (УЗИ) и магнитно-резонансное (МРТ) методы исследования коленных суставов. Из 185 больных у 135 (73%) определялась II стадия, у 50 (27%) – III стадия. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Statistica 10.0 и SPSS 15.0.

Результаты. За год прогрессирование ОА коленных суставов (увеличение рентгенологической стадии со II до III) было отмечено у 15 пациенток (2-я группа – с прогрессированием), у 170 – стадия заболевания осталась прежняя (1-я группа – без прогрессирования). При сравнении обеих групп не было выявлено отличий по возрасту, возрасту начала заболевания и длительности заболевания. Однако в группе прогрессии женщины имели больший вес (97,1±14,0 и 74,2±10,8 кг, p<0,0001) и ИМТ (31,9±5,8 см и 27,3±4,1 кг/м², p<0,0001). У них отмечались более выраженные значения болевого синдрома в коленных суставах при ходьбе (по ВАШ) 65,8±11,8 и 47,5±18,7 мм (p<0,0003), в том числе при оценке индекса WOMAC и его составляющих (боль – 330,5±66,0 и 237,8±85,4 мм, p<0,0001; функциональная недостаточность (ФН) – 1044±190,4 и 859,8±243,8 мм, p<0,007; суммарный индекс WOMAC – 1479,6±227,8 и 1164,2±357,7, p<0,002, соответственно). У большего числа женщин из 2-ой группы выявлялись варусная деформация коленных суставов (66,7% и 35,3%, ОР=1,89, 95% ДИ 1,25-2,85, p=0,02) и Н.valgus (86,7% и 61,8%, ОР=1,4, 95% ДИ 1,11-1,77, p=0,04), а также имелись гипертоническая болезнь (соответственно 93,3% и 71,8%, ОР=1,3, 95% ДИ 1,1-1,53, p=0,05) и сахарный диабет (СД) 2 типа (33,3% и 12,9%, ОР=2,57, 95% ДИ 1,14-5,82, p=0,04). При выполнении МРТ у пациенток 2-ой группы чаще встречались дефекты хрящевой ткани в медиальном и латеральном отделах большеберцовой кости (ББК) (соответственно, 57,2% и 18,6%, ОР=3,06, 95% ДИ 1,74 – 5,38, p<0,003; 57,2% и 14%, ОР=4,08, 95% ДИ 2,23 – 7,46 p<0,0006); отек костного мозга (ОКМ) в медиальных (71,4% и 12,2%, ОР=5,83, 95% ДИ 3,38-10,1, p<0,000004) и латеральных отделах ББК (21,4% и 4,1%, ОР=5,25, 95% ДИ 1,47-18,7, p=0,03); субхондральные кисты (СХК), занимающие более 25% региона, в медиальных отделах бедренной и большеберцовой костей (соответственно, 28,6% и 7,4%, ОР=3,84, 95% ДИ 1,4-10,5, p<0,03; 35,7% и 8,8%, ОР=4,06, 95% ДИ 1,7-9,7, p=0,01). Синовит по данным МРТ в 100% случаев выявлялся у пациенток с прогрессированием и только в 58,4% у женщин из 1-ой группы (ОР=1,71, 95% ДИ 1,5-2,0, p=0,002). При УЗИ коленных суставов было выявлено, что у лиц из 2-ой группы толщина синовиальной оболочки была значимо больше (3,3±0,37 мм и 3,0±0,44 мм, p=0,002), чаще встречались синовит и повреждение латеральной коллатеральной связки (26,7% и 8%, ОР=3,33, 95% ДИ 1,23-9,06, p=0,04). При оценке лекарственной терапии отмечено, что внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов (ГК) чаще выполнялись пациентам из группы прогрессирования (57,1% и 30,8%, ОР=1,85, 95% ДИ 1,09-3,14, p=0,05). В многофакторном анализе (дискриминантном) было установлено, что наиболее значимыми факторами риска быстрого прогрессирования ОА коленных суставов являются большой вес у пациента,

высокие значения боли по WOMac, наличие СД 2 типа и ОКМ в медиальных отделах ББК, повреждение хряща большеберцовой кости с медиальной стороны (определяемые по МРТ). На основании выделенных факторов и их коэффициентов была создана формула, позволяющая с высокой точностью (94%) прогнозировать риск быстрой прогрессии ОА у конкретного больного.

Заключение. В проспективном многоцентровом исследовании с использованием комплекса клинических и инструментальных методов, включающих рентгенографию, УЗИ, МРТ коленных суставов, МПК периферического скелета и субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей, было показано, что основные предикторы быстрого прогрессирования ОА коленных суставов являются: избыточный вес у пациента, высокие значения боли по WOMac, наличие СД 2 типа, ОКМ в медиальных отделах ББК и повреждение хряща ББК с медиальной стороны (определяемые по МРТ).

МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГИАЛУРОМА CS У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Алексеева Л.И.¹, Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹,
Шарапова Е.П.¹, Аникин С.Г.¹, Стребкова Е.А.¹,
Раскина Т.А.⁵, Зонина Е.В.⁶, Оттева Э.Н.⁸,
Родионова С.С.², Шмидт Е.И.³, Шестерня П.А.⁷,
Наумов А.В.⁴, Загородний Н.В.², Лиля А.М.¹

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой, Москва

²Национальный медицинский исследовательский
центр травматологии и ортопедии
имени Н.Н. Приорова, Москва

³Городская клиническая больница №1
имени Н.И. Пирогова, Москва

⁴Российский национальный исследовательский
медицинский университет
имени Н.И. Пирогова, Москва

⁵Кемеровский государственный
медицинский университет, г. Кемерово

⁶Новосибирский государственный
медицинский университет, г. Новосибирск

⁷Красноярский государственный
медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

⁸Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения, г. Хабаровск

Цель и введение. В многоцентровом проспективном исследовании оценить эффективность и

безопасность однократного внутрисуставного введения препарата гиалуром CS (комбинация гиалуроната натрия 60 мг/3 мл и хондроитин сульфата натрия 90 мг/3 мл) у пациентов с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

Материалы и методы. В исследование включено 79 амбулаторных пациентов (преимущественно женщин – 81,0%) из 5-ти субъектов РФ с первичным тиббиофemorальным ОА коленных суставов 2-3 ст. по Келлгрэну-Лоуренсу, с интенсивностью боли при ходьбе не менее 40 мм по ВАШ, имевших потребность в приеме НПВП (не менее 30 дней за предшествующие 3 месяца) и подписавших информированное согласие. Средний возраст больных составил 60,3±8,7 лет, средний ИМТ – 29,2±4,7 кг/м², продолжительность болезни – 6 (3-10) лет. Вторая стадия ОА коленных суставов выявлялась у 68,4% пациентов и 3-я – у 31,6%. Длительность исследования – 6 месяцев. Оценка эффективности и безопасности лечения проводилась по динамике индекса WOMAC, состояния здоровья пациента по ВАШ, качества жизни по опроснику EQ-5D, оценки эффективности терапии врачом и пациентом, суточной потребности в НПВП.

Результаты. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у пациентов уже через 1 неделю после внутрисуставного введения препарата статистически значимо снизился болевой синдром в коленных суставах при ходьбе по ВАШ (соответственно, 62 (55-72) и 41 (32-51) мм, p<0,0001). Дальнейшее значимое уменьшение боли наблюдалось на протяжении всего 3-х месячного периода наблюдения (через 1 месяц – 28 (20-42) и 3 месяца – 22 (14-37) мм). К 6-му месяцу боль не нарастала и составляла 20 (14-42) мм. Идентичная закономерность выявлена и при оценке как суммарного индекса WOMAC (в начале исследования – 1125 (899-1540), в конце – 552 (309-837) мм, p<0,0001), так и всех его составляющих (боль в начале исследования – 268 (189-312), в конце – 91 (48-171) мм, p<0,0001; скованность – 101 (59-130) и 40 (20-61) мм, p<0,0001; ФН – 802 (647-1095) и 402 (191-638) мм, p<0,0001, соответственно). Медиана времени наступления эффекта составила 7 (5-18) дней. Статистически значимое улучшение качества жизни по EQ-5D и общего состояния здоровья также отмечено на протяжении всего периода наблюдения (соответственно, 0,52 (-0,02-0,59) и 0,69 (0,59-0,80), p<0,0001; 48 (30-60) и 72 (60-80) мм, p<0,0001). На фоне терапии снизилась общая потребность в приеме НПВП: в начале исследования НПВП принимали 76 человек (96,2%), через неделю 31 пациент полностью отказались от приема НПВП (39,2%), через 1 мес. – 72,2%, через 3 мес. – 73,4%, через 6 мес. – 54,4%. С представленными данными согласовывалась и общая оценка эффективности лечения, проводимые пациентом и

врачом. Так, «значительное улучшение» и «улучшение» констатировано в подавляющем большинстве случаев, отсутствие эффекта и ухудшение отмечено у единичных лиц. Неблагоприятные явления выявлены у 8 пациентов (10,1%), связанные с усилением боли и/или появлением припухлости коленного сустава, которые купировались самостоятельно или на фоне приема НПВП.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о хорошем и длительном симптоматическом эффекте препарата гиалуром CS. На фоне терапии у пациентов статистически значимо снижается боль, скованность, потребность в НПВП, улучшается качество жизни и функция суставов.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ

Алексеева О.Г., Смирнов А.В., Глухова С.И.,
Волков А.В., Насонов Е.Л.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Ультразвуковое (УЗ) исследование суставов способствует выявлению признаков ревматоидного артрита (РА) на ранних и доклинических стадиях. Однако вопрос о прогностическом значении УЗ признаков РА на рентгенологическое прогрессирование заболевания остается нерешенным.

Цель исследования. Охарактеризовать взаимосвязь УЗ признаков поражения суставов с рентгенологическими проявлениями РА в течение года наблюдения.

Материал и методы. В исследование включено 76 пациентов с РА, средний возраст которых составил 53,5 [44,5; 61] лет, с длительностью заболевания 6,5 [4; 22] месяцев. В течение первого года терапия осуществлялась согласно концепции «лечение до достижения цели». УЗИ кистей и стоп анализировались непосредственно перед началом терапии, через 3, 6, 9 и через 12 месяцев лечения. УЗИ кистей и стоп 8 суставных зон (запястья, 2,3 пястнофаланговых, 2,3 проксимальных межфаланговых, 2,5 пястнофаланговых суставов) клинически доминирующей стороны проводили на аппаратах Logiq 9 (GE, США) и MyLabTwice (ESAOTE, Италия) с использованием мультисекторного линейного датчика (10-18МГц) с техникой ЭД, параметры которого были адаптированы для регистрации низ-

коскоростных потоков (PRF 300–600 Гц, низкий фильтр, динамический диапазон – 20-40 дБ). УЗ признаками синовита являлись внутрисуставной выпот и пролиферация синовиальной оболочки по данным «серой» шкалы (СШ) и гиперваскуляризация синовии в режиме ЭД согласно критериям OMERACT (the Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials). Рентгенологическое обследование осуществлялось перед началом и на 12 месяце терапии с оценкой рентгенологических изменений методом Sharp в модификации van der Heijde.

Результаты. По данным УЗ у 79% (60 человек) пациентов на момент включения в исследование имелся «активный» синовит по ЭД, у 90% (68 человек) пациентов – в режиме СШ.

К 12-му месяцу терапии счет синовита по СШ снизился с 6,0 [4,0; 9,0] до 4,0 [2,0; 6,0], а по ЭД с 2 [1,0; 5,5] до 0 [0,0; 2,0] и признаки «активного» синовита по ЭД к 12 месяцу сохранялись у 36 пациентов (47%). Была обнаружена слабая корреляционная связь счета ЭД с развитием деструкции на 12-м месяце терапии: $r=0,23$; $p=0,04$.

Через 1 год у 10 больных (13%) РА выявлено рентгенологическое прогрессирование. В группе с прогрессированием через 1 год сумма эрозий увеличилась с 0,5 [0; 3] до 4 [2; 8], счет сужений суставных щелей – с 66 [56; 96] до 71,5 [60; 102] и суммарный счет – с 66 [56; 99] до 78 [62; 105]. Выраженность воспаления по ЭД у больных с рентгенологическим прогрессированием была выше, чем без него. При проведении ROC-анализа также было подтверждено, что полное отсутствие активного синовита по ЭД к 12-му месяцу лечения ассоциировалось с отсутствием рентгенологического прогрессирования.

При помощи многовариантной логистической регрессии создана прогностическая модель для определения вероятности рентгенологического прогрессирования к году наблюдения, которая показала, что сохранение ЭД на 12 месяце наблюдения обуславливало увеличение шанса выявления эрозий к году в 1,83 раза. В модель вошли также показатели СОЭ на 12 месяце и ЧБС на 3 месяце. Данная модель продемонстрировала 98% чувствительность и 67% специфичность.

Заключение. Таким образом, обнаружена связь между УЗ показателями и рентгенологическим прогрессированием через год от начала наблюдения, что подтверждает значение воспаления, выявляемого при ЭД по данным УЗ. Однако, учитывая, что в модель вошли показатели сопоставимые по времени с конечной точкой, то можно говорить лишь о связи УЗ показателей, а не их прогностическом значении в течение года наблюдения, что очевидно связано с низким процентом прогрессирования за этот период.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТЕНЗИИ И ТАХИСИСТОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА

Алексеева С.В., Сушкова А.А., Облавацкий Д.В.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Помимо классического ИМ 1 типа существует группа больных с отсутствием атеротромбоза по данным коронарографии – ИМ 2 типа. Частота ИМ 2-го типа колеблется от 1,6% до 36,6% всех случаев ИМ. Это свидетельствует о сложности распознавания 2-го типа ИМ и об отсутствии достоверных критериев его диагностики.

Цель исследования. Оценить распространенность и клинические особенности ИМ 2 типа, развивающегося на фоне резкого повышения потребности миокарда в кислороде (гипертензия, тахисистолия).

Материалы и методы. Методом сплошной выборки изучены все истории болезни пациентов, госпитализированных в период с 01.01.2009 г. по 31.12.2018 г. в клинику кардиологии СЗГМУ им. Мечникова по поводу острого или перенесенного ИМ. Из общего количества обследованных пациентов с ИМ было выделено 2 группы больных: 1 группа – ИМ 2 типа, и, контрольная группа – ИМ 1 типа. Из общего числа больных ИМ 2 типа была выделена исследуемая группа пациентов, у которых ИМ 2 типа развился вследствие резкого повышения энергетических потребностей миокарда: на фоне гипертонического криза и/или тахисистолических нарушений ритма. Внутри исследуемой группы изучены клинические особенности течения ИМ 2 типа: характеристики болевого синдрома, данные ЭКГ и ЭХО-КГ, уровни кардиоспецифических ферментов, которые сопоставлялись с аналогичными данными контрольной группы.

Результаты и обсуждение. За 10-летний период наблюдения из 3975 случаев ИМ у 159 (4,0%) пациентов по результатам КАГ не было выявлено атеротромботических изменений сосудов сердца. В 68 случаях (42,7%) патогенез развития ИМ 2 типа был обусловлен резким повышением энергетической потребности миокарда: у 33 пациентов (48,5%) ИМ 2 типа развился на фоне гипертонического криза, у 25 больных (36,8%) – на фоне пароксизмальной тахикардии (ФП – 80%, ЖТ – 12%, синусовая и суправентрикулярная тахикардия – 8%), в 10 случаях (14,7%) – наблюдалось сочетание этих причин.

В клинической картине исследуемой группы пациентов типичные ангинозные боли присутствовали лишь в 40% случаев, против 67% пациентов контрольной группы ($p < 0,01$). В сравнении с группой ИМ 1 типа преобладали неспецифические жалобы в виде одышки – 12%, дискомфорта в груди – 9%, сердцебиения – 5% и сочетания этих жалоб – 28%. В 6% случаев ИМ 2 типа наблюдалось отсутствие любых кардиальных жалоб. Результаты ЭКГ в исследуемой группе в 72% были представлены очаговыми непроникающими изменениями без подъема сегмента ST, в 5% случаев – элевацией ST с последующей динамикой проникающих изменений, а в остальных 22% и вовсе не было отмечено достоверных ишемических изменений. Данные ЭХО-КГ в 38% – зоны гипокинезии, в 12% – акинезии, отсутствие зон нарушения локальной сократимости – 50%. Средние уровни тропонина в группе ИМ 2 типа – 476 пг/мл, что также достоверно ниже, чем в контрольной группе больных с ИМ 1 типа – 722 пг/мл ($p < 0,01$).

Выводы. Наиболее частая причина ИМ 2 типа обусловлена энергетическим дисбалансом в связи с развитием тахисистолии и гипертензии, что следует учитывать в дифференциальной диагностике.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ (ВБП)

Алексейчик С.Е.
Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Холестерин является ключевой молекулой метаболизма, которая обладает выраженным структурно-регуляторным потенциалом.

Цель работы. Выявить клинико-прогностическое значение гипохолестеринемии у пациентов с внебольничной пневмонией.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты, поступившие в УЗ «10 городская клиническая больница» г. Минска с диагнозом ВБП в период с 01.01.2017 по 31.12.2017, которым в первые 24 ч. от момента поступления определяли уровень общего холестерина (ОХ) ($n=845$). В зависимости от уровня ОХ все пациенты были разделены на 3 группы наблюдения: пациенты с гипохолестеринемией ($ОХ < 3,9$ ммоль/л) ($n=82$); пациенты с нормохолестеринемией ($3,9 \leq ОХ \leq 5,2$ ммоль/л) ($n=411$); пациенты с гиперхолестеринемией ($ОХ > 5,2$ ммоль/л) ($n=352$).

Результаты и обсуждение. У пациентов с ВБП гипохолестеринемия встречалась в 9,69% случаев. Пациенты с гипохолестеринемией достоверно чаще попадали в отделение ОИТР (25,61% [21] vs 1,46% [6] и 0% [0]) и находились на ИВЛ (6,1% [5] vs 0,24% [1] и 0% [0]). Среди данных пациентов чаще наблюдалась температура $>38^{\circ}\text{C}$ либо $<36^{\circ}\text{C}$ (71,95% [59] vs 38,12% [157] и 36,54% [129]), нарушение сознания (7,32% [6] vs 0,24% [1] и 0% [0]), частота дыхания более 20 в 1 мин (18,29% [15] vs 2,4% [10] и 2,27% [8]), ОДН II и III степени ($p<0,001$). У 56% пациентов гипохолестеринемия указывала на тяжелое течение внебольничной пневмонии, у 30% пациентов – на наличие приобретенного иммунодефицита и у 12% пациентов – на иммунодефицитное состояние на фоне злокачественных новообразований легких.

Была выявлена отрицательная корреляционная связь высокой степени между уровнем ОХ и количеством проведенных койко-дней ($r=-0,610$, $p<0,01$); корреляционная связь средней степени между уровнем ОХ и шкалой тяжести пневмонии CURB-65, степенью ОДН, уровнем гемоглобина ($r=-0,546$ ($p<0,01$), $r=-0,455$ ($p<0,01$), $r=0,490$ ($p<0,01$), соответственно).

Чувствительность (81,97 (95% ДИ 70,0 – 90,6) и специфичность (85,25 (95% ДИ 73,8 – 93,0) уровня общего холестерина при значении $<3,9$ ммоль/л в развитии тяжелого течения ВБП превосходит чувствительность и специфичность СРБ ($>50,2$ МЕ/л) и сопоставима со шкалой CURB-65 (>3).

Выводы. Снижение уровня ОХ $<3,9$ ммоль/л у пациентов с ВБП может являться критерием тяжелого течения заболевания и/или наличие приобретенного иммунодефицитного состояния.

АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Алиева К.К., Хикматова Н.К.

Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием эрозивного симметричного полиартрита в сочетании с системным иммуновоспалительным поражением внутренних органов. Ранний ревматоидный артрит (РРА) – условно выделяемая клинко-патогенетическая стадия РА с длительностью активного

синовита не более 1 года. Хотя основным иммунологическим маркером РА, входящим в его критерии, является ревматоидный фактор (РФ), однако в первые 3 месяца заболевания РФ выявляется лишь у 30% больных, а в первый год – только у 45%. В связи с этим для лабораторной иммунологической диагностики РРА исследуются новые серологические маркеры, представляющие собой антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП).

Цель исследования. Изучение значения АЦЦП в диагностике и прогнозировании течения РРА.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных РРА (из них 30 – женщин, средний возраст – $43,0\pm 5,1$ года) до начала базисной терапии. Длительность болезни составляла в среднем $10,4\pm 3,2$ месяца. Для характеристики активности РА использовали шкалу активности болезни DAS28. Оценивались показатели гемограммы, СОЭ, С-реактивного белка (СРБ). В сыворотке больных исследовалась концентрация АЦЦП и РФ. Для выявления АЦЦП использовали метод иммуноферментного анализа. Анализ проводили с помощью тест-системы DIASTAT (Axis Shield, Великобритания) в соответствии с инструкцией производителя. Положительным результатом выявления антител считалась концентрация АЦЦП в сыворотке больше 5 Ед/мл. Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы «STATISTICA for Windows (версия 5.5)».

Результаты. У большинства пациентов (29 человек 72,5%) активность была высокой ($>5,1$ балла), умеренная ($>3,2-\leq 5,1$ балла) наблюдалась у 11 человек (27,5%). Среди обследованных 26 человек (65%) были положительными по РФ, 32 (80,0%) – по АЦЦП. Выявлена достоверная положительная корреляционная связь между уровнями АЦЦП с одной стороны, и СРБ ($r=+0,36$), ВАШ ($r=+0,32$) – с другой, а также между уровнем АЦЦП и шкалой DAS28, включающей в формулу СОЭ ($r=+0,25/+0,34$). Корреляционная связь между титром РФ и всеми степенями активности заболевания была слабой ($<0,30$). Средний возраст АЦЦП (+) больных составлял $48,5\pm 7,1$ года. Частота выявления системных проявлений была более высокой у больных с АЦЦП(+) вариантом болезни (у 13 больных, 32,5%).

Выводы. Таким образом, наличие АЦЦП ассоциируется с более высокой активностью РА в дебюте заболевания и значительно более частым развитием внесуставных проявлений по сравнению с АЦЦП (-) пациентами. Уровень АЦЦП более значимо, чем титр РФ, коррелирует с активностью РА по индексу DAS28. То есть определение АЦЦП может быть полезным не только для ранней диагностики ревматоидного артрита, но и для прогноза тяжести заболевания, а так же развития системных проявлений РА.

СРАВНЕНИЕ ЗАВОДСКИХ РАЗМЕРОВ АОРТАЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА «ПЛАНИКС-Э» С ЗАРУБЕЖНЫМИ АНАЛОГАМИ

Андралойть И.Е.¹, Шумовец В.В.¹,
Курганович С.А.¹, Лысенко Е.Р.¹, Москаленко А.В.²,
Шкет А.П.³, Гринчук И.И.¹, Островский Ю.П.¹

¹Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,

²Завод «Электронмаш»,

³Республиканский клинический медицинский центр
при Управлении делами Президента РБ,
г. Минск, Республика Беларусь

Выбор и имплантация протеза адекватного размера имеет первостепенное значение. Имплантация протезов меньшего диаметра снижает эффект гемодинамической коррекции и увеличивает риск развития феномена «протез-пациент несоответствия» (ППН). Однако, отсутствие единых стандартов для клапанных измерителей и их отличие от посадочных размеров протезов делает выбор протеза сложным. Так же клапаны одного типоразмера разных производителей отличаются друг от друга.

Цель исследования. Оценка и сравнение технических характеристик аортальных механических протезов «Планикс-Э» с наиболее часто используемыми аортальными протезами в Республике Беларусь (РБ).

Материалы и методы. В исследование включены искусственные клапаны сердца (ИКС): Carbomedics Standard, Medtronic Open Pivot, St. Jude Medical Regent, МедИнж-2 и Планикс-Э.

Результаты. Истинные и заявленные производителем типоразмеры механических клапанов достоверно отличались между собой. Измерители, предлагаемые всеми производителями, как минимум на 20% меньше, чем наружные диаметры протезов. Выявлено несоответствие измерителей для одного и того же типоразмера. Показатели посадочного диаметра были близкими к данным, по которым можно было судить о маркировке протеза. На протезах Планикс-Э и St. Jude Medical Regent посадочный диаметр полностью соответствовал номеру протеза. Наружный диаметр ИКС Планикс-Э достоверно меньше в сравнении со всеми соответствующими типоразмерами исследуемых протезов, кроме Medtronic Open Pivot 23 и 25 размеров. У протезов Планикс-Э было наименьшим несоответствие внутреннего диаметра и маркировки завода производителя по сравнению со всеми исследуемыми протезами, кроме St. Jude Medical Regent. Геометрическая площадь отверстия (ГПО) самая большая в линейке на протезах

St. Jude Medical Regent ($p < 0,005$). ГПО протезов одного размерного ряда Планикс-Э была меньше только лишь по отношению к протезам St. Jude Medical Regent, а на протезах 19 и 21 размеров больше по отношению к остальным протезам на $17,19 \pm 4,71\%$ и $20,09 \pm 4,05\%$, соответственно.

Выводы. ИКС Планикс-Э сопоставимы с протезами St. Jude Medical Regent, которые являются золотым стандартом среди механических протезов и не уступают большинству современных механических протезов, а по некоторым показателям превосходят. Показатели посадочного диаметра были близкими к данным, по которым можно было судить о маркировке протеза. У протезов Планикс-Э несоответствие внутреннего диаметра и маркировки завода производителя было меньше по отношению ко всем исследуемым протезам, за исключением St. Jude Medical Regent. Посадочный и наружный размеры ИКС Планикс-Э меньше на 0,3-0,8 мм по сравнению с исследуемыми протезами, за исключением St. Jude Medical Regent. Это делает искусственные клапаны сердца Планикс-Э более выгодными при имплантации у пациентов с узким фиброзным кольцом.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТОВ С УЗКИМ ФИБРОЗНЫМ КОЛЬЦОМ

Андралойть И.Е.¹, Шумовец В.В.¹,
Курганович С.А.¹, Лысенко Е.Р.¹,
Москаленко А.В.², Шкет А.П.³,
Усс Н.Л.¹, Островский Ю.П.¹

¹Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,

²Завод «Электронмаш»,

³Республиканский клинический медицинский центр
при Управлении делами Президента РБ,
г. Минск, Республика Беларусь

Оптимальные гемодинамические показатели аортального протеза имеют очень важное у пациентов с узким аортальным кольцом. Поэтому у данной группы пациентов часто выполняется пластика фиброзного кольца с целью имплантации протеза большего диаметра.

Цель исследования. Оценка и сравнение ближайших и отдаленных гемодинамических показателей протезов, процесса ремоделирования левого желудочка у пациентов с узким фиброзным кольцом аортального клапана, которым выполнялась пластика корня аорты.

Материалы и методы. В исследование включено 56 пациентов (средний возраст $60,77 \pm 13,18$ лет), которые были прооперированы в период с апреля 2008 года по август 2017 год в РНПЦ «Кардиология». Показаниями к операции был аортальный стеноз (35,7%), аортальная недостаточность (21,4%) или комбинированный стеноз и недостаточность (42,9%). У 14,3% пациентов ранее выполнялись хирургические вмешательства на сердце. При пластике корня аорты наиболее часто использовалась заплатка биологического аллотрансплантата «Биокард». Проанализированы госпитальные и отдаленные результаты в зависимости от применяемого типо-размера протеза. В 98,2% пластика корня аорты выполнялась по методике Manouguian с использованием механических и биологических аортальных протезов 19-25 размеров. Для протезирования использовались протезы Carpentier-Edwards (C-E) PERIMOUNT Magna, Medtronic ATS, Medtronic Hancock, Sorin Carbomedics, St.Jude Medical Epic, МедИндж, Планикс-Э.

Результаты. Средний LosisticEuroScore составил $5,12 \pm 3,62\%$. Пластика корня аорты позволила имплантировать протез на размер больше от исходного диаметра фиброзного кольца. Наиболее часто расширение корня аорты выполнялось для имплантации протезов типо-размера 21 и 23 мм ($p=0,012$). Госпитальная летальность составила 16,1%, а общая летальность 23,2%. 3- и 5-летняя выживаемость составила $79 \pm 0,6\%$ и была выше среди пациентов с механическим протезом ($p=0,047$, $\chi^2=3,94$). Коррекция пороков митрального клапана и АКШ достоверно не влияли на летальность ($\chi^2=0,49$; 0,22). Отмечается достоверное снижение ММЛЖ ($p<0,001$). Достоверных различий гемодинамических показателей между исследуемыми протезами в госпитальном периоде не было выявлено ($p=0,358$). Эффект «протез-пациент несоответствие» (ППН) умеренной степени в отдаленном периоде наблюдался у 31,3% пациентов, тяжелой степени – 4,2%. Однако, гемодинамические показатели на протезах у данных пациентов соответствовали умеренному стенозу аортального клапана. Развитие феномена ППН умеренной степени у послеоперационных больных не влияло на отдаленную летальность ($p=0,364$, $\chi^2=0,825$).

Выводы. Имплантация протезов адекватного диаметра приводит к снижению градиента давления на уровне аортального кольца и увеличению ЭПО, а так же положительно влияет на функциональный статус пациентов. Однако расширение объема операции сопровождается увеличением госпитальной летальности у данной группы пациентов до 16,1%. Для определения дальнейшей клинической значимости развития умеренного и тяжелого феномена

ППН требуется сравнение данной группы пациентов с пациентами, которым при аналогичной патологии корня аорты было выполнено протезирование аортального клапана без реконструктивной операции на корне аорты.

ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ ЭНТЕЗОПАТИЙ АХИЛЛОВЫХ СУХОЖИЛИЙ С УРОВНЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФРАКЦИЙ ХОЛЕСТЕРИНА И КАЛЬЦИЯ КРОВИ

Аникина А.В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального исследовательского центра Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук, г. Новосибирск

Цель исследования. Изучение связи между уровнем холестерина, кальция крови и частотой развития энтезопатий ахиллова сухожилия.

Материалы и методы. Обследовано 25 человек в возрасте 45-76 лет (средний возраст 59 лет), обратившихся в клинику «НИИТГПМ-филиал ИЦиГ СО РАН» по поводу болей в области голеностопного сустава. Всем пациентам проводили рентгенографию одного или двух голеностопных суставов с акцентом на оценку выраженности кальциноза, развернутый биохимический анализ крови, включая микроэлементный состав.

Результаты и обсуждения. Выделено 2 группы: с уровнем общего холестерина выше и ниже 200 мг\дл. В первой группе (18 человек) отмечалось незначительное повышение уровня содержания кальция крови (выше 2,4 ммоль\л). Средний уровень холестерина липопротеинов невысокой плотности в этой группе равнялся 184 мг\дл, холестерина липопротеинов низкой плотности 166 мг\дл. Отложения кальция в месте прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости было выявлено у 12 человек (67% исследуемых).

Во второй подгруппе с меньшим содержанием в крови ОХС средний уровень фракций холестерина составил ХС-ЛНП=100мг\дл, ХСнеЛВП=118мг\дл. Уровень содержания кальция крови в этой группе был незначительно меньшим (2,3 ммоль\л). Энтезопатий в этой группе выявлено не было.

Выводы. В группе с более высоким уровнем холестерина различных фракций отмечается более высокий уровень кальция крови и более частое отложение кальция в местах прикрепления сухожилия к кости.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФАЦИЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИОМИНЕРАЛОПАТИЯМИ

Антонова И.Н., Донская О.С., Владимирова Л.Г.
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Диагностика нарушений процессов биоминерализации с помощью биоморфологических методов исследования ротовой жидкости для определения риска развития и прогнозирования течения биоминералопатий.

Материалы и методы. Для выявления особенностей кристаллографического рисунка периферической зоны фаций ротовой жидкости изучены образцы ротовой жидкости у 10 стоматологических пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ), у 10 пациентов с желчекаменной болезнью (ЖКБ), 8 пациентов со слюнокаменной болезнью (СКБ) и пациентов без системных биоминералопатий: с обильными отложениями зубного камня (ООЗК) – 7 человек и без обильных отложений зубного камня, составивших контрольную группу (К) – 5 человек. Образцы ротовой жидкости для исследования собирали утром до приема пищи в пластиковую пробирку 1,5-2 мл. Для выявления морфологической картины ротовой жидкости применяли метод клиновидной дегидратации ротовой жидкости с использованием диагностического набора «Литос-система». Капли на карте дегидратировались при неподвижности окружающего воздуха с относительной влажностью 55-60% и температуре 20-25°C на протяжении 18-24 часов. После завершения дегидратации получалась фация ротовой жидкости в виде высушенной пленки. Анализ структурообразующих элементов высушенной капли проводили с помощью медицинского стереомикроскопа МИКМЕД-5 фирмы ЛОМО в прямом свете. Исследованию подвергались натурные образцы высушенных капель (фации) и их фотографии, полученные при разных увеличениях в интервале от $\times 20$ до $\times 100$. Анализ включал изучение маркеров патологии в периферической зоне: прямые трещины; разветвленные трещины с одним узлом, двумя узлами, тремя узлами; аркадные остроугольные и дисковые.

Результаты и обсуждения. При анализе морфологической картины фаций ротовой жидкости у пациентов контрольной группы выявлено четкое разделение на центральную (кристаллическую) и периферическую (аморфную) зоны, биомаркеры патологии в периферической зоне не выявлялись. У

пациентов с ЖКБ в периферической зоне выявлены маркеры патологии – в основном прямые (42%) и разветвленные трещины (47%). У пациентов с МКБ установлено преобладание в периферической зоне прямых трещин (87%), разветвленные трещины встречались значительно реже (13%), чем у пациентов с ЖКБ. У пациентов с СКБ также в большинстве случаев выявлялись прямые трещины (44%), одинаково часто встречались аркадные остроугольные (17%) и дисковые (14%), а также разветвленные с одним узлом (14%). У пациентов с ООЗК группы сравнения исследование фаций ротовой жидкости показало наименее выраженные изменения в краевой зоне. Достаточно редко встречались прямые и совсем редко разветвленные трещины с одним узлом.

Изучение соотношения периферической и центральной зоны цельных фаций ротовой жидкости показало значительное увеличение периферической зоны у пациентов с СКБ ($23,48 \pm 0,96\%$), как относительно пациентов с другими биоминералопатиями ($6,03 \pm 0,53$, $5,58 \pm 0,49$ и $9,92 \pm 0,75\%$ у пациентов с МКБ, ЖКБ и МОЗК, соответственно) при $p \leq 0,001$, так и относительно обследованных группы сравнения без ООЗК ($10,95 \pm 1,63\%$) при $p \leq 0,001$.

Выводы. По результатам исследования установлена типичная графическая структура маркеров патологии в периферической зоне фации ротовой жидкости у пациентов с МКБ, ЖКБ и СКБ. Выявление качественных характеристик фаций ротовой жидкости, патогномичных для конкретного вида биоминералопатий, подтверждает информативность неинвазивного биоморфологического метода исследования ротовой жидкости для их диагностики.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ АЛГОРИТМ АНАЛИЗА ЛК-СПЕКТРОВ ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ОБРАЗЦАМ РОТОГЛОТОЧНОГО СМЫВА

Антонова И.Н., Донская О.С., Николаев А.И.
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Предложить альтернативный алгоритм анализа ЛК-спектров для неинвазивной диагностики заболеваний по образцам ротоглоточного смыва.

Материалы и методы. В исследование были включены 23 пациента с желчекаменной болезнью, 22 пациента с мочекаменной болезнью, 22 пациен-

та с слюнокаменной болезнью, 4 пациента с обильными зубными отложениями и 13 лиц контрольной группы. Материал для исследования – сыворотка крови и ротоглоточный смыв. Исследования проводили методом лазерной корреляционной спектроскопии на спектрометре лазерном корреляционном компьютеризированном ЛКС-03-«ИНТОКС». Применялся линейный дискриминантный анализ с пошаговым включением переменных, с помощью программы «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение. При исследовании систем с несимметричными анизотропными наночастицами следует приводить светорассеяние не к площади частицы, а к ее линейным размерам – показатели светорассеяния каждого канала, спектра делятся на радиус частиц, соответствующий этому каналу и в дальнейшем весь вновь полученный спектр приводится к 1. Для сокращения размерности данных был осуществлен анализ всего массива ЛК-спектров СК и РГС методом главных компонент (ГК) с варимаксным вращением (ВВ). В обоих видах спектра первые 12 ГК объясняли более 96% дисперсии, оставшиеся 4% были приняты за шумовую компоненту. На основе выделения наибольших значений величин факторных нагрузок ГК был составлен алгоритм преобразования первичных 32-канальных спектров ЛКС в 12-диапазонные путем расчета суммарных показателей светорассеяния в каждом диапазоне и нормировки их относительно суммарного показателя светорассеяния по всем 12 фиксированным диапазонам, принимаемого за 1 (100%). С помощью нескольких последовательных этапов ЛДА с пошаговым включением переменных в применении к спектрам ЛКС СК и РГС пациентов с биоминералопатиями можно провести достаточно эффективную дискриминацию заболеваний, как от здоровых лиц, так и между собой.

Выводы. Предложен алгоритм обработки ЛК-спектров СК и РГС, включающий нормирование спектров по количеству светорассеивающих частиц, редукцию размерности спектра с 32 до 12 и последовательную классификацию заболеваний методами линейного дискриминантного анализа. Выработанные правила классификации позволяют проводить диагностику заболевания по вновь полученным образцам сыворотки крови и/или РГС. Поскольку ЛДА сыворотки крови и РГС дает сходные результаты классификации по признаку «Заболевание», для целей диагностики можно обойтись только анализом РГС без забора образцов крови, однако, ЛДА совокупности данных по сыворотке крови и РГС позволяет повысить мощность классификации по признаку «Заболевание» по сравнению с анализом этих же данных по отдельности.

ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Антикеева Н.В., Вагнер Н.Е., Богданов В.С.
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Цель. Изучить распространенность вестибулярных нарушений (РВН) в Оренбургской области.

Методы. В «Кабинете головокружения» клиники медицинского университета (амбулаторная неврологическая помощь), на базе кафедры неврологии, медицинской генетики больницы им. Н.И. Пирогова (неотложная неврологическая помощь) проводилось обследование пациентов с головокружением по стандартным отоневрологическим и неврологическим методикам. Проводился анализ РВН на основании данных базы Оренбургского медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ). Методы медицинской статистики. Представляем собственные данные в период исследования (с 2011 по 2015 год).

Результаты. Официальная РВС низкая и составляет 0,0885-0,0727 на 1000 населения. Вестибулярный синдром в Оренбургской области шифруют только оториноларингологи, основной нозологической формой под этим шифром является болезнь Меньера. Другие шифры не используются. Неврологами вестибулярный синдром вовсе не шифруется. «Вестибулопатия», «Вестибулоатактический синдром» входит в структуру диагноза как синдромы, не уточняется их происхождение, соответственно в базе МИАЦ их нет. Вследствие этого теряются данные об общей распространенности этой нозологии. Анализ распространенности вестибулярных синдромов за 2010-2015 гг. в Оренбургской области показал лучшую ситуацию в Оренбургском районе, чем в других районах области. Вероятно, это связано с большей информированностью врачей этого района о достижениях в диагностике, близким расположением к областному центру и возможностью посещения научно-практических мероприятий в городе. Возрос процент диагностических случаев в Оренбургском районе и в г. Оренбурге на базе клиники университета «Кабинета головокружения», возможностью консультативного приема для жителей города и области. В неотложной неврологии диагностика за последние три года улучшилась. Несмотря на рост инсультов с локализацией в вертебрально-базиллярной системе (4,9 до 5,06%), ВАС (2,2 до 1,59%) дифференцируется врачами неврологами как острый вестибулярный синдром периферического генеза (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярный ней-

ронит и болезнь Меньера/меньероподобное состояние) (6,71 до 7,45%), мигрень с вестибулярной аурой (0,79 до 0,2%) и острый вестибулярный синдром недифференцируемый (0,63 до 0,14%). Что говорит о повышении уровня диагностики среди неврологов. Наибольшее количество пациентов с вестибулярный синдромом составляют пациенты с периферическим поражением вестибулярного аппарата.

Выводы. Официальная распространенность ВС в Оренбургской области занижена. Частыми проявлениями ВС в амбулаторной неврологии являются ДППГ, в неотложной неврологии – ДППГ и вестибулярный нейронит, инсульт с очагом в мозжечке и стволе головного мозга. Уменьшилось количество случаев не дифференцируемого ВС (в 5 раз).

Анализ распространенности и структуры нозологических форм вестибулярных нарушений показал улучшение качества диагностики в Оренбургской области за последние 3 года.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ ПРИ МИГРЕНИ

Аптикаева Н.В., Малахова Т.Е., Долгов А.М.
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Введение. Мигрень относится в первичной головной боли, критерии которой прописаны в Международной классификации головных болей (МКГБ) 2018 года.

Цель исследования. Провести корреляционный анализ между соотношением средней скорости быстрой к медленной фазе (СМФ) нистагма и некоторыми показателями нейропсихологического статуса (тревожностью, когнитивными функциями) при мигрени с головокружением.

Материалы и методы исследования. Обследованы 105 работоспособных пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, обратившиеся в Клинику ОрГМУ с жалобой на головную боль/головокружение. Помимо стандартного неврологического осмотра, проводилось отоневрологическое исследование научным руководителем. Использованы шкалы и опросники: тревожности (CES-D), визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ). Пациенты разделены на группы: 1 – с личностной тревожностью (ЛТ), 2 – без ЛТ. Всем пациентам проведена магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения очагового процесса, так как мигрень является диагнозом исключения. Результаты подвергнуты статистической обработке с использованием программы STATISTICA 8 for Windows.

Результаты исследования и обсуждение. 96% пациентам диагноз мигрень установлена впервые, 60% были обеспокоены повышенной раздражительностью, тревожностью, страхом приступа головной боли и головокружения. Давность мигрени – группе с ЛТ от 1 года до 20 лет (7,5±2,8), без ЛТ от 1 года до 10 лет (4,5±2,6). Интенсивность головной боли по ВАШ составила 5,5 баллов у пациентов с ЛТ и 4,5 балла – без ЛТ. Среднее снижение показателей ситуационной тревожности в группе с ЛТ составило 17,3 (95% ДИ 14,3-19,8; p=0,03), в группе без ЛТ-9,1 (95% ДИ 7,4-11,6; p=0,04).

Выводы. Оптимизация тактики ведения пациентов с мигрень-ассоциируемым головокружением должна проводиться согласно критериям Международной классификации головных болей 2013 года 3 бета версии. Включение опросников и шкал выявило легкую депрессию по CES-D у пациентов по ВАШ свыше 5,5 баллов при давности болезни 7,5±2,8 лет.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ

Аптикаева Н.В.², Зарипов Р.Ш.¹, Султанов Т.Ч.¹
¹Городская клиническая больница
имени Н.И. Пирогова,
²Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Актуальность. Распознавание расслаивающейся аневризмы аорты (РАА) – важная диагностическая составляющая для жизненного прогноза пациента.

Цель. Изучить особенности болевого синдрома и течения болезни для оптимизации диагностики РАА в многопрофильной больнице.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в два этапа: первый – ретроспективный анализ болевого синдрома, определение прогноза у пациентов с РАА, второй – описание клинического случая. Проводилось клиничко-неврологическое, ультразвуковое (УЗИ) и компьютерно-томографическое (КТ) исследование сосудов мозга и сердца у пациента мужского пола, 53 лет, экстренно доставленного в неврологическое приемное отделение ГАУЗ ГКБ им.Н.И. Пирогова г. Оренбурга с подозрением на инсульт. Описание клинического случая и алгоритма диагностики на уровне приемного отделения.

Результаты. Страдал артериальной гипертензией, курил, язвенной болезнью желудка, перенес холецистопанкреатит. Заболел остро, доставлен через 50 минут от начала возникновения боли в грудном отделе и по ходу позвоночного столба, через 10 минут

от начала заболевания появилась слабость в правой руке, левой ноге, затруднение дыхания). В психо-неврологическом статусе: находился в ясном сознании, критичен и адекватен на осмотр. Недоведение глазных яблок в крайние отведения. Лицо ассиметричное за счет опущения правого угла рта. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей D=S, с нижних конечностей D>S со снижением силы до 2 баллов в правой руке. Снижение болевой чувствительности в левой ноге и правой руке (рука с синюшным оттенком). Патологические симптомы отсутствуют. Менингеальных знаков не было. При выполнении УЗИ брюшного отдела аорты: брюшной отдел аорты на уровне конечных артерий, диаметр 22,5 мм – визуализируется двух-просветный кровоток, расслоение до бифуркации подвздошной артерии слева. Подключичная артерия справа – двух-просветный кровоток. УЗИ-признаки расслоения аорты. КТ-ангиография грудного отдела аорты: восходящий отдел аорты на уровне синусов Вальсавы расширен до 59 мм на протяжении 50 мм. На уровне отхождения плечеголового ствола диаметр аорты до 32 мм. На всем протяжении сканирования признаки расслоения аорты. КТ-признаки аневризматического расширения восходящего отдела грудной аорты с признаками расслоения на всем протяжении с распространением на брюшной отдел и отходящие ветви дуги (I тип по De Baesu). Гемиперикард. КТ головного мозга: срединные структуры не смещены. Цистерны мозга прослеживаются. Желудочковая система не расширена. Боковые желудочки ассиметричные (D<S). Субархноидальные борозды выражены. Целостность костей свода черепа сохранена. КТ-данных за ОНМК не получено. ЭКГ-синусовый ритм, ЧСС 80 в минуту. ЭОС не отклонена. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Синдром ранней реполяризации желудочков. ЭКГ через 7,5 часов: синусовая брадикардия. ЧСС 57 ударов в минуту. Вертикальная ось сердца. Признаки субэпикардального повреждения и ишемии по нижней стенке, элевация сегмента ST до 2 мм III, aVF, очаговые изменения с признаками субэпикардального повреждения и субэндокардиальной ишемии переднебоковой области, элевация сегмента ST в V3 до 10 мм, очаговые изменения с признаками субэпикардального повреждения и ишемии боковой стенки и верхушки. Горизонтальная элевация сегмента ST V4 до 5 мм, V5-V6 до 3 мм. Несмотря на проводимую неотложную и реанимационную терапию через 8 часов с момента начала проявления боли отмечался летальный исход. При патологоанатомическом исследовании выявлено, что просвет коронарных артерий не изменен, в 1 см от уровня клапанов косовосходящий разрыв интимы и меди аорты с отслоением адвентиции илившейся кровью от корня до бедренных артерий. Гемотампонада сердца.

Выводы. 1. Болевой синдром при РАА имеет особенности. 2. Оптимизация алгоритма диагностики расслаивающейся аневризмы аорты должна проводиться не в экстренно возникшей ситуации в неотложной неврологии, а на уровне амбулаторной помощи при проведении диспансеризации пациента.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аронова Е.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить выживаемость терапии у больных, впервые получающих ингибиторы ФНО-а или другие генно-инженерные биологические препараты (ритуксимаб, абатацепт, тоцилизумаб) и выявить предикторы прекращения терапии в течение первого года терапии.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 53 пациента, которым были впервые назначены генно-инженерные биологические препараты в период с 2010 по 2018 гг., с диагнозами: ревматоидный артрит (88,7%), анкилозирующий спондилит (9,4%) и псориатический спондилит (1,9%). Среди них было 10 мужчин и 43 женщины в возрасте от 18 до 71 года, медиана (25-75%) составила 38 лет (29,5-56%). 34 больным были назначены препараты группы ингибиторов ФНО-а и 19 больным – другие генно-инженерные биологические препараты (ритуксимаб, абатацепт и тоцилизумаб).

Результаты. В первый год с момента начала лечения терапия была прекращена у 70,6% больных, получавших препараты группы ингибиторов ФНО-а и у 57,9% больных, получавших другие генно-инженерные биологические препараты (ОР 1.22 [95% ДИ 0.79-1.89]). Максимальный срок наблюдения составил 7 лет (один случай в группе ингибиторов ФНО-а). Причинами прекращения терапии в обеих группах являлись первичная и вторичная неэффективность препарата (68%), развитие нежелательных реакций (20,8%) и административные причины (11,2%), частота их между обеими группами статистически не различалась.

Мы проанализировали основные демографические показатели и пришли к выводу, что пол, возраст и нозологический диагноз не являются предикторами отмены генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в обеих группах в течение первого года лечения.

Выводы. Наибольшая частота прекращения терапии происходит в течение первого года с момента начала лечения, что обуславливает необходимость наблюдения за пациентами в этот период. Основной причиной отмены ГИБП является их недостаточная эффективность. Между группами ингибиторов ФНО-а и другими ГИБП частота прекращения терапии статистически не различалась. Пол, возраст и нозологический диагноз не являются предикторами ранней отмены ГИБП в обеих группах.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Сигидин Я.А.¹

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научно-практический центр
имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Оценить переносимость терапии инфликсимабом у больных ревматоидным артритом в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В годовое исследование включено 135 пациентов (114 женщин и 21 мужчина) с ревматоидным артритом, достоверным по критериям Американской коллегии ревматологов (1987). В качестве базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) 105 пациентов получали МТ 7,5-25 мг/нед (в среднем 10,8 мг/нед), 23 пациента – другие БПВП, в том числе лефлуноמיד 20 мг/сут, сульфасалазин 2 г/сут, плаквенил 200 мг/сут, а также их комбинации. Семи больным ИНФ назначался без сопутствующих БПВП. 69 пациентов, помимо ИНФ, получали глюкокортикоиды (ГК) в средней дозе 6,9±2,9 мг/сут в пересчете на преднизолон. 22,2% пациентов выбыли из исследования в связи с первичной или вторичной неэффективностью инфликсимаба.

Результаты. Нежелательные явления были зарегистрированы у 28,1% больных. Относительно частыми нежелательными явлениями были инфузионные реакции, наблюдавшиеся в процессе введения препарата у 15 пациентов (т.е. в 11,1% случаев). Нежелательные явления, не требовавшие отмены препарата, были зарегистрированы у 4 пациентов (2,9%).

У 19 пациентов (14,1%) отмечались серьезные нежелательные эффекты, потребовавшие отмены инфликсимаба, и в одном случае зафиксирована гибель пациентки по причине, не связанной с лечением инфликсимабом (декомпенсация хронической почеч-

ной недостаточности вследствие вторичного амилоидоза). Среди серьезных нежелательных эффектов с наибольшей частотой встречались аллергические и анафилактические реакции (у 8 пациентов). Второе место по частоте возникновения занимали серьезные инфекционные осложнения на фоне терапии инфликсимабом, отмечавшиеся у 7 пациентов (5,2%). У двух пациенток (1,5%) мы наблюдали кардиологические симптомы на фоне инфузии инфликсимаба или вскоре после нее (мерцательная аритмия после первой инфузии ремикейда и боль в сердце без признаков патологии на ЭКГ, также возникшая после первой инфузии).

В двух случаях (1,5%) отмена инфликсимаба была связана с кожным поражением. У одной больной после 7-й инфузии появились псориазические бляшки в области локтевых суставов, которые в дальнейшем не прогрессировали. У другой пациентки после 2 инфузии развились симметричные язвы нижних третей голеней.

Мы рассмотрели частоту возникновения нежелательных явлений на фоне сочетания различных базисных противовоспалительных препаратов и инфликсимаба, а также на фоне монотерапии инфликсимабом. Достоверно больший процент нежелательных явлений отмечался на фоне сочетанной терапии лефлуномида и инфликсимаба (37,5%) как по сравнению с группой, получавшей комбинацию метотрексата и инфликсимаба ($p=0,01$), так и с группой монотерапии инфликсимабом ($p=0,06$). Между группами монотерапии инфликсимабом и сочетанной терапии (инфликсимаб+метотрексат) достоверных различий в частоте возникновения нежелательных явлений не выявлено ($p=0,4$).

Выводы. По данным нашего исследования можно констатировать удовлетворительную переносимость терапии инфликсимабом. Инфликсимаб безопасен для применения в реальной клинической практике, однако перед назначением терапии следует информировать пациентов о рисках возникновения нежелательных эффектов и необходимости осмотра ревматологом перед каждым введением препарата.

ХЕМОКИНЫ КАК БИОМАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Арсентьева Н.А., Бацунов О.К., Любимова Н.Е.

Научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель. Цитокины/хемокины – ключевые участники иммунопатогенеза воспалительных заболеваний. Они могут выступать в качестве биомаркеров

для диагностики, контроля течения заболевания и эффективности терапии. Проведенный ранее мультиплексный анализ содержания цитокинов/хемокинов в плазме крови больных хроническим вирусным гепатитом С позволил выявить комбинацию биомаркеров, значимых в иммунопатогенезе данного заболевания. Целью настоящей работы стало выявление специфичных цитокинов/хемокинов в плазме крови больных хроническими гепатитами различной этиологии: вирусного гепатита В и С, аутоиммунного гепатита и первичного билиарного цирроза.

Материалы и методы. Для исследования использовали плазму крови пациентов. Пациентов разделили на группы, в зависимости от этиологии заболевания: пациенты с хроническим гепатитом С (73 человека), хроническим гепатитом В (64 человека), аутоиммунным гепатитом (20 человек), первичным билиарным циррозом (32 человека). Контрольная группа состояла из практически здоровых лиц (37 человек). В плазме крови определяли концентрацию TNF α и хемокинов CCL20, CXCL9, CXCL10, CXCL11 с использованием xMAP технологии на приборе MagPlex Luminesx. Для статистической обработки данных применяли методы непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Содержание TNF α в группе пациентов с хроническим гепатитом С в 1,5 раза, а в группе пациентов с первичным билиарным циррозом в 3 раза превышают значения в контрольной группе ($p \leq 0,0001$). При этом наблюдаются достоверные различия между группами пациентов с хроническим гепатитом С и пациентов с первичным билиарным циррозом ($p \leq 0,05$). Концентрации хемокинов CXCL9 и CXCL10 в обследованных группах больных значительно превышают уровни контрольной группы. Содержание CXCL9 более чем в 2 раза выше в группе пациентов с хроническим гепатитом С и более чем в 5 раз превышает значения контроля в группах пациентов с хроническим гепатитом В, пациентов с аутоиммунным гепатитом и пациентов с первичным билиарным циррозом ($p \leq 0,0001$). CXCL11 более чем в 2 раза выше в группе пациентов с хроническим гепатитом С и пациентов с первичным билиарным циррозом по сравнению с контролем ($p \leq 0,0001$). В остальных группах значимых различий не обнаружено. Уровень CCL20 в группе пациентов с хроническим гепатитом С превышает значения контрольной группы и значения в группе пациентов с хроническим гепатитом В ($p \leq 0,05$).

Выводы. Таким образом, комбинация биомаркеров на основе цитокинов, выявленная с помощью мультиплексного анализа: TNF α , CCL20 и CXCL11 является специфичной для группы больных с хроническим гепатитом С, что подтверждает полученные нами данные о роли этих хемокинов в патогенезе хронического гепатита С и значимости в прогрессировании фиброза печени.

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА СИСТЕМУ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Асфандиярова Н.С.¹, Пономарева И.Б.¹,
Киселев Р.С.², Палванов А.А.¹, Рубцова М.А.¹

¹Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,

²Областная клиническая больница,
г. Рязань

Цель исследования. Изучить влияние никотина на систему клеточного иммунитета у больных заболеваниями легких.

Материал и методы исследования. Обследовано 27 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) I-IV ст. (все мужчины, 69 \pm 2 года, ИК 20-40 пачко-лет), 17 больных раком легкого (15 мужчин, 2 женщины, 61 \pm 4 года, ИК 20-30 пачко-лет) и 20 лиц контрольной группы аналогичного пола и возраста без вредных привычек и наличия заболеваний органов бронхо-легочной системы. Систему клеточного иммунитета характеризовали реакция бласттрансформации лимфоцитов периферической крови (РБТЛ) в ответ на ФГА и никотин, также оценивали супрессорную активность простагландин синтезирующих клеток (ПГСК).

Результаты и обсуждение. У пациентов ХОБЛ установлено снижение пролиферативной активности лимфоцитов периферической крови в ответ на митоген на всех стадиях патологического процесса, однако, при I стадии ХОБЛ, снижение не достигает статистически значимых величин (66,7 \pm 3,4% vs. 57,0 \pm 4,9%, $p > 0,05$), В то же время у больных с более выраженными нарушениями оксигенации крови, пролиферативная активность лимфоцитов снижена более значительно ($p < 0,001$). Данное нарушение ассоциировано с повышением активности супрессорных ПГСК и сопровождалось более частыми обострениями. При этом у больных ХОБЛ III, IV ст., пролиферативная активность лимфоцитов в ответ на ФГА сопоставима с показателями больных раком легкого: 43,5 \pm 1,8% vs 44,8 \pm 2,6%, соответственно.

Добавление никотина в культуру клеток крови совместно с ФГА у большей части пациентов как с ХОБЛ, так и раком легкого, а также у лиц контрольной группы сопровождалось снижением уровня пролиферации лимфоцитов (ХОБЛ: 49,4 \pm 3,2% vs. 36,5 \pm 2,4%, $p < 0,01$; рак легкого 44,8 \pm 2,6%, vs. 34,5 \pm 3,7%, $p < 0,05$). Иммуносупрессивный эффект никотина может быть обусловлен активизацией холинергического сигнального пути. Вместе с тем, в трети случаев во всех исследуемых группах от-

мечалось его стимулирующее влияние. Причина стимулирующего влияния никотина на функциональную активность лимфоцитов и значимость его влияния на клиническое течение заболеваний легких остается неясной.

Выводы. Снижение показателей клеточного иммунитета обуславливает развитие инфекционных обострений у больных ХОБЛ. Никотин снижает пролиферативную активность лимфоцитов периферической крови в ответ на фитогемагглютинин у 2/3 больных заболеваниями легких (ХОБЛ, рак легкого), что может быть обусловлено активизацией холинергического сигнального пути. У трети пациентов выявляется иммуностимулирующий эффект никотина при одновременном добавлении к культуре клеток никотина и ФГА. Причина стимулирующего влияния никотина на РБТЛ и значимость его влияния на клиническое течение заболеваний легких остается неясной.

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ NAMPT В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.,
Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Папичев Е.В.
Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель. Изучить уровень NAMPT в сыворотке крови больных ревматоидным артритом в зависимости от активности заболевания.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 140 женщин с достоверным диагнозом ревматоидный артрит (РА), из них было 96 женщин и 44 мужчины. Средняя длительность заболевания РА составила $6,81 \pm 0,63$ лет.

Контрольная группа состояла из 20 женщин и 10 мужчин в возрасте от 22 до 55 лет без жалоб на боли в суставах в течение жизни. Пациенты с РА были сопоставимы по возрасту с группой здоровых лиц (женщины $p > 0,1$, мужчины $p > 0,1$).

При постановке диагноза РА мы руководствовались клинической классификацией, принятой на заседании EULAR/ACR 2010 г. (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology).

В связи с зависимостью уровня NAMPT от ИМТ в исследование были набраны только пациенты с ИМТ от 18,5-24,9 кг/м².

Уровень NAMPT в сыворотке крови определялся непрямой твердофазным иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест систем (RaiBiotech, cat№EIA-VIS-1).

Результаты. Средний уровень NAMPT в сыворотке крови у здоровых лиц составил $2,43 \pm 0,17$ нг/мл ($M \pm m$). Средний уровень NAMPT у больных с РА составил $6,27 \pm 0,18$ нг/мл, что достоверно выше показателей здоровых лиц ($p < 0,001$).

При I степени активности заболевания по DAS28 (11 (7,86%) пациентов) средний уровень NAMPT составил $4,94 \pm 0,02$ нг/мл ($M \pm m$), при II степени активности заболевания (42 (30,0%) пациентов) – $5,08 \pm 0,02$ нг/мл, при III степени активности (87 (62,1%) больных) – $6,82 \pm 0,23$ нг/мл (достоверность различий между группами $p < 0,001$, достоверность различий с контрольной группой – $p < 0,001$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что средний уровень NAMPT у больных с РА достоверно выше показателей здоровых лиц. Высокий уровень NAMPT у больных с РА был характерен для пациентов с более высокой степенью активности.

ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА

Ашурова Д.Т., Мамбеткаримова М.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности неврологического статуса и нейросонографических показателей новорожденных у женщин с эпилепсией.

Материалы и методы. В основу ретроспективного и проспективного исследования были положены данные 25 беременных женщин с эпилепсией и рожденных от них детей. Подавляющее большинство женщин были в возрасте до 30 лет – 82,3%, средний возраст составил $27,33 \pm 2,3$ лет. Длительность заболевания эпилепсией в исследуемой группе, составила в среднем $12,4 \pm 0,63$ лет. Из всех обследованных беременных 15 женщин были подготовлены эпилептологом к беременности и регулярно наблюдались совместно эпилептологом и акушером-гинекологом в процессе беременности (1 группа). 10 женщины были с незапланированной беременностью, взятые под наблюдение эпилептологом и акушером-гинекологом на различных сро-

ках беременности и не прошедших предгравидарную подготовку.

Все обследованные были с верифицированным диагнозом эпилепсии и состояли под наблюдением в женских консультациях по поводу беременности различных сроков.

Результаты исследования. В результате частого развития у беременных с эпилепсией фетоплацентарной недостаточности (52%) наиболее частыми осложнениями со стороны плода являются: хроническая внутриутробная гипоксия – 40%, синдром ЗВРП – 12%.

Гипоксические изменения нервной системы были выявлены у 28% новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией.

Согласно нашим исследованиям у 10 (40%) обследованных детей выявлялись стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, короткопалость, гемангиома, низко расположенные ушные раковины, сходящееся косоглазие, паховая грыжа, короткая шея, дефект межпредсердной перегородки.

Среди врожденных пороков развития у 8% новорожденных встречались: расщепление верхней губы и неба, пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки), дефекты нервной трубки и мочеполовой системы.

Микроаномалии в виде лицевого дизморфизма обнаружены у 4 новорожденных; в единичных случаях выявлены: дополнительная хорда в предсердии, незаращение межжелудочковой перегородки, папилома ушной раковины; у 1 новорожденного – сочетание лицевого дизморфизма и гемангиомы (на фоне приема матерью во время беременности вальпроатов 1500 мг/с). Частота микроаномалий у новорожденных составила 10% от всех родивших женщин с эпилепсией. Они выявлены у новорожденных, матери которых принимали карбамазепин, вальпроаты, барбитураты.

Выводы. 1. Прием противосудорожных препаратов во время беременности вносит свой вклад в развитие плода и стигм дизэмбриогенеза. Так у 10% новорожденных была зарегистрирована ЗВУР, а у 28% гипоксические изменения нервной системы. 2. У детей, рожденных от матерей, страдающих эпилепсией, имеется больший риск развития соматических мальформаций или аномалий и достигает в наших исследованиях 10%. Врожденные пороки развития встречались у 8% новорожденных. 3. При выборе АЭП для терапии во время беременности необходимо учитывать относительный тератогенный потенциал АЭП (развитие врожденных аномалий и влияние на дальнейшее когнитивное развитие) и эффективность АЭП в отношении приступов во время беременности в зависимости от формы эпилепсии.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

Бабаева Е.Р.¹, Михальченко С.В.²,
Линева О.И.³, Кирилина Л.В.¹

¹Самарский областной клинический
кардиологический диспансер,

²Министерство здравоохранения Самарской области,

³Самарский государственный
медицинский университет,
г. Самара

Цель исследования. Оптимизация модели междисциплинарного взаимодействия на этапах: прегравидарной подготовки, ведения беременности и родов, с учетом современных тенденций, маршрутизации и выполнения клинических протоколов.

Актуальность данной проблемы обусловлена высокой частотой выявления нарушений ритма и проводимости сердца у беременных, что диктует необходимость четкого междисциплинарного взаимодействия.

Материалы и методы. Изучена структура нарушений ритма и проводимости у женщин Самарской области, осложнения беременности, родов и состояние новорожденных на основе анализа базы данных единой мониторинговой системы СОККД, статистической документации за 20 лет и единого электронного документооборота, созданного в КАДС СОККД. Проанализировано качество прегравидарной подготовки и соответствие оказания медицинской помощи требованиям Приказа МЗ РФ от 1.11.2012 г. №572н, адаптированного к региональным условиям, клиническим протоколам и рекомендациям.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что частота нарушений ритма и проводимости сердца у беременных в Самарском регионе составляет 13-15% в структуре патологии сердечно-сосудистой системы. Структура нарушений ритма представлена следующим образом: экстрасистолия – 55-60%; WPW – 11-14%; пароксизмальная тахикардия – 16-17%; атриовентрикулярная блокада – 5-7%; миграция водителя ритма – 3-8%; пароксизмальное трепетание предсердий – 0,7-1%. Радикальная коррекция нарушений ритма включала выполнение РЧА до наступления беременности (7-15%) и имплантацию ЭКС (0,7-1,3%).

Всем женщинам проведено обследование: ЭКГ, ЭХОКГ, СМАД, Холтер ЭКГ, УЗИ плода, УЗИ МПК ФПК, консультации специалистов (кардиолога, аритмолога, акушера-гинеколога). В КАДС проводится трехкратный скрининг по триместрам

беременности. Для каждой женщины подобрана индивидуальная схема ведения беременности, определена необходимость назначения или коррекции антиаритмической терапии. Анализ возможных гестационных осложнений и их ранняя профилактика позволили значительно снизить частоту их развития.

Основное внимание в регионе уделяется диспансеризации женщин фертильного возраста, прегравидарной подготовке на уровне амбулаторно-поликлинического звена, выполнении рекомендаций специалистов кардио-акушерского дневного стационара (КАДС) СОККД. Внедрение данной системы привело к получению стойкого медико-экономического эффекта.

Выводы. Проведена оценка качества оказания медицинской помощи на базе КАДС СОККД женщинам фертильного возраста и беременным с нарушениями ритма и проводимости сердца в соответствии с современной стратегией междисциплинарного взаимодействия, разработанной в регионе маршрутизацией, выполнением клинических рекомендаций и протоколов с анализом развившихся гестационных осложнений.

Таким образом, научно обоснованная программа междисциплинарного взаимодействия, системы мониторинга и электронного документооборота является основой для преемственности в работе специалистов амбулаторно-поликлинического и стационарного профиля, направленной на охрану репродуктивного здоровья семьи в свете решения задач Национального проекта «Здоровье».

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Бабакехян М.В., Чижова О.Ю., Белоусова Л.Н.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести оценку назначения антикоагулянтной терапии пациентам с ФП в зависимости от имеющегося риска развития ЖКК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 больных с ФП, средний возраст 73,8±9,86, госпитализированных на терапевтическое отделение клиники СЗГМУ им. И.И. Мечникова в период с ноября 2018 г. по февраль 2019 г. У всех больных рассчитаны степень риска развития ЖКК по шкале HAS-BLED и степень риска развития ТЭ по шкале CHA2DS2-VASc.

Результаты и обсуждение. Высокий риск развития ТЭ был установлен у всех больных с ФП. У 61,7% (21) больных диагноз ФП присутствовал анамнестически, но антикоагулянтная терапия при поступлении отсутствовала у 45% (9) больных с длительным стажем ФП, 11 (55%) человек принимали не витамин К оральные антикоагулянты.

Заболевания пищеварительного тракта выявлены у 17 (56,7%) больных, причем у 6 (35,3%) диагностированы впервые, а у 11 (64,7%) – присутствовали в анамнезе. У 50% (15) больных с ФП был рассчитан незначительный риск развития ЖКК по шкале HAS-BLED, 40% (6) из них – пациенты, имеющие заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из 15 больных (50%) с высоким риском ЖКК, 11 (73,3%) с патологией органов пищеварения.

Анализ кала на скрытую кровь был проведен всем больным с высоким риском ЖКК (положительный результат у 1 пациента). Проведение фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) предполагалось 15 пациентам. У 92,3% (12) по результатам ФЭГДС не обнаружено эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ, в связи с чем принято решение об продолжении либо инициации антикоагулянтной терапии. У 1 (7,7%) больного с высоким риском ЖКК выявлено обострение язвенной болезни желудка, и временно прекращена антикоагулянтная терапия.

Выводы. 45% больных с длительным стажем ФП и высоким риском развития ТЭ не получают антикоагулянтную терапию. При высоком риске развития ЖКК всем больным с ФП целесообразно проведение теста на скрытую кровь в кале. В случаях отрицательного результата можно рекомендовать назначение антикоагулянтной терапии без проведения ФЭГДС.

АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бадалянц Д.А., Хагуш А.Л., Оганезова И.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Хронические диффузные заболевания печени, практически всегда сопровождаются признаками вегетативной дисфункции и астении различной степени выраженности, которые мало подвержены спонтанному обратному развитию. Формирование астенических расстройств сопряжено с риском утяжеления соматического заболевания, приводит к снижению важных параметров

адаптации (трудоспособность, физическое и социальное функционирование) и качества жизни.

Цель исследования. Оценить выраженность астенического синдрома, синдрома вегетативной дисфункции и их влияние на параметры качества жизни у больных циррозами печени.

Материалы и методы. Проведено анкетирование пациентов, госпитализированных для лечения в больницу Петра Великого с установленным диагнозом «Цирроз печени». Всего было обследовано 19 пациентов, среди них 8 мужчин (42%) и 11 женщин (58%) в возрасте от 28 до 77 лет. Средний возраст обследованных составил 54,95 года. На всех пациентов заполнялась анкета, где регистрировались текущие жалобы, данные анамнеза, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Все пациентам были предложены психометрические опросники. Для оценки выраженности тревоги и депрессии использовали опросник HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии). Для диагностики астении использована шкала астенических состояний (ШАС), разработанная Л.Д. Майковой в адаптации Т.Г. Чертовой. На основе опросника А.М. Вейна определяли наличие и выраженность синдрома вегетативной дисфункции (СВД). Для выявления признаков печеночной энцефалопатии пациенты выполняли тест связывания чисел Рейтана (ТСЧ). Для оценки качества жизни использовали опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey). Состояние физического здоровья оценивали по шкалам ролевого физического функционирования (Role-Physical), физического функционирования (Physical Functioning), боли (Bodily Pain) и общего здоровья (General Health). Состояние психологического здоровья оценивали по шкалам ролевого эмоционального функционирования (Role-Emotional), жизнеспособности-энергичности (Vitality), психологического здоровья (Mental Health) и социального функционирования (Social Functioning). Статистическая обработка данных проведена с использованием программы STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение. Среднее время выполнения теста Рейтана составило 85,16 сек, что соответствует печеночной энцефалопатии 1-2 стадии. По данным проведенного анкетирования установлено, что выраженность астении у пациентов, страдающих циррозом печени, составила 49,15 баллов, что выше популяционной нормы (37,22 балла), частота выявления астении составила 42%. Астенический синдром был более выражен у пациентов с высокими уровнями тревоги ($r=0,88$, $p<0,05$) и депрессии ($r=0,62$, $p<0,05$). Средняя сумма баллов по шкале Вейна составила 20,36 ед., что свидетельствует о наличии признаков вегетативной дисфункции у пациентов (норма не более 15 баллов), частота выяв-

ления СВД составила 47%. СВД был более выражен у пациентов с высокими уровнями тревоги ($r=0,78$, $p<0,05$) и депрессии ($r=0,71$, $p<0,05$).

При исследовании качества жизни выявлено значительное снижение показателей (по сравнению с условной нормой) практически по всем шкалам. Особенно существенно различались показатели ролевого физического функционирования (59,47 vs 86), физического функционирования (28,95 vs 84), самооценки общего здоровья (60,79 vs 84), энергичности (53,68 vs 76) и социального функционирования (46,05 vs 75). По результатам корреляционного анализа выявлены сильные зависимости между самооценкой физического здоровья и выраженностью астено-вегетативных расстройств. Самооценка ролевого физического функционирования была достоверно ниже у пациентов с высокими уровнями тревоги ($r=-0,79$, $p<0,05$) и депрессии ($r=-0,54$, $p<0,05$). Выявлена аналогичная зависимость между показателями физического функционирования и выраженностью астении ($r=-0,89$, $p<0,05$) и СВД ($r=-0,79$, $p<0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных циррозом печени формируется астено-вегетативный синдром, оказывающий значимое влияние на показатели качества жизни, что затрудняет выполнение пациентами повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы и снижение ее качества.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СД 1 И 2 ТИПА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Балбек А.Ф., Репинская И.Н.,
Доля Е.М., Примышева Е.Н.
Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости поражения органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при СД 1 и 2 типа и особенности течения при наличии сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Для изучения проблемы использованы результаты анализа 156 историй болезни пациентов СД 1 и СД 2 с различной патологией ЖКТ, которые проходили обследование и лечение на базе эндокринологического отделения ГБУЗ РК «РКБ имени Н.А. Семашко». В зависимости от типа СД все пациенты разделены на 2 группы. Обработка данных осуществлялась в программах Microsoft Excel и MedStat.

Результаты и обсуждение. Обследовано 46 чел. с СД 1 типа, из них 29 мужчин, 17 женщин со стажем заболевания более 1 года. Средний возраст составил $45,5 \pm 2,23$ лет. Индекс массы тела (ИМТ) $25,05 \pm 0,72$ кг/м². Среди всех пациентов 24 человека (52,1%) курильщики, выкуривающие от 10 сигарет до 1,5 пачек. Среди пациентов наблюдались следующие патологические состояния: 21 человек (45,6%) страдают артериальной гипертензией (АГ), с целью понижения артериального давления (АД) пациенты получали гипотензивную терапию в различных комбинациях; 9 человек (19,5%) страдают хроническим пиелонефритом (ХП), купируют обострение воспалительного процесса посредством антибактериальной терапии. В результате исследования выявлено, что у пациентов СД 1 патология верхних отделов ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), гастропатия, язвенная болезнь) составляют 47,7%. Диагноз хронического панкреатита (ХП) установлен у 12 пациентов (26,0%). Существует корреляционная связь между хроническим панкреатитом и гастропатией на уровне значимости $p=0,02$. Патология печени и желчного пузыря (ЖП) составляет 60,7%. Из всех пациентов СД 1 56,5% (n=26) госпитализированы в отделение в состоянии умеренного и выраженного кетоза, что свидетельствует о нарушении дезинтоксикационной функции печени. Все пациенты указывают на частые эпизоды ацетона в моче в течение года, вследствие нарушения питания, редко приема алкоголя. Исследовались 110 пациентов с СД 2 типа, из них, 42 мужчины и 68 женщин со стажем заболевания более 1 года. Средний возраст $62 \pm 1,6$ лет. ИМТ $30,2 \pm 0,65$ кг/м². Из всех пациентов СД 2 курильщиков 34,5% (n=38) человек. Среди сопутствующих заболеваний отмечались: АГ 98 человек (89,9%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) 59 человек (53,6%), хронический пиелонефрит 35 человек (31,8%). Пациенты с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией в постоянном режиме получают гипотензивную терапию: антиагреганты и статины, а пациенты с ХП – антибиотики при обострении процесса. Патология ЖКТ у пациентов СД 2 разнообразна: заболевания печени и ЖП составляют 47,1%, а патология пищевода, желудка и 12-перстной кишки – 49,0%. При эндоскопическом исследовании выявлена эритематозная гастропатия, при этом уреазный тест отрицательный в 83% случаев, что связано с приемом антиагрегантов, антибактериальных препаратов по поводу имеющейся сопутствующей патологии со стороны сердца и почек.

Выводы. Патология ЖКТ встречается у пациентов СД 1 и СД 2 с неудовлетворительными показателями углеводного обмена и в состоянии декомпенсации. У больных СД 1 типа наблюдается поражение не только верхних отделов ЖКТ, но и печени в связи

с нарушением диеты, приемом алкоголя, курением. У пациентов СД 2 отмечается рост заболеваемости верхних отделов ЖКТ, что связано с применением антиагрегантов и статинов по поводу имеющейся патологии сердца, а также применением антибиотиков во время обострения ХП. Патология желудка, кишечника и печени у больных СД усугубляют течение самого заболевания, удлиняют процесс наступления компенсации и снижают эффективность специфического лечения СД.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Барбухатти К.О., Бабешко С.С., Шумков Д.И.

Научно-исследовательский институт –
Краевая клиническая больница №1
имени профессора С.В. Очаповского,
г. Краснодар

Частота встречаемости аортального стеноза (АС) с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) по данным различных авторов составляет от 4,3% до 13% от числа всех оперированных пациентов по поводу АС. Летальность без хирургии достигает 90% в течение 6-12 месяцев. Однако, риск оперативного лечения по сравнению с пациентами с сохранной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ, безусловно, выше. Именно поэтому эта группа больных сегодня вызывает множество дискуссий в плане возможности и необходимости хирургического лечения.

Цель исследования. Изучить непосредственные и отдаленные результаты протезирования АК у пациентов с резким снижением ФВ ЛЖ, частоту и характер послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Материалы и методы. С 2005 г. по 2018 г. (декабрь) в НИИ ККБ №1 г. Краснодара выполнено 145 операций изолированного протезирования АК пациентам с ФВ ЛЖ менее 30%. В группе преобладали мужчины – 118 человека (81%). Средний возраст составил $59,1 \pm 9,2$ лет (от 32 до 77 лет). Большинство пациентов (83%) относились к III-IV ФК недостаточности кровообращения (НК) по NYHA, и у 51% больных имела место высокая легочная гипертензия. У подавляющего большинства больных (70%) был атеросклеротический генез порока, и у 24% порок развился на фоне врожденного двухстворчатого АК. Среднее значение ФВ ЛЖ по группе составило $22,6 \pm 5,3\%$. Средний пиковый градиент на АК – $72,2 \pm 22,4$, средний градиент – $44,4 \pm 13,5$.

Результаты. В ранний срок после операции умерло 3 пациента (госпитальная летальность 2,1%). В структуре нелетальных осложнений госпитального периода доминировали миокардиальная слабость (73%), дыхательная недостаточность (4%), а также почечная дисфункция (6,2%). К моменту выписки из стационара большинство больных отметили значительное клиническое улучшение, и 73% больных имели признаки недостаточности кровообращения I-IIА стадии по NYHA. Также произошло достоверное увеличение СИ (по данным измерения катетером Swan-Ganz) с $1,7 \pm 0,3$ до $2,9 \pm 0,6$ ($p=0,001$), а к моменту выписки увеличилась и ФВ ЛЖ до $35,8 \pm 11,0\%$ ($p=0,02$). Отдаленные результаты изучены у больных, оперированных с 2005 года по декабрь 2017 года. Минимальный срок наблюдения составил 12 месяцев, максимальный – 12 лет. Средний срок наблюдения – 81 мес. Полнота наблюдения составила 81%. В отдаленном периоде умерло 7 человек (летальность 7,2%). 2 человека умерли от последствий ОНМК, 1 – от прогрессирования сердечной недостаточности, 1 – от онкологического заболевания, 1 – от дисфункции механического протеза вследствие тромбоза, 1 – от ТЭЛА, и одна причина осталась невыясненной. Ни один из пациентов не был повторно оперирован на открытом сердце. Актурная свобода от ОНМК и больших сердечно-сосудистых событий составила 70% и 55% соответственно. По данным ЭхоКГ произошла нормализация ФВ ЛЖ $50,2 \pm 12,2\%$, КДР – $53,1 \pm 11,4$ мм ($p<0,05$). Большинство пациентов (97%) оценивают свое качество жизни как хорошее, и клинически имеют признаки НК I-II ФК по NYHA.

Выводы. Протезирование АК у пациентов с аортальным пороком сердца и ФВ ЛЖ менее 30% является эффективным методом лечения, позволяет обеспечить хорошие непосредственные и отдаленные результаты, уменьшает ФК недостаточности кровообращения и приводит к значительному улучшению качества жизни пациентов.

БЕССИМПТОМНЫЕ И СИМПТОМНЫЕ ИНСУЛЬТЫ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Барноева С.Б., Султанов С.С.
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цели и задачи. Оценить взаимосвязь фибрилляции предсердий (ФП) с «бессимптомными» ишемическими инсультами и оценить взаимосвязь между ишемическими инсультами и ФП бессимптомного течения.

Материал и методы. В исследование включены 186 пациентов, которые проходили обследование и лечение в РНЦЭМП Бухарский филиал неотложном неврологическом отделении, в период 2017-2018 г. (75 мужчин и 111 женщин), средний возраст 64 года. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли пациенты со всеми формами ФП, не переносившие инсульт/транзиторные ишемические атаки (ТИА) в анамнезе, во 2-ю группу были включены пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, ТИА, ишемическим инсультом/ТИА в анамнезе без ранее диагностированной ФП и с ранее диагностированной ФП. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование. В 1-й группе всем пациентам выполнялось МРТ головного мозга без контрастирования, во 2-й группе для выявления нарушений ритма сердца у пациентов без ФП проводилось 72-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Результаты. В первой группе у 24% (22 из 91) больных был выявлен «бессимптомный» инсульт, из них у 13% (12 из 22) выявлен 1 перенесенный инсульт, у 11% (10 из 22) – более одного инсульта. Из 22 пациентов с «бессимптомным» инсультом только 14% (3 из 22) принимали варфарин, при том лишь у одного пациента МНО находилось в диапазоне от 2 до 3; 1 пациент (4.5%) принимал комбинацию аспирина с клопидогрелем. Важно отметить, что большая часть пациентов первой группы имели высокие баллы уровня риска развития инсульта с (2 балла – 18% (16 из 91), 3 балла – 19% (17 из 91), 4 балла – 24% (22 из 91), 5 баллов – 23% (21 из 91), 6 баллов – 4% (4 из 91), 7 баллов – 3% (3 из 91)). Во второй группе у 23% (11 из 47) больных были выявлены эпизоды ФП, длительностью до 30 с по данным суточного мониторирования ЭКГ. Среди пациентов, перенесших ОНМК/ТИА, с длительным анамнезом ФП, лишь 2% (1 из 48) принимали варфарин, однако дезагреганты принимали 25% (12 из 48) пациентов.

Заключение. У пациентов с ФП, имеющих низкий уровень риска развития тромбоэмболических осложнений, важно исключать бессимптомные формы перенесенного ишемического инсульта. В связи с этим исследование с помощью КТ и МРТ головного мозга должно быть включено в рутинную практику обследования таких больных. Это позволит вовремя назначать профилактическую антикоагулянтную терапию и снизить риск развития повторного инсульта и, как результат, снизить уровень смертности. Пациентам, перенесшим ОНМК по ишемическому типу, необходимо проводить длительное 72-часовое мониторирование ЭКГ для риск исключения преходящих нарушений ритма (ФП). Это позволит улучшить диагностику бессимптомных форм ФП и своевременно принять меры по предотвращению развития повторного инсульта.

ОГРАНИЧЕННАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ И ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Белова Е.А., Ключарева С.В.

Северо-Западный государственный университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести клинико-эпидемиологическое исследование ограниченной склеродермии и выявить наиболее часто встречающуюся сопутствующую соматическую патологию.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 108 больных (7 мужчин и 101 женщина) с различными формами ограниченной склеродермии.

Результаты и обсуждение. Продолжительность заболевания у преобладающего большинства колебалась от 4 до 20 лет, у 11 человек – менее 4 лет, а у 3 – более 20 лет. По данным анамнеза у 108 больных провоцирующими факторами развития болезни являлись: психо-эмоциональные стрессы – у 20 человек (18,5%), простудные заболевания – у 21 (17,8%), переохлаждения – у 9 (7,6%), инфекционные заболевания – у 17 (15,7%), травмы (ушибы, ранения) – у 7 (5,9%), контакт на производстве с химическими веществами – у 7 (5,9%), менопауза – у 19 (18%), укусы клеща – у 3 (2,5%). У 75 пациентов была диагностирована очаговая бляшечная склеродермия, у 4 линейная склеродермия, у 20 – атрофодермия Пазини-Пьерини, у 4 – склероатрофический лишай Цумбуша и 1 пациентка с буллезной ОСД. Показательна обращаемость больных в связи с прогрессированием склеродермического процесса весной и осенью, что можно связать с метеорологическими условиями (влияние влажности, температурных колебаний), большим числом простудных заболеваний и обострением фокальных инфекций.

Выявлено, что у 34 больных отягощающими факторами явились эндокринные заболевания (сахарный диабет – у 27 человек, диффузный нетоксический зоб – у 6 человек, аденома гипофиза – у 1 пациентки), хронические инфекции (хронический тонзиллит – у 9 человек, хронический холецистит – у 7 человек, хронический аднексит – у 11 женщин, хронический синусит – у 3 пациентов).

Кроме того, выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронаро-кардиосклероз) – у 16 больных, ожирение – у 14 человек, бронхиальная астма – у 2 человек, заболевания нервной системы – у 13 больных, гастродуоденит – у 11 человек. Почти у половины наблюдаемых больных (47 человек) отмечались яв-

ления астенизации. Первичная локализация очагов ограниченной склеродермии: волосистая часть головы – 2, шея – 7, туловище – 53, верхние конечности – 11, нижние конечности – 18. Появлению высыпаний предшествовали парестезии (спонтанные покалывания, чувство ползания мурашек). Как правило, преобладали многоочаговые формы ограниченной склеродермии: до 3 очагов – у 8, от 3 до 5 – у 37, более 5 – у 63 пациентов. Следует отметить, что у 5 пациентов с атрофодермией Пазини-Пьерини необходимо было проводить дифференциальную диагностику с парестетической ноталгией в связи с схожестью клинической картины. Эти больные обследовались и лечились в неврологическом отделении, к дерматологу были направлены для верификации диагноза.

Выводы. Таким образом, ограниченная склеродермия является довольно часто встречающейся патологией в практике врача-дерматовенеролога, однако нередко пациенты с этим заболеванием могут обращаться и к другим специалистам. Необходимо учитывать, что предрасположенность к развитию ОСД может реализоваться под воздействием различных неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов, наиболее часто в качестве причин выступают действие низких температур, механические травмы, контакт с химическими веществами на производстве, а также нейроэндокринные изменения. Дебют заболевания приходится на трудоспособный возраст (от 30 до 50 лет).

ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Белодедова А.С.¹, Федорова Т.Ф.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Санкт-Петербургская клиническая больница
Российской Академии Наук,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка недостаточности питания при болезни Вильсона-Коновалова и уровня оксидативного стресса в зависимости от степени поражения печени при болезни Вильсона-Коновалова.

Материал и методы. Группа исследования – 21 пациент (9 мужчин и 11 женщин; возраст от 18 до 59 лет) с болезнью Вильсона-Коновалова, имеющие различную степень поражения печени: хронический гепатит – у 7 (33,3%), цирроз печени – у 14 (66,6%). Группу контроля составили здоровые лица в возрасте от 18 до 59 лет, без дефицита массы тела и ожирения, не имеющие заболевания печени.

Всем участникам исследования были проведены антропометрия с определением роста, веса и индекса массы тела (ИМТ), а также исследование состава тела с помощью биоимпедансного анализатора «Диамант АИСТ». Оценка уровня оксидативного стресса проводилась по определению малонового диальдегида в крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Результаты и обсуждение. ИМТ соответствовал норме у 13 (62%) пациентов, недостаточности питания – у 5 (24%). Избыточная масса тела установлена в 3 случаях (14%). Среди пациентов с хроническим гепатитом недостаточность питания была выявлена лишь у одного пациента (14,2%), у 2 (28,6%) – избыточная масса тела, 4 пациента имели нормальную массу тела (57,2%). Среди пациентов с циррозом печени 4 (28,6%) пациентов имели недостаточность питания, из них 3 пациента имели недостаточность питания 1 степени, 1 пациент – 2 степени; 9 пациентов (64,3%) имели нормальную массу тела, 1 (7,1%) пациент имел избыточную массу тела.

При оценке статуса питания 16 пациентов имели нормальный % жировой массы, 2 пациента имели повышенный % жировой массы, 3 пациента имели низкий % жировой массы; 5 пациентов имели дефицит активной клеточной массы. Среди пациентов с хроническим гепатитом лишь 1 пациент имел дефицит активной клеточной массы, в то время как среди пациентов с циррозом печени 4 имели дефицит активной клеточной массы.

Известно, что малоновыйдиальдегид (МДА) является маркером повреждения клеточных мембран и одним из наиболее информативных маркеров окислительного стресса. Чем сильнее выражена степень поражения печени, тем выше уровень МДА. Уровни малоновогодиальдегида между группой контроля и группой исследования оказались статистически не значимыми. Средний уровень МДА у пациентов группы исследования составил 0,55 нмоль/мл; уровень МДА у группы контроля – 0,4 нмоль/мл. Однако, уровень малоновогодиальдегида у пациентов с циррозом печени был достоверно выше, чем у пациентов с хроническим гепатитом – средний уровень МДА у пациентов с циррозом печени (n=14) составил 0,65 нмоль/мл, тогда как у пациентов с хроническим гепатитом (n=7) уровень МДА составил 0,34 нмоль/мл.

При снижении мышечной массы уменьшается активная клеточная масса, что является неблагоприятным прогностическим фактором для развития и прогрессирования хронического гепатита и цирроза печени у больных болезнью Вильсона-Коновалова.

Выводы. Большинство пациентов с циррозом печени при болезни Вильсона-Коновалова имеют недостаточность питания, преимущественно за счет дефицита активной клеточной массы, в большей сте-

пени, чем жировой массы, а так же достоверно более высокий уровень МДА. Недостаточность питания и оксидативный стресс оказывают негативное влияние на течение болезни Вильсона-Коновалова.

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Бердовская А.Н.¹, Яроцкая В.В.¹,
Самосюк Н.С.¹, Гузаревич В.Б.²

¹Гродненский государственный
медицинский университет,

²Гродненская областная
детская клиническая больница,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель. Анализ особенности течения, диагностики и лечения тромбоцитопений у детей Гродненской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 124 историй болезни детей с тромбоцитопениями, госпитализированных в стационар УЗ «ГОДКБ» с 2010 по 2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Мальчики составили 59%, девочки – 41%. Чаще тромбоцитопении диагностированы у дошкольников (26,2%), реже у детей младшего (22,1%) и старшего школьного возраста (6,4%). Новорожденные составили 0,9%, младенцы – 17,2%, дети преддошкольного возраста – 17,2%.

В 62% случаев тромбоцитопения клинически проявилась в виде сухой формы с генерализованной петехиальной сыпью (68%). Локально обнаруживались геморрагии следующих локализаций: на нижних (32%), либо верхних конечностях (9,3%), в области лица (2,6%), туловища (2,6%), слизистых (5,3%).

При «влажной» форме наблюдались носовые (76,5%), десневые (5,9%) и желудочно-кишечные кровотечения (5,9%).

Лабораторная картина выявила следующие изменения: изолированная тромбоцитопения диагностирована в 40,1%. В остальных случаях сопутствовали следующие изменения: анемия – 27,1%, лейкоцитоз – 11,5%, лейкопения – 8,2%, нейтрофилез – 4,9%, нейтропения – 3,3%, относительный лимфоцитоз – 13,9%, моноцитоз – 4,9%, эозинофилия – 6,6%, ускоренная скорость оседания эритроцитов – 15,6%.

Степени тяжести тромбоцитопении при поступлении в стационар: тяжелая – 56%, средняя – 29%, легкая – 15%.

В 95,1% случаев тромбоцитопения являлась основным диагнозом, в 4,9% – сопутствующим.

Все детей получали базисную терапию в виде ограничительного режима, гипоаллергенной диеты, устранения фактора, повлекшего заболевание. 42% детей назначены антигистаминные препараты, 39% – внутривенный иммуноглобулин, 21% – антибактериальная терапия, 16% – глюкокортикоиды (из них 85% парентеральное и 15% энтеральное ведение препарата). 7% детей потребовалось введение тромбоконтрата. Внутривенный иммуноглобулин вводился в средней дозе 0,4 мг/кг в течение 3-5 дней.

Среднее количество койко-дней составило 10,8±6,9. При выписке из стационара в результате проведенного лечения у 87,5% детей наблюдалась положительная динамика. Остальным детям потребовалась консультация республиканских специалистов для уточнения тактики ведения.

Выводы. 1. В 95,1% случаев тромбоцитопения являлась основным диагнозом. 2. 40,1% детей имели изолированную тромбоцитопению, в 59,9% наблюдались другие изменения гемограммы в виде анемии, нейтропении, нейтрофилеза, моноцитоза, лимфоцитоза, ускорения скорости оседания эритроцитов. 3. 39% детей потребовалась иммунокорректирующая терапия внутривенным иммуноглобулином, 16% глюкокортикоидами. 4. В 87,5% случаев отмечалась положительная динамика.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ

Бизяева Д.М.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить клинические проявления цереброваскулярной патологии у людей с фенотипическими проявлениями дисплазии соединительной ткани, так как недифференцированный синдром дисплазии соединительной ткани (НДСТ) – распространенное и недостаточно изученное заболевание, одним из проявлений которого является развитие цереброваскулярной патологии. В настоящее время клиническое многообразие цереброваскулярных симптомов дисплазии соединительной ткани изучено недостаточно, что затрудняет разработку программы по диагностике, лечению и реабилитации данных пациентов.

Материалы и методы. Были обследованы 12 пациентов с фенотипическими проявлениями НДСТ в возрасте – 20-52 года, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» и СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за 2018 год. Проводился ретроспективный анализ данных историй болезни и результатов дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий.

Результаты и обсуждение. У 100% обследованных были выявлены гемодинамически значимые аномалии сосудов головного мозга: гипоплазия позвоночной артерии у 3 (25%), аневризма передней соединительной артерии у 2 (16,6%), отсутствие задней соединительной артерии – 1 (8,3%), передняя трифуркация ВСА – 1 (8,3%), S-образная извитость ВСА – 2 (16,6%), диссекция ВСА – 1 (8,3%), удвоение задней соединительной артерии – 1 (8,3%), стеноз устья позвоночной артерии – 1 (8,3%).

У 33,3% обследованных наблюдалась острая цереброваскулярная патология.

У 100% выявлены признаки дисфункции вегетативной системы по

«Опроснику для выявления вегетативных изменений (Вейн А.М., 1998 г.)». У 66,4% по «Анкете оценки нервно-психической устойчивости (ЛВМА им. С.М. Кирова)» выявлена высокая вероятность нервно-психических срывов. У 50% по тесту «Тревожность и депрессия (Ю.Л. Ханин, 1976)» выраженная психическая напряженность, тревожность, депрессия.

Выводы. Наличие фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани у пациентов может быть ассоциировано с вариантами развития магистральных артерий головного мозга и предрасполагать к развитию острых и хронических форм цереброваскулярной патологии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА

Богданов А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Городская больница №40,
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

По данным ВОЗ, анемический синдром выявляется у 1/3 популяции. Более половины анемий обусловлены абсолютным (железодефицитные ане-

мии) или относительным дефицитом железа (анемии хронических заболеваний). Дефицит железа при различной патологии (сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, злокачественные опухоли, воспалительные болезни кишечника, хирургические заболевания) выявляется у 30-80% пациентов, негативно влияет на течение и прогноз, что требует своевременной диагностики и адекватного лечения.

Железодефицитные анемии (ЖДА) – наиболее распространенная форма анемии во всех регионах мира, ее основными причинами являются потеря и повышенный расход железа (кровотечения, беременность) и снижение его поступления (пищевой дефицит, малабсорбция). Анемии хронических заболеваний (АХВЗ) в развитых странах занимают второе место по частоте и обусловлены различными причинами (злокачественные опухоли, хронические инфекции, аутоиммунные заболевания). Основу патогенеза АХВЗ составляет повышение концентрации провоспалительных цитокинов и гепсидина, что приводит к блокаде железа в клетках макрофагальной системы («гепсидиновый блок») с развитием относительного дефицита железа. В последние годы установлено, что в большинстве случаев, особенно у пожилых пациентов, имеется сочетание ЖДА и АХВЗ.

Лабораторные показатели диагностики дефицита железа включают ряд параметров (эритроцитарные индексы, сывороточное железо, ферритин, трансферрин и его сатурация, абсолютное количество ретикулоцитов, растворимый рецептор трансферрина, концентрация гемоглобина в ретикулоцитах, ферритиновый индекс). Современный алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики ЖДА и АХВЗ включает определение ферритина, сатурации трансферрина, растворимого рецептора трансферрина, ферритинового индекса и С-реактивного белка. В зависимости от соотношения показателей диагностируют ЖДА, АХВЗ или их сочетание.

Основным средством лечения ЖДА остаются традиционные пероральные препараты железа. При их неэффективности, а также при АХВЗ и сочетании ЖДА и АХВЗ используют современные препараты железа для парентерального введения, позволяющие преодолеть «гепсидиновый блок». В последние годы в практику внедрено сукросомальное (липосомальное) железо, которое представляет собой наносферу из слоя эфира сахарозы и слоя фосфолипидов, содержащую пирофосфат железа. Липосомальная технология меняет фармакокинетику, снижает токсичность, предотвращает преждевременный распад и инактивацию препарата. Многочисленными исследованиями доказана

эффективность сукросомального железа при различном генезе ЖДА, АХВЗ и их сочетании (беременность, хроническая болезнь почек, солидные опухоли, воспалительные заболевания кишечника, целиакия, аутоиммунный атрофический гастрит, хирургические заболевания), не уступающая препаратам для парентерального введения.

Таким образом, ЖДА, АХВЗ и их сочетание – наиболее частая форма патологии человека. Методы диагностики и дифференциальной диагностики включают определение ферритина, сатурации трансферрина, растворимого рецептора трансферрина, ферритинового индекса и С-реактивного белка.

Основным методом лечения ЖДА является прием пероральных препаратов железа. При их неэффективности, а также при АХВЗ и сочетании ЖДА и АХВЗ используют парентеральные препараты железа и сукросомальное железо.

ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

Болдуева С.А., Леонова И.А., Феоктистова В.С.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Согласно данным крупных регистров последних лет, в 6-13% случаев развитие инфаркта миокарда (ИМ) происходит в отсутствие обструктивного поражения коронарных артерий. Данная категория пациентов вызывает очень много вопросов относительно механизма развития у них заболевания, его осложнений и прогноза, а главное – стратегии лечения и профилактики.

В связи с неуклонным ростом сердечно-сосудистых заболеваний и большими экономическими затратами государства, связанными с диагностикой, лечением и профилактикой данной патологии, весьма актуальным становится вопрос дифференциальной диагностики при ИМ без обструкции коронарных артерий (ИМБОКА). От причин возникновения ИМБОКА зависит лечебная тактика и профилактические мероприятия. В реальной клинической практике после постановки диагноза ИМБОКА пациентам редко выполняются процедуры, уточняющие причины заболевания. Такая ситуация, с одной стороны, приводит к тому, что пропускается атеросклеротическое поражение коронарных артерий (КА) и больной не получает со-

ответствующих рекомендаций по лечению и профилактике, что может способствовать развитию сердечно-сосудистых осложнений и сердечно-сосудистой смертности. С другой стороны, не устанавливается иная, нежели атеросклероз, причина ИМБОКА, например, миокардит или тромбофилия, что также приведет к отсутствию этиологического лечения и развитию повторных сердечно-сосудистых событий или осложнений заболевания. Не случайно в европейских рекомендациях от сентября 2017 года появился раздел, касающийся ИМБОКА.

Принимая во внимание гетерогенность коронарных (разрыв атеросклеротической бляшки, спазм, спонтанная диссекция коронарной артерии, микроваскулярные нарушения, коронарная эмболия, тромбофилия, диссекция аорты) и некоронарных (миокардиты, синдром Такоцубо, кардиомиопатия, травма сердца, тахикардия, воздействие кардиотоксических веществ) причин возникновения ИМБОКА необходим комплексный подход к проведению дифференциальной диагностики при ИМБОКА, который позволил бы в дальнейшем выбрать правильную тактику ведения больного.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЫЛЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бондарчук В.И.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва

Цель исследования. Совершенствование и разработка более эффективных методов рефлексотерапии в реабилитации пациентов с пылевой сенсibilизацией атопической формы бронхиальной астмы (ПСАФБА) и внедрения их в широкую амбулаторную, стационарную клиническую практику и реабилитации в медицине представляется весьма актуальной.

Материалы и методы. Проведены исследования у группы амбулаторных и стационарных пациентов неврологического и терапевтического профиля. Всем пациентам проводилось клиническое, параклиническое обследование, рефлексодиагностика и мануальная диагностика. Нами совершенствован, успешно апробирован и внедрен в широкую амбулаторную и стационарную кли-

ническую практику более физиологичный, высокоэффективный и экономичный метод корпоральной рефлексотерапии (КРТ) и аурикулярной рефлексотерапии (АРТ). Сеансы обследования и реабилитации пациентов с (ПСАФБА) проводили ежедневно, в основном, в утренние часы. Во время одной процедуры использовали от 3 до 8 точек (КРТ) и (АРТ). Время экспозиции (КРТ) и (АРТ) игл составляло в среднем от 30 до 35 минут. На курс лечения проводили от 5 до 10 сеансов. Выбор (КРТ) и (АРТ) точек, местных, сегментарных, отдаленных, их сочетание и зоны микроаккупунктурных систем акупунктуры определялись общим состоянием пациента, данными клинического, параклинического исследования, показателями рефлексодиагностики и мануальной диагностики. Наиболее эффективными акупунктурными точками воздействия для купирования приступа бронхиальной астмы и при курсовом лечении, по нашим наблюдениям, являются следующие (КА) точки: ST 36; KI 5, KI 6, KI 7; SP 6; PC 3; LV 1, LV 2; HC 6; LU 1, LU 5, LU 7, LU 9; GV 20; KI 7; CV 17; LI 4 и другие; (АА) точки: AP 12, AP 13, AP 14, AP 15, AP 16, AP 51, AP 55, AP 71, AP 72, AP 78, AP 82, AP 95 и другие. При наличии у пациентов сопутствующей патологии в рецептуру дополнительно включали соответствующие симптоматические (КРТ) и (АРТ) точки. У некоторых пациентов, при необходимости, проводили повторные 1-2 курса реабилитации с перерывом в 1-4 недели.

Результаты. При анализе клинических, параклинических данных, рефлексодиагностики и мануальной диагностики отмечено, что положительная динамика и купирование приступа бронхиальной астмы у большинства пациентов отмечалось на 1-2 процедуре (КРТ) и (АРТ). Полностью исчезновение патологической симптоматики к концу курса реабилитации и значительное улучшение отмечено у 78% пациентов, улучшение – у 20% пациентов. У 2% пациентов была необходимость в проведении повторных 1-2 курсов реабилитации. При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе пациентов и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки реабилитации. Проведение сеансов (КРТ) и (АРТ) осуществляется асептично, безболезненно, является эффективным, переносится пациентами хорошо. Побочных отрицательных реакций у всех пациентов отмечено не было.

Заключение. Использование метода (КРТ) и (АРТ) является высокоэффективным в реабилитации пациентов с (ПСАФБА). Метод (КРТ) и (АРТ) соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, удобство в экс-

плуатации и конкурентоспособность позволяет широко использовать его в амбулаторных, стационарных условиях и при реабилитации. Представляется перспективным дальнейшее использование (КРТ) и (АРТ) в реабилитации пациентов с различными клиническими вариантами бронхиальной астмы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИЕЙ И АНЕМИЕЙ ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Бондарчук С.В., Ковалев А.В.,
Поляков А.С., Носков Я.А.**

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести сравнительный анализ газового состава венозной крови у пациентов с нефрогенной анемией и анемией при гемобластозах.

Материалы и методы. Было отобрано 30 пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП 5), проходящих гемодиализ и получавших эритропоэзстимулирующую терапию, и 21 пациент с анемией при гемобластозах, получавших гемотрансфузионную терапию донорскими эритроцитами. Были оценены показатели общего анализа крови, газового состава венозной крови.

Результаты и обсуждение. Медиана гемоглобина у пациентов с ХБП 5 составила 105 г/л, анемия легкой степени тяжести диагностирована у 26 пациентов (87%), у 3 пациентов (10%) – анемия средней степени тяжести, у 1 пациента отсутствовал анемический синдром. Медиана SvO_2 составила 62,3%, при этом лишь у 18 (60%) пациентов уровень SvO_2 констатирован $\geq 60\%$. Получена статистически значимая корреляционная связь между уровнем гемоглобина и содержанием кислорода в венозной крови.

В группе пациентов с гемобластозами медиана уровня гемоглобина до трансфузии составила 67 г/л, венозной сатурации – 39,1%. После трансфузии медиана уровня гемоглобина составила 87,5 г/л, венозной сатурации – 46%. Медиана общего объема трансфузий составила 600 мл. На фоне проведения трансфузий отмечалось повышение гемоглобина в среднем на 20,5 г/л, 7 (33%) пациентов

достигли уровня $SvO_2 \geq 60\%$. Статистически значимой корреляционной взаимосвязи между уровнем гемоглобина и показателями газового состава венозной крови до и после проведения трансфузий не выявлено ($p > 0,1$).

Выводы. По результатам сравнительного анализа газового состава венозной крови установлено, что пациенты с нефрогенной анемией в большей степени адаптированы к анемическому, общепринятый целевой уровень гемоглобина (100-110 г/л) позволяет избегать тяжелых осложнений, однако не во всех случаях способен в достаточной мере обеспечить потребность в O_2 у пациентов. Гемотрансфузионная терапия пациентов с анемиями при гемобластозах эффективна, однако сохраняющаяся гипоксия периферических тканей требует продолжения гемотрансфузий для достижения уровня гемоглобина 90 г/л. Анализ газового состава венозной крови для определения показаний к коррекции анемического синдрома более чувствителен у пациентов с нефрогенной анемией.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Боровицкий В.С.

Филиал Туберкулезная больница –
Медицинская санитарная часть №43,
г. Кирово-Чепецк

Цель. Выявить частоту сопутствующей патологии при туберкулезе с ВИЧ-инфекцией в пенитенциарном противотуберкулезном учреждении.

Материалы и методы. 363 осужденных, поступивших на лечение в региональное лечебное исправительное учреждение (ЛИУ). Методы диагностики сопутствующей патологии: клинические, рентгенологические, микробиологические и функциональные.

Результаты. Заболевания кожи и слизистых у 33,9% (ДИ: 29,2-38,9), поражение органа зрения у 31,1% (ДИ: 26,5-36,0), неврологическая патология у 28,4% (ДИ: 23,9-33,2), заболевания ЖКТ у 19,3% (ДИ: 15,5-23,6), заболевания суставов и костей у 18,7% (ДИ: 15,0-23,0), ЛОР-органов у 17,1% (ДИ: 13,5-21,2), болезни сосудов у 15,2% (ДИ: 11,7-19,1), психические нарушения у 8,0% (ДИ: 5,5-11,1), последствия травм головного мозга у 6,1% (ДИ: 3,9-

8,9), болезни мочеполовой системы – 5,2% (ДИ: 3,3-7,9), болезни органов дыхания (кроме туберкулеза) у 5,8% (ДИ: 3,7-8,6), стоматологическая патология у 3,3% (ДИ: 1,8-5,6), эндокринная патология и болезни сердца по 1,4% (ДИ: 0,5-3,0).

Выводы. В местах лишения свободы больные туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией имеют разнообразную сопутствующую патологию. Наиболее часто данные пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении дерматолога и невролога.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Боровицкий В.С.

Филиал Туберкулезная больница –
Медицинская санитарная часть №43,
г. Кирово-Чепецк

Цель. Выявить частоту и характер сопутствующей патологии при туберкулезе в пенитенциарном противотуберкулезном учреждении.

Материалы и методы. 206 осужденных (ВИЧ-отрицательные), поступивших на лечение в региональное лечебное исправительное учреждение (ЛИУ) с диагностированной инфильтративной формой туберкулеза легких. Методы диагностики сопутствующей патологии: клинические, рентгенологические, микробиологические и функциональные.

Результаты. Поражение органа зрения выявлено у 40,8% (ДИ: 34,2-47,6, 84/206), заболевания ЖКТ у 27,2% (ДИ: 21,4-33,6, 56/206), заболевания кожи и слизистых у 21,8% (ДИ: 16,6-27,9, 45/206), неврологическая патология и заболевания суставов и костей по 21,4% (ДИ: 16,2-27,4, 44/206) каждый, ЛОР-органов у 17,0% (ДИ: 12,3-22,6, 35/206), последствия травм головного мозга у 13,1% (ДИ: 9,0-18,2, 27/206), болезни сосудов у 10,7% (ДИ: 7,0-15,5, 22/206), болезни мочеполовой системы – 9,2% (ДИ: 5,8-13,8, 19/206), болезни сердца 7,8% (ДИ: 4,7-12,1, 16/206), психические нарушения у 7,3% (ДИ: 4,3-11,5, 15/206), болезни органов дыхания (кроме туберкулеза) у 2,4% (ДИ: 0,9-5,3, 5/206), эндокринная патология у 1,0% (ДИ: 0,2-3,2, 2/206) и стоматологическая патология у 0,5% (ДИ: 0,0-2,4, 1/206).

Выводы. В местах лишения свободы больные туберкулезом без ВИЧ-инфекции имеют в качестве сопутствующей патологии наиболее часто заболе-

вания органа зрения (40,8%), ЖКТ (27,2%), кожи и слизистых (21,8%).

ВОЗМОЖНОСТЬ СКРИНИНГА НА ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Боровицкий В.С.

Филиал Туберкулезная больница –
Медицинская санитарная часть №43,
г. Кирово-Чепецк

Цель. Выявить клинические признаки туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов в амбулаторных условиях с максимальной чувствительностью и специфичностью.

Материалы и методы. 206 (ВИЧ-отрицательные) и 363 (ВИЧ-положительные) осужденных поступивших с 1999 по 2017 годы на обследование в региональное лечебное исправительное учреждение (ЛИУ) впоследствии с диагностированным туберкулезом. Методы исследования: клинические, рентгенологические, микробиологические и функциональные. Статистические методы: простая логистическая регрессия и множественная логистическая регрессия. Сравнение диагностических признаков между собой проводилось на основе расчета площади под каждой ROC-кривой.

Результаты. Были выявлены признаки с максимальной чувствительностью и специфичностью. Чувствительность обнаружения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией для жалобы на слабость – 61,2%, специфичность – 57,3%, кашля с мокротой – 67,8 и 51,0%, клинического проявления микоза при визуальном осмотре – 95,6 и 80,6%, гепатомегалии – 48,8 и 100%, лимфаденопатии – 50,4 и 100,0%, совместное сочетание данных клинических проявлений – 94,6% и 81,9% соответственно. Процент правильно классифицированных случаев по данной модели составляет – 88,93%, при площади под кривой ROC (AUC) – 0,963 (Среднеквадратическая ошибка – 0,007, 95% интервал доверия – от 0,944 до 0,977), что говорит об отличном качестве модели.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных пациентов в качестве скрининга на туберкулез в амбулаторных условиях возможно использовать наличие (отсутствие/сочетание) следующих клинических признаков: слабость, кашель с мокротой, клинические проявления микоза, гепатомегалия, лимфаденопатия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

**Бочкова Е.Н., Синявская Е.А., Дагалдян А.А.,
Молчанова Н.Е., Малиненко З.И., Козьминых Ю.А.**
Областная детская клиническая больница,
г. Ростов-на-Дону

Восстановление двигательных функций у детей, страдающих детским церебральным параличом является одним из важнейших аспектов современной детской реабилитологии, так как именно данная патология обуславливает большую часть инвалидности у детей. Основой формирования патологического двигательного стереотипа у детей с ДЦП является спастичность, с целью преодоления которой и применяются препараты БТА.

В Ростовской области проживает 1117 детей с ДЦП, из них в возрасте от 2-х лет до 12 лет – 760 детей страдает спастическими формами ДЦП. Ежегодно в центре по реабилитации и восстановительному лечению детей с нарушением функции ЦНС ГБУ РО «ОДКБ», включающем психоневрологическое отделение, отделение медицинской реабилитации и дневной стационар медицинской реабилитации, осуществляются многоуровневые инъекции препаратов БТА в количестве 187 инъекций – 99 детям (2017 г.). В 2016 г. осуществлено введение препаратов ботулинического токсина типа А (преимущественно препарата «Диспорт») 98 детям с количеством введений – 125, из них в психоневрологическом отделении – 60 пациентам – 85 введений – 23 девочкам и 40 мальчикам в возрасте с 2-х до 12 лет (средний возраст – 6,8 лет). При оценке глобального уровня формирования моторики с использованием «Системы оценки глобальных моторных функций» – GMFCS, дети были распределены следующим образом – 24 ребенка – I уровень, 11 детей – II уровень, 15 детей – III уровень, 8 детей – IV уровень, 2 ребенка – V уровень. Детям проводились многоуровневые инъекции препаратов БТА, суммарная доза для препарата «Диспорт» не превышала 30 мг/кг веса, средняя доза составила – 360 МЕ – 19,6 МЕ /кг веса. 11 детям инъекции проводились только в верхнюю конечность с суммарной дозой 4,6 МЕ/кг веса, при гемипаретической форме ДЦП (9 детей) при введении в мышцы верхней и нижней конечности – суммарная доза составила – 18,6 МЕ/кг веса, при спастическом тетрапарезе – 25,5 МЕ/кг веса. 35 детям инъекции проводились регулярно с 2-х летнего возраста в течение 5 лет – это дети с I и II уровнем по GMFCS. Наиболее часто инъекции осуществлялись в

икроножные мышцы, приводящие мышцы бедер, плечевую мышцу и круглый пронатор, при необходимости в схему введений включались: полусухожильная и полуперепончатая мышцы, плече-лучевая мышца, локтевой и лучевой сгибатели запястья, мышца, приводящая большой палец кисти. Инъекции в верхние конечности проводились чаще под контролем УЗИ. Оценка спастичности проводилась по шкале Эшворта. Эффективность применения препаратов БТА проводилась через 1, 2, 3, 4 месяца после инъекции. Краткосрочные результаты – снижение спастичности отмечалось уже на следующий день после проведенных инъекций, с максимальным результатом – 1 балл – 2 балла ко второму месяцу после инъекций. После каждой повторной инъекции уровень спастичности не возвращался к исходному, наибольший эффект отмечался после первых 6-ти инъекций. При проведении УЗИ инъецируемых мышц у детей данной группы (после 6-8 инъекции) не было отмечено изменения структуры мышц и усугубления проявлений УЗИ признаков фиброза. Побочных эффектов при применении препаратов БТА отмечено не было.

Таким образом, применение препаратов БТА при многоуровневых инъекциях на протяжении нескольких лет у больных с ДЦП сопровождалось улучшением двигательных функций сразу после первых инъекций БТА, что позволило оптимизировать реабилитационные мероприятия, отсрочить применение хирургических методов лечения, считать длительное применение БТА эффективным и безопасным.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: НОВАЯ ШКАЛА РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ

**Бражник В.А.^{1,2}, Минушкина Л.О.²,
Аверкова А.О.², Рогожина А.А.^{1,2},
Королева О.С.², Зубова Е.А.¹, Хасанов Н.Р.⁴,
Чичкова М.А.³, Затейщиков Д.А.^{1,2}**

¹Городская клиническая больница №51,

²Центральная государственная медицинская академия,

³Городская клиническая больница №17,

Москва,

⁴Казанский государственный
медицинский университет,

г. Казань

Цель исследования. Оценить риск и выявить факторы риска значимых кровотечений 2-5 типов по шкале BARC у больных, перенесших эпизод острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы исследования. В открытое наблюдательное многоцентровое исследование, ОРАКУЛ II (Обострение ишемической болезни сердца: логико-вероятностные пути прогнозирования течения для оптимизации лечения) было включено 1502 больных с ОКС из 4 центров (Москва, Краснодар, Казань и Астрахань) – 894 мужчин (59,5%) и 608 женщин (40,5%), возраст – 65,7±12,9 лет. Включение больных с ОКС, имеющих показания к проведению реваскуляризации, проводилось с 2014 по 2017 гг. 560 (37,3%) имели ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСПST) и 942 (62,7%) – ОКС без подъема ST (ОКСБПST). На визитах наблюдения (выписка из стационара, 25, 90, 180 и 360 день от момента включения) фиксировались все случаи кровотечений с описанием их характера, источника, тяжести, проводимого лечения и классификации по шкале BARC.

Результаты. Кровотечения зарегистрированы у 164 больных (10,9%), в том числе во время индексной госпитализации – у 39 (2,6%), из них тяжелых (типы 3-5) 0,5%, значимые – 1,7% (типы 2-5 по классификации BARC). В течении года после выписки кровотечения отмечены у 126 (8,4%) больных, больших – 0,8%, значимых – 2,4%. Развитие кровотечений 2-5 типа ассоциировалось с наличием язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе, снижением клиренса креатинина, гемоглобина, возрастом больных, применением антикоагулянтов в составе тройной или двойной антитромботической терапии, проведением чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при индексной госпитализации и наличием сердечной недостаточности (СН) 2-4 класса по Killip при поступлении. С помощью регрессионной модели была разработана шкала риска кровотечений, включающая такие факторы как: возраст (до 55 лет – 0 баллов, 56-65 лет – 8 баллов, 66-75 лет – 16 баллов, старше 75 лет – 24 балла), гемоглобин при поступлении (выше 125 г/л – 0 баллов; 100-125 г/л – 48 баллов; ниже 100 г/л – 96 баллов); класс СН по Killip при поступлении (1 класс – 0 баллов; 2-4 классы – 17 баллов); клиренс креатинина (выше 90 мл/мин – 0 баллов; 60-89 мл/мин – 6 баллов; ниже 60 мл/мин – 12 баллов); язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки в анамнезе – 20 баллов; применение антикоагулянтов в сочетании с антиагрегантами после ОКС (двойная или тройная терапия) – 36 баллов; ЧКВ во время индексной госпитализации – 38 баллов. ROC-анализ показал, что прогностическая ценность шкалы риска кровотечений ОРАКУЛ составляет 0,762, чувствительность – 62%, специфичность – 78%. При внутренней валидации модели были получены следующие классификационные интервалы: при сумме до 67 баллов риск кровотечений низкий (менее 1,5%), 68-107 баллов – умеренный (2,8%), 108-133 баллов – высокий (5,1%), свыше 134 – очень высокий – 11,7%.

Заключение. Таким образом, нами на материале рутинной клинической практики создана простая шкала оценки риска кровотечений у больных острым коронарным синдромом.

ПСИХИЧЕСКИЕ, СОМАТИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СТРЕЗАМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Бязров М.Ш., Наджарьян Л.Г.,
Латышев Ю.В., Кравчук А.В.

2 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии России,
г. Пятигорск

Введение. Тревожные расстройства (ТР) являются одним из наиболее частых коморбидных расстройств в неврологической практике.

Цель исследования. Оценить влияние этифоксина (Стрезам®) в составе комплексной терапии на психические, соматические и когнитивные аспекты тревоги при хронической ишемии ГМ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов с ДЭ I стадии (14 человек) и II стадии (16 человек) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст 58,8±7,4 года). Исследование носило характер открытого проспективного наблюдательного. В исследование включались мужчины и женщины в возрасте от 40 до 65 лет с клинически и инструментально подтвержденным диагнозом ДЭ I и II стадии, сопровождавшейся ТР, с уровнем тревоги не менее 17 баллов по шкале Гамильтона. Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании. Этифоксин (Стрезам®) назначался в суточной дозе 150 мг, разделенной на 3 приема, в течение 6 нед. Уровень тревоги оценивался по шкале Гамильтона. На протяжении всего курса терапии больные получали привычные дозы гипотензивных, гиполипидемических, антиагрегантных препаратов; дозы не менялись на фоне терапии этифоксином.

Результаты и обсуждения. Оценка влияния этифоксина (Стрезам®) на психические и соматические проявления тревоги в процессе терапии у больных с ХИМ проводилась с помощью НАМ-А. Действие этифоксина на КФ оценивалось путем анализа динамики пробы Шульце и данных КШОПС. До начала терапии этифоксином у всех больных отмечался общий высокий уровень ТР: средний балл по НАМ-А составил 31,2±4,02 балла. К концу 6-й недели терапии у 29 пациентов из 30 отмечалась нормализация уров-

ня тревоги: средний балл – 12,86±2,17 (p=0,0001). «Тревожное настроение» значительно редуцировалось – с 2,53±0,11 до 0,83±0,1 балла (p=0,0001). Показатель «внутренняя напряженность» снизился в 3,5 раза – с 2,6±0,09 до 0,7±0,08 балла (p=0,0001); практически исчезли немотивированные страхи (с 1,93±0,14 до 0,77±0,07 балла; p=0,0001). Степень выраженности показателя «депрессивные нарушения» уменьшилась с 2,43±0,09 до 0,9±0,05 балла (p=0,0001). Отмечались улучшение настроения, исчезновение подавленности, восстановился утренний сон, исчезли суточные колебания настроения. Показатель инсомнии уменьшился с 2,77±0,08 до 0,93±0,07 балла (p=0,0001). После окончания курса терапии пациенты отмечали повышение умственной работоспособности, улучшение памяти и внимания – средний балл повысился с 1,53±0,15 до 0,93±0,1 (p=0,0001).

Выводы. Результаты исследования показывают, что анксиолитик этифоксин (Стрезам®) эффективен в отношении психических, соматических нарушений и КН, ассоциированных с ТР у больных с хронической ишемией ГМ. При этом препарат не оказывает отрицательного влияния на психомоторные функции и КФ, мышечный тонус; к нему не формируются зависимость, толерантность и также не возникает синдрома отмены, что обосновывает его использование в качестве корректора тревожных нарушений при ХИМ.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Варданян Э.В., Африкьян О.А., Хайло Н.В.
Ростовский государственный
медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону

Артериальная гипертензия (АГ) во время беременности является частой причиной преждевременных родов и имеет высокий процент перинатальных потерь. Нерациональное ведение беременных с АГ (досрочное родоразрешение, неадекватная антигипертензивная терапия) усугубляет эти нарушения. Вероятность осложнений особенно велика у женщин, в течение длительного времени страдающих тяжелой гипертензией или имеющих сердечно-сосудистую и почечную патологию.

Пациентка Е. 32 лет (29 недель беременности) находилась в кардиологическом отделении с 08.12.18 г. по 13.12.18 г. ГБУ РО ОКБ №2 в связи с резким ухудшением состояния из-за сохранения высоких цифр АД на фоне проводимой гипотензивной терапии. Пациентка была переведена в кардиологи-

ческое отделение из акушерского отделения Городской больницы №20, где проводилась профилактика РСД (респираторный дистресс-синдром) и гипотензивная терапия (допегит 250 мг по 2 табл 2 раза в день, нифедипин 20 мг 2 раза в день). Во время настоящей беременности отмечает повышение АД с 15 недели беременности до 150/100 мм рт. ст.

В кардиологическом отделении проведено клинико-лабораторное обследование, проведена коррекция гипотензивной терапии без эффекта (допегит 250 мг по 2 таб 4 раза в день, нификард XL 30 мг по 1 таб 2 раза в день).

Объективный статус: Данные объективного осмотра: рост пациентки – 165 см, вес – 64 кг. Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

АД 150/90 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ЧД 17 в минуту, Т – 36,6. Границы относительной сердечной тупости расширены влево, тоны сердца ритмичные и приглушенные. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в заднебазальных отделах, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень + 1см от края реберной дуги. Периферические отеки: нет.

Результаты обследований. ОАК от 10.12.18 г.: эритроциты – 4.19, Hgb – 116 г/л, лейкоциты – 11.99, тромбоциты – 204, базофилы-0.2, эозинофилы-0.7, нейтрофилы – 73.5 лимфоциты – 15.7, моноциты – 9.9, СОЭ-29.

ОАМ от 10.12.18г: удельный вес – 1014 г/л, рН – 7.0, эпителий – 2, лейкоциты – 12, эритроциты – 10, соли.

суточная протеинурия от 12.12.18 г: белка нет
глюкоза в моче от 12.12.18г: 0,5%

Липидограмма от 06.12.18г – холестерин – 4.39, триглицериды – 1.08, липопротеиды низкой плотности – 2.5, липопротеиды высокой плотности – 1.48, индекс атерогенности – 1.7228.

Коагулограмма от 11.12. 18 г:

Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 27.7 сек

Протромбиновое время – 17.1 сек.

Электролиты от 11.12.18 г: Калий – 4.8, Натрий – 140

Биохимия крови от 11.12.18 г: общий билирубин – 5.4 мкмоль / л, прямой билирубин – 1.8 мкмоль / л, АСТ – 31ЕД / л, АЛТ – 30ЕД/л, глюкоза – 3,84 ммоль/л, креатинин – 61,7 мкмоль/л, мочевины – 3.9 ммоль / л, общий белок – 64 г/л.

СКФ (скорость клубочковой фильтрации) по СКД – ЕРІ 93 мл \ мин

ЭКГ от 11.12.18: вариант нормы.

ЭХОКГ от 12.12.18: недостаточность митрального клапана 1 степени, Выраженная концентрическая гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ) – толщина межжелудочковой перегородки 17 мм.

Дилатации полостей сердца не выявлено. Сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена.

СМАД от 12.12. 18 г. Суточный профиль артериального давления можно расценить как устойчивую систоло-диастолическую артериальную гипертензию умеренного уровня в дневные часы и тяжелого уровня в ночные.

Диагноз клинический.

Основной: беременность 29 недель, поперечное положение плода.

Осложнения: плацентарная недостаточность, компенсация.

Сопутствующий диагноз: Артериальная гипертензия 3 степени, III стадии, риск 4 (очень высокий), ХСН 0. Миома матки. Хронический пиелонефрит, ремиссия.

Согласно решению перинатального консилиума от 13.12.18 г. в связи с наличием у повторнобеременной в сроке гестации 29 недель тяжелой экстрагенитальной патологии (артериальная гипертония 3 степени, III стадии, риск 4 (очень высокий)), согласно приказу Министерства Здравоохранения и Социального развития РФ №736 (03.12.2007 г.) показано прерывание беременности по медицинским показаниям. С целью снижения риска материнских и перинатальных осложнений показано родоразрешение путем операции кесарево сечение. Согласие на операцию и расширение объема оперативного вмешательства получено.

14.02.18 г. проведена операция: Лапаротомия по Пфанненштилю. Донное кесарево сечение. Консервативная миомэктомия. Дренаж брюшной полости.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует актуальность проблемы подбора эффективной антигипертензивной терапии при АГ беременных. Данный пример показывает бесспорное значение ранней диагностики АГ у беременных и важность корректной терапии, что позволит избежать таких серьезных осложнений, как в представленном клиническом случае, приведших к досрочному родоразрешению.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Васильева И.Н., Осадчук М.А., Нагорная Д.С.,
Архипова Л.В., Корженков Н.П.

Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Определение эффективности терапии лерканидипином у больных с АГ 1 и 2

степени как в монотерапии, так и при ее комбинации с телмисартаном.

Материал и методы. В амбулаторных условиях обследовано 80 пациентов с АГ 1-2 степени (46 мужчин и 34 женщины). Первую группу сравнения составили 40 человек с 1-й степенью АГ (средний возраст – 42,6±2,9 лет вторую – 40 больных с АГ 2 степени (средний возраст – 41,2±3,2 года). Проводили комплексное клиничко-лабораторное обследование, электрокардиографическое исследование, суточное мониторирование АД (СМАД), определяли выраженность тревожности и депрессии по шкалам Цунга и Спилбергера. Всем больным 1-й и 2-групп была назначена стартовая терапия лерканидипином в дозе 10 мг, через 2 недели дозу увеличивали до 20 мг в сутки, а в случае недостаточного эффекта через 4 недели – добавляли блокатор рецепторов ангиотензина II телмисартан в суточной дозе 80 мг. Продолжительность наблюдения составила 12 недель. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ «Microsoft Excel 7.0» и «Statistica for Windows 10.0».

Результаты. Согласно полученным результатам больные с АГ 2 степени достоверно чаще имели сахарный диабет, избыточную массу тела, стенокардию напряжения, неалкогольную жировую болезнь печени, большую встречаемость патологических суточных кривых «non-dipper» и «night-peaker», повышенную тревожность и нарушения сна. Множественный линейный регрессионный анализ показал достоверную отрицательную корреляционную связь ($\beta = -0,584$; $p < 0,001$) между значением ночного падения АД и показателем PSQI – индексом качества сна. Монотерапия лерканидипином привела к достижению целевого уровня АД в 67,5% случаев у больных с АГ 1 степени (в 100% случаев – у пациентов с суточным профилем «dipper»), у больных с АГ 2 степени – 32,5% (средняя доза – 19,5±2,5 мг). На фоне комбинированной терапии целевые уровни АД были достигнуты у всех больных с АГ 1 степени, в 92,6% случаев – у больных со 2 степенью, о чем свидетельствовала динамика параметров СМАД через 12 недель от начала исследования. Положительный эффект от комбинированной антигипертензивной терапии нашел отражение в улучшении психологического статуса пациентов и качестве их сна.

Выводы. Монотерапия лерканидипином может с успехом применяться у пациентов с суточным профилем «dipper» как у пациентов с АГ 1 степени, так и 2-й. В остальных случаях оптимальная фармакотерапия больных с АГ 1 и 2 степени ассоциирована с назначением двух гипотензивных препаратов разного патогенетического действия, таких как лерканидипин и телмисартан.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ СПОНДИЛОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Никитин А.В.,
Бурдина Н.С., Толстых Е.М.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Проанализировать эффективность и безопасность различных схем лечения боли в спине и суставах, у пациентов, страдающих остеоартритом (ОА), спондилоартритом (СА) с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения.

Материал и методы. Наблюдали 70 пациентов (60 женщин и 10 мужчин), страдающих ОА коленных суставов и СА в динамике дифференцированной, патогенетической терапии. Все больные, участвующие в исследовании были трудоспособного возраста (54,8±2,6, лет). Болели свыше 5 лет, жаловались на умеренные боли в спине и суставах. Группе 1, в количестве 30 пациентов была проведена терапия парентеральной формой хондроитинсульфата (препарат хондрогард Х) и глюкозаминсульфата (препарат сустагард, С), по следующей схеме. Х – через день внутримышечно в течение 2 месяцев №30. С – по 400 мг через день в течение 4-6 недель. 20 больным контрольной группы 2, того же пола и возраста, с той же патологией провели курс лечения таблетированными формами Х и Г (500 мг глюкозамина гидрохлорида и 400 мг хондроитина сульфата). 20 пациентов третьей группы с аналогичным заболеванием по стадии, тяжести и коморбидности провели парентерально короткий курс НПВС (3-5 дней) в среднесуточных дозах. В дальнейшем больные принимали таблетированные формы НПВС по требованию. Во всех группах подтвердили диагноз ОА, СА I-II стадии по J.Kellgren и J.Lawrence, и исключили наличие межпозвоночных грыж дисков, применив ультразвуковую рентгенологическую и по показаниям магниторезонансную методику (МРТ). Констатировали наличие патологии органов пищеварения в стадии ремиссии в наблюдаемых группах по данным анамнеза и фиброгастроудоденоскопии (ФГДС). Проанализировали динамику боли в позвоночнике и суставах в покое, в баллах (0-4 балла). Применили программу Statistika-6, и при $p < 0,05$, считали результат достоверным.

Результаты и обсуждение. В группе, 1 получившей Х, Г парентерально уже на 10-12 день лечения отмечалось существенное улучшение. Боль в покое в коленных суставах, позвоночнике умень-

шилась на 1,6 балла (48%), через 25-30 дней боль составила 1,12±0,42 балла через три месяца 0,78 балла, $p < 0,05$. В группе пролеченной только таблетированными формами Х, Г, достоверное улучшение наступило лишь через 3 месяца. Боль снизилась до 1,24±0,18 балла. В группе три, получавших НПВС парентерально а в дальнейшем per oss боль достоверно уменьшилась на 10-12 день $p < 0,05$, но как только больным был отменен регулярный прием НПВС боль возобновилась. Результаты лечения в группе 1 один были наилучшими через три месяца и существенно отличались от групп 2,3 $p < 0,05$. Оценка состояния органов пищеварения по данным опроса больных, применения пропедевтических методов обследования и проведения по показаниям гастродуоденоскопии показала, что у 30 пациентов первой группы (100%) не было жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта на протяжении всего периода лечения и наблюдения. Во второй группе через 25-28 дней 2 больных пожаловались на боли в эпигастрии, тошноту, что составило 10%. Через 90 дней уже у 4 пациентов (20%) появились отрыжка, боли в эпигастрии. Это потребовало отмены препарата у больных, назначения патогенетической, гастропротективной терапии и мазевых форм Х. В третьей группе на 10-12 день лечения четверо пациентов (20%) предъявили жалобы на боли в желудке, тошноту, отрыжку. При проведении по показаниям ФГДС констатировали обострение гастрита, дуоденита. Этим больным был назначен ингибитор протонной помпы и гелиевые формы НПВС. Данное исследование продемонстрировало отрицательное влияние парентеральных и таблетированных форм НПВС, а так же таблетированных форм хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата на состояние органов пищеварения при их длительном применении. Однако у больных группы 2, пролеченных таблетированными формами Х, Г побочные эффекты развивались в более поздние сроки при сравнении с группой три, принимавшей НПВС.

Выводы. Длительное использование парентеральных форм хондроитинсульфата, глюкозаминсульфата (препарат хондрогард, сустагард), так называемая старт терапия в более короткие сроки нивелирует болевой синдром в позвоночнике, суставах, не оказывает патологическое воздействие на органы пищеварения, не требует назначения гастропротективных препаратов, экономически более выгодна. Это позволяет рекомендовать данную схему лечения больным остеоартритом, спондилоартрозом в амбулаторных условиях. Пациентам, принимающим таблетированные формы Х, Г или НПВС с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения необходимо с первых дней лечения назначать гастропротективные препараты.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ОPIOИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РАМКАХ НОВЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ

Введенская Е.С.¹, Палехов А.В.²

¹Городская клиническая больница №30,
г. Нижний Новгород,

²Ставропольский государственный
медицинский университет,
г. Ставрополь

В настоящее время, государственная политика направлена на улучшение качества анальгетической терапии с применением опиоидных анальгетиков, большинство из которых относится к группе наркотических лекарственных препаратов. В последние несколько лет произошли существенные изменения нормативно-правовой базы, расширяющие сегодня права медицинских работников при назначении и выписывании наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ). Начало этих изменений было положено приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», принципиально отличающимся от предшествующих приказов тем, что им определено назначение НС и ПВ пациентам с выраженным болевым синдромом любого генеза, то есть основным фактором, определяющим тактику обезболивания, является не диагноз, а интенсивность боли. Важным положением приказа следует считать возможность отказа от проведения врачебной комиссии при назначении НС и ПВ. С 30 июня 2015 г. вступил в силу Федеральный закон от 31.12.2014 №501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», который в число основных принципов государственной политики в сфере оборота НС и ПВ включил принцип доступности НС и ПВ гражданам, которым они необходимы в медицинских целях. Запрещено требовать от пациента возврата упаковок от НС и ПВ (например, пустых ампул, блистеров, использованных трансдермальных терапевтических систем (ТТС)).

Постановление Правительства РФ от 06.08.2015 №807 упростило требования к хранению, перевозке и учету НС и ПВ, а приказ Минздрава России от 30.06.2015 №386н – процедуру назначения и выписывания НС и ПВ при повторном

обращении пациентов. Тем же приказом разрешено выписывать ТТС, содержащие НС, на рецептурных бланках формы №148-1/у-88. На рецептурном бланке №148-1/у-88 выписываются также и препараты, содержащие НС и налоксон, в также НС тапентадол. Вступивший в силу с 12 декабря 2015 г. приказ Минздрава России от 30.06.2015 №385н отменил требование заверять подписью руководителя медицинской организации или другого ответственного лица рецепт на наркотический лекарственный препарат (формы №107/у-НП) при повторном выписывании.

Распоряжением Правительства РФ от 01.06.2016 г. N 1403-р утвержден план мероприятий («дорожной карты») «Повышение доступности НС и ПВ для использования в медицинских целях», одной из задач которого является «внедрение в клиническую практику современных подходов к лечению болевого синдрома». Минздраву РФ из резервного фонда Правительства России в 2018 г. выделены бюджетные ассигнования в размере 4,35 млрд. рублей для предоставления межбюджетных трансфертов субъектам Федерации на развитие паллиативной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, включая обезболивающие. Такое же финансирование выделено и в 2019 году.

В регионах первоочередными задачами являются разработка и приведение региональных нормативно-правовых актов по организации адекватного обезболивания в соответствие с федеральными, строгий контроль за выполнением этих нормативно-правовых актов и проведение качественного обучения врачей. Только обеспечение эффективного обезболивания каждым врачом может улучшить качество жизни страдающих от боли пациентов, а, возможно, и положительно повлиять на продолжительность их жизни.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТКА ФОЛАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Вершинин А.А., Шилов В.В., Гусейнов Г.Э.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать предполагаемый уровень фолиевой кислоты у пациентов с острым пероральным отравлением этанолом, выявить наличие связи между увеличением RDW-SD

(стандартное отклонение диапазона распределения эритроцитов по ширине) и дефицитом витамина В9.

Материалы и методы. Клинические анализы крови пациентов с острым пероральным отравлением этанолом, метод обобщения материалов литературных источников, сети Интернет. Сравнение и классификация полученных данных.

Результаты и обсуждение. Постоянное употребление этанола ухудшает всасывание, транспорт и нормальный метаболизм фолиевой кислоты. Вследствие недостатка витамина В9 прогрессируют нейропатия, гипоксия тканей, отмечается увеличение риска сердечно-сосудистой патологии, что отчасти вызвано гипергомоцистеинемией, наблюдающейся при недостатке фолиевой кислоты. Кроме того, существенный недостаток В9 вызывает мегалобластную анемию. Для предупреждения развития осложнений необходим простой показатель, позволяющий предположить наличие у пациента дефицита фолиевой кислоты. Таким критерием может являться показатель анизоцитоза эритроцитов RDW-SD (Red Blood cells distribution width- standard deviation). Его увеличение связано с недостатком витамина В9 у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

Достоверно узнать информацию об алкогольном стаже пациента зачастую затруднительно. Было выдвинуто предположение, что существует взаимосвязь между наличием в анамнезе хронического алкоголизма и госпитализацией в определенные дни. Так, для группы пациентов с предполагаемой длительной хронической алкогольной интоксикацией были выбраны поступившие в рабочие дни. Из 50 пациентов, поступивших с диагнозом ОПОЭ, у 33 – обнаружено увеличение RDW-SD в общем анализе крови (64%), среднее арифметическое составило 49,3 фл.

Для группы с острым отравлением были взяты пациенты, госпитализированные в праздничные дни (1-3 января 2019 года). Из 65 поступивших лишь 9 пациентов имели повышенный уровень RDW-SD (14%), со средним значением – 44,1 фл.

Статистическая значимость влияния предполагаемого хронического алкоголизма на показатель RDW-SD была определена путем расчета критерия хи-квадрата Пирсона. Значение критерия χ^2 составило 33.157, в то время как критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0.01$ составляет 6.635 (число степеней свободы равно 1). Следовательно, пациенты с хроническим алкоголизмом имеют заведомо более высокий уровень RDW-SD, чем пациенты без хронической интоксикации этанолом в анамнезе, что связано с дефицитом фолатов.

Выводы. Таким образом, при хроническом алкоголизме можно диагностировать предполагае-

мый дефицит фолиевой кислоты с помощью RDW-SD. Кроме того, увеличение этого показателя при ОПОЭ дает основания предполагать у пациента наличие хронического алкоголизма. Необходимо включать в комплексную терапию отравления этанолом препараты витамина В9 для предупреждения развития патологий различных органов.

ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЕННЫХ ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Вершинина Е.О., Репин А.Н.

Научно-исследовательский институт кардиологии,
Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук,
г. Томск

Цель исследования. Оценить частоту и выявить предикторы отдаленных фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) после плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование, включившее 150 пациентов, которым выполнено плановое эндоваскулярное вмешательство на коронарных артериях. Используемыми стентами преимущественно были стенты с лекарственным покрытием – 81%. Из них имплантированные стенты 1-й генерации составили 20,6%, 2-й генерации – 53,9%, 3-ей генерации – 6,5%. Исходы вмешательств оценивались через 6 лет после индексного ЧКВ путем анализа медицинской документации и телефонного интервью. Первичной конечной точкой исследования была смерть от сердечно-сосудистых причин.

Результаты. Фатальные ССО были зарегистрированы у 10,6% больных. Из них у 50% пациентов причиной смерти был острый инфаркт миокарда, у 25% пациентов – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), у 12,5% пациентов – фатальные нарушения ритма, тромбоэмболия легочной артерии – у 6,25%, разрыв аневризмы аорты – также у 6,25% больных. Установлена статистически значимая взаимосвязь развития фатальных ССО в отдаленный период после плановых ЧКВ с наличием у пациентов исходно систолической дисфункции миокарда (ФВ ЛЖ менее 50%) (ОШ=8,41; 95% ДИ [2,63-26,97]; $p=0,000$), перенесенным ранее ОНМК (ОШ=8,6; ДИ [2,0-36,4]; $p=0,001$), хронической обструктивной болезнью легких (ОШ=12,3; ДИ [3,6-

41,5]; $p < 0,001$), фибрилляцией предсердий (ОШ=5,1; ДИ [1,6-16,3]; $p=0,003$), сахарным диабетом 2 типа (ОШ=3,2; ДИ [1,1-9,8]; $p=0,032$), любыми клиническими осложнениями вмешательств (ОШ=3,1; ДИ [1,1-9,0]; $p=0,028$), приемом антиаритмических препаратов (ОШ=5,9; ДИ [1,3-27,4]; $p=0,012$), приемом статинов на момент проведения ЧКВ (ОШ=0,3; ДИ [0,1-0,8]; $p=0,013$). По результатам ROC-анализа значимым предиктором фатальных ССО в отдаленный период при удовлетворительном качестве модели была величина скорости оседания эритроцитов более 14,5 мм/ч (AUC=0,677; ДИ [0,507-0,835]; $p=0,027$). При построении кривых Каплана-Мейера по данным 6-летнего наблюдения выявлено значимое влияние сопутствующего мультифокального атеросклероза, острого перипроцедурного повреждения почек и нарушений ритма сердца, регистрируемых во время ЧКВ, на частоту развития отдаленных фатальных ССО.

Выводы. Установлена статистически значимая взаимосвязь между развитием фатальных ССО в отдаленный период после плановых ЧКВ и наличием у пациентов исходной коморбидной патологии (хронической обструктивной болезни легких, фибрилляции предсердий, сахарного диабета, мультифокального атеросклероза, перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения), исходными систолической дисфункцией миокарда и скоростью оседания эритроцитов более 14,5 мм/ч, сопутствующей медикаментозной терапией на момент проведения вмешательств (приемом антиаритмических препаратов, статинов). Значимыми предикторами неблагоприятного отдаленного прогноза после плановой эндоваскулярной реваскуляризации миокарда также оказались регистрируемые в течение госпитального периода клинические осложнения ЧКВ, такие как острое перипроцедурное повреждение почек и нарушения сердечного ритма.

ПРИМЕНЕНИЕ РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

Вечкаева О.В.

ООО «РЦК» Инновационная клиника
«Академия Здоровья»,
г. Чита

Для успешного решения задач по оказанию реабилитационной помощи детям с ДЦП на основе системы менеджмента качества (СМК), необ-

ходимо применять риск-ориентированный подход в реализации процесса. Мероприятия, связанные с управлением рисками, создают основу для повышения результативности, достижения более качественных показателей и предотвращения неблагоприятных последствий. Этапное внедрение данного подхода строится на определении рисков, планирование и осуществление действий по их уменьшению, оценка результативности этих действий.

С целью реализации данного направления на первом этапе была сформирована рабочая группа экспертов отделения, которые путем оценок провели количественный анализ возможных рисков, по итогам составлен реестр. Далее все риски с учетом вероятности и последствий занесены в матрицу. В красную зону матрицы попал наиболее значимый для подразделения риск: повышенного травматизма у детей при проведении ЛФК. Определены все возможные последствия при реализации риска: возможность судебного процесса, результат которого может выражаться в наложении штрафов и санкций, компенсации морального ущерба; утрата деловой репутации; аннулирование лицензии; риск для пациента – нанесенный вред здоровью влечет ухудшение ста-то-динамических показателей.

С учетом всех факторов составлен план мероприятий по возможному снижению риска: уменьшение до приемлемых пределов вероятности или последствий события.

В план были включены следующие мероприятия:

1. Введение ортопеда в консилиум.
2. Описание маркеров, свидетельствующих о возможных рисках повышенного травматизма (симптомы, данные анамнеза, данные объективных методов исследования). В данную группу вошли: частые судороги, длительный прием противосудорожных препаратов, бытовые травмы (переломы) в анамнезе, остеопороз костей, тонические атаки (выраженный гиперкинез), высокий уровень спастичности по Эшворту (3-4 балла), состояние после иммобилизации конечностей, ранний период (до 3-х месяцев) после ортопедических операций и т.д.
3. Составление чек листа, где указан весь перечень возможных маркеров по бальной системе от 1 до 5 б. По сумме баллов происходит определение критериев тяжести РИСКА (нет данных за риск, средний риск, выраженный риск, высочайший риск).
4. Разработка на каждое проявление РИСКА мероприятий, нивелирующих его реализацию.
5. Определение конкретных действий каждого специалиста по реализации данного направления (составление СОП).

В соответствии с планом произошло распределение ответственности и полномочий должностных лиц при выполнении мероприятий в соответствии с данной процедурой. Индикатором успешной реализации мероприятий по снижению данного риска является: отсутствие факта травм конечностей в течение года.

Проведенная апробация показала работоспособность предложенной методики в рамках действующей СМК. Повышение качества оказания реабилитационной помощи детям с ДЦП при отсутствии факторов повышенного травматизма достигается за счет внедрения риск-ориентированной модели, и как следствие: улучшение управления, повышение доверия и удовлетворенности пациентов.

ПУЛЬМОНОЛОГ И ВРАЧ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ – ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Винокуров А.С.

Городская клиническая больница
имени В.П. Демикова,
Москва

Цель исследования. Отметить важные моменты мультидисциплинарного взаимодействия между врачом пульмонологом и врачом лучевой диагностики в многопрофильном стационаре; выделить ряд легочных патологий, которые особенно детально требуют коллегиального обсуждения.

Материалы и методы. Проведен анализ совместной работы по ведению и диагностике пациентов на базе ГКБ им. В.П. Демикова с заболеваниями легких за 2017-2018 гг., которым была выполнена КТ органов грудной клетки (ОГК).

Результаты и обсуждение. Целесообразность мультидисциплинарного повседневного подхода в медицине для лучшей диагностики и лечения пациентов не вызывает сомнений и поддерживается многими специалистами. Но на практике такой подход (особенно в многопрофильных больницах) применяется не всегда в связи с большой загруженностью врачей и диагностических служб, децентрализацией отделений. Это приводит к снижению диагностической ценности выполняемых исследований, меньшему успеху лечения, ненужной нагрузке на смежных специалистов (фтизиатры и др.) Стоит отметить и недооценку результатов исследования, в котором врач-диагност и клиницист по ряду причин не могут найти понимание (различная интерпретация терминов, различные классификации, редко

встречаемые патологии и др.). По опыту совместного взаимодействия, можно отметить улучшения в ведении больных пульмонологического профиля. Это требует непосредственной работы врача-рентгенолога с пациентом в режиме реального времени, договоренность о единой классификации патологий, а также обучение врачей-клиницистов работы с DICOM-файлами КТ ОГК. В связи с сохраняющейся большой распространенностью туберкулеза легких и госпитализацией таких пациентов под «маской» пневмонии, данная ситуация требует от рентгенолога хорошее знание КТ-семиотики туберкулеза т.к. нередко КТ остается единственным методом (ограниченное время работы бактериологической лаборатории), который помогает клиницисту судить о туберкулезе. Возникают проблемы с интерпретацией полостей в легких, которые в первую очередь расцениваются как туберкулез. Но их список довольно велик – абсцессы, септическая эмболия, полостные формы рака и др. Это так же требует от рентгенолога по возможности более четко дифференцировать такие полости (по основным и дополнительным признакам). Поэтому не каждый пациент с полостью в легком требует консультации фтизиатра. Важную группу составляют пациенты с длительно текущими инфильтратами в легких, которые могут оказаться участками инфаркта/инфарктной пневмонии. При подозрении на данную патологию требуется связаться с лечащим врачом и расширить исследование с введением контрастного препарата. Рентгенолога должно насторожить отсутствие динамики у такого инфильтрата под действием терапии, симптомы «венца» и «обратного венца» и отсутствие просветов бронхов на фоне уплотнения, преимущественное расположение в нижних долях. В этих случаях инфаркт легкого можно предположить и по КТ без контрастного усиления. Сложную задачу представляют больные с редкими и интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ). В связи с отсутствием возможности морфологической верификации, большая роль отводится КТ. И если с идиопатическим легочным фиброзом с формированием «сотового легкого» диагностика обычно не вызывает затруднений, то иные формы ИЗЛ требуют более тщательного сбора анамнеза и анализа КТ, в ряде случаев – терапии с динамическим наблюдением, и уже далее – направление в специализированные пульмонологические центры.

Выводы. Мультидисциплинарный контакт позволяет лучше вести больных пульмонологического профиля по ряду патологий, уменьшая нагрузку на смежные службы в стационаре и улучшая качество оказываемой помощи.

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ СТАДИЯМИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Войтко М.С.¹, Поспелова Т.И.¹,
Климонтов В.В.^{1,2}, Фазуллина О.Н.²

¹Новосибирский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной лимфологии – филиал
Федерального исследовательского центра
Института цитологии и генетики
Сибирского отделения Российской академии наук,
г. Новосибирск

Цель работы. Изучить состояние минеральной плотности костной ткани (МПК) при локализованных стадиях лимфомы Ходжкина (ЛХ) у пациентов, получающих комбинированную терапию.

Материал и методы. В исследование включены 44 пациента с I-II стадиями ЛХ, наблюдавшихся в Городском гематологическом центре г. Новосибирска. Возраст больных варьировал от 20 до 68 лет, средний возраст составил 42 [33; 55] года, продолжительность ЛХ – 7,5 [4; 9] лет. Мужчин было 11 человек (25%), женщин – 33 (75%). Пациенты были включены в исследование в разные сроки от дебюта ЛХ: 1 (2,3%) человек – на 1-м году болезни, 19 (43,1%) – с давностью ЛХ 2-4 года, 17 (38,6%) – 5-9 лет и 7 (16%) человек с давностью заболевания 10 лет и более. Среди гистологических типов ЛХ наиболее часто регистрировались нодулярный склероз и смешанно-клеточный вариант – у 20 (45,4%) и 18 (40,9%) обследуемых соответственно. В качестве индукции ремиссии все пациенты получали полихимиотерапию по программе ABVD (n=22) и BEACOPP (n=22), последующая лучевая терапия (ЛТ) проводилась 33 больным ЛХ в средней суммарной очаговой дозе 30 Гр на зоны исходного поражения. ПХТ II линии (DHAP, ESHAP) была назначена 6 пациентам. Терапия приводила к достижению оптимального ответа (случаи полной и частичной ремиссии) у 40 (90,9%) пациентов. Всем обследуемым была проведена рентгеновская денситометрия на аппарате LunarProdigy (GE, США). Определение риска основных низкоэнергетических переломов проводилось с помощью опросника FRAX (веб-версия 3.8, расчет по российской модели). Оценивали общий риск низкоэнергетических переломов (FRAX total) и риск переломов шейки бедра (FRAX hip). Оценка плотности костной ткани осуществлялась в г/см², по T критерию (у лиц старше 50 лет) и Z критерию (у лиц до 50 лет) и их процентному отклонению от стандарта. Согласно рекомендациям ВОЗ (1994) снижение МПКТ по T – критерию до -1,0 SD

оценивалось как вариант нормы, от -1,0 SD до -2,5 SD – остеопения, менее -2,5 SD – остеопороз. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 («Statsoft», США).

Результаты и обсуждения. По результатам DXA у 21 пациента с ЛХ (47,7%) зафиксировано снижение МПК. На основании наименьшего T-критерия пациенты старше 50 лет и женщины в постменопаузе распределены на группы с нормальной МПК (n=2), остеопенией (n=10) и остеопорозом (n=5), а больные ЛХ моложе 50 лет согласно наименьшему Z-критерию – на группы с нормальной МПК (n=21) и МПК ниже ожидаемых показателей для данного возраста (n=6). Десятилетний риск основных низкоэнергетических переломов и переломов шейки бедра, согласно FRAX, оказался выше в группах больных с остеопорозом и остеопенией, по сравнению с больными ЛХ с нормальной МПК (p<0,05). При оценке денситометрических показателей у больных ЛХ, получавших комбинированную терапию, в большинстве случаев ($\chi^2=5.47$; p=0.0194) выявлялось снижение МПК в сравнении с пациентами, получавшими только ПХТ. У одного пациента с проведенной аутоТГСК установлена остеопения. Более чем у половины больных, получавших схемы ПХТ, содержащие ГКС (56,4%), было выявлено снижение МПК. В группе пациентов старше 50 лет и женщин в постменопаузе наиболее частой локализацией остеопороза была шейка бедренной кости, а у молодых исследуемых зафиксировано снижение МПК в поясничном отделе позвоночника.

Выводы. Распространенность опухолевого процесса, проведение комбинированной терапии и протоколов ПХТ, включающих ГКС, положительно ассоциированы со снижением МПК у больных ЛХ.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МУКОВИСЦИДОЗА В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Войтко Т.А.¹, Бородин Г.Л.¹, Масек М.²,
Либик М.², Мановицкая Н.В.¹,
Островская Ю.В.¹, Митьковская Н.П.¹

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

г. Минск, Республика Беларусь,

²Университетская клиника «Motol»,
г. Прага, Чешская Республика

Муковисцидоз (МВ) – одно из самых распространенных наследственных заболеваний во всем мире, имеет прогрессирующее течение и серьезный

прогноз. Различные виды мутаций гена MB обуславливают клинические проявления заболевания. Кроме того, генетические исследования очень важны как для первичной профилактики MB, так и для развития генной терапии заболевания. Благодаря развитию молекулярных технологий идентифицировано более 2000 различных мутаций. Распространенность различных мутаций зависит от этнической принадлежности. Цель: провести анализ частоты встречаемости различных видов и типов мутаций гена MB в белорусской популяции.

Материалы и методы. Методы генетического анализа: 1. ДНК секвенирование (Sanger) (PNAS USA, 1977) – для подтверждения мутаций MBTP. 2. Секвенирование нового поколения (NGS) MiSeq (illumina) с использованием анализа Devyser CFTR NGS, охватывающего все кодирующие экзоны CFTR и все смежные границы экзона/интрона, включая минимум 20 пар нуклеотидов, проксимальнее 5'-конца, и 10 пар нуклеотидов, дистальнее 3'-конца каждой границы экзона.

Результаты и обсуждение. Проведен ретроспективный сплошной анализ результатов генетического обследования (на 30 наиболее распространенных мутаций) 208 пациентов с MB в институте генетики РНПЦ «Мать и дитя» за период с 1995 года. Мужчин – 106, женщин – 102 (средний возраст – 14,2±2,3 лет). Было установлено, что наиболее распространенной мутацией в РБ, как и в других странах мира, является F508del, которая встречается в 62,50% случаев, среди которых 35,58% – в гомозиготном состоянии. Часто идентифицируются в РБ: CFTRdele2,3(21kb) – 7,21%, 2184insA – 4,81% и N1303K – 2,64%. Не идентифицированными остались 12,74% мутаций. Следующим этапом исследований явилось проспективное исследование видов и классов мутаций у 36 взрослых пациентов с MB (мужчин – 19, женщин – 17; средний возраст – 24,9±1,5 лет) в Университетской клинике «Motol» (Чехия, Прага) в 2018 году. Анализ показал, что доля F508del – самой распространенной мутации в РБ практически не изменилась (62,50% и 64,71%), но выявлена тенденция к повышению доли пациентов, являющихся гомозиготными по F508del (с 35,58% до 47,06%), хотя статистически изменения не были достоверными ($\chi^2=1,194$; $p=0,274$). При проспективном исследовании наиболее часто идентифицировались шесть следующих мутаций: 2184insA, N1303K, CFTRdele2,3(21kb), L1335p и 3849+10kbc-T, Q39X которые в сумме встречались в 26,46% случаев. Остальные шесть мутаций, которые идентифицировались редко, составили 8,82%. Сравнительный анализ результатов исследования показал, что состав шести наиболее распространенных мутаций за исключением F508del, изменился мало. Изменение за-

тронило только две мутации – в это число при углубленном исследовании вместо G542X (2,40%) вошла мутация L1335p (2,94%), а вместо W1282R (0,96%) – мутация Q39X (2,94%). При распределении мутаций по классам подтвердилось доминирование «тяжелых» (I-III классов) мутаций.

Выводы. В белорусской популяции доминируют «тяжелые» мутации гена MB (95,5%) с преобладанием F508del (64,71%), в том числе в гомозиготном состоянии – 47,6%. К часто встречаемым мутациям, составившим в сумме – 26,46%, относятся: 2184insA, N1303K, CFTRdele2,3(21kb), L1335p и 3849+10kbc-T, Q39X. Проведенное углубленное исследование подтвердило основные представления о видах и классах мутаций гена MBTP в белорусской популяции и позволило существенно дополнить имеющиеся сведения. Выполненный анализ позволил идентифицировать мутации, которые ранее никогда не определялись в Республике Беларусь (например, 2143delT, L1335P, 3849+10kb), и выявить все мутации у каждого пациента.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ И ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ

**Волошинова Е.В., Сафарова К.Н.,
Григорьева Е.В., Ребров А.П.**

Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Цель исследования. Изучить особенности острых форм лекарственного поражения почек (ЛПП) у пациентов, госпитализированных в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов).

Материалы и методы. Проведен анализ базы данных 201 пациента (101 женщина, 100 мужчин; средний возраст 59,56±15,13 лет), находившегося на лечении в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в 1989-2017 гг. с поражением почек лекарственного генеза.

Результаты и обсуждение. За последнее десятилетие среди причин терминальной почечной недостаточности увеличился вклад лекарственного повреждения почек. В нашем исследовании острые формы ЛПП диагностированы у 129 (64,2%) пациентов, из них женщин – 68 (52,7%), мужчин 61 (47,3%), возраст больных от 17 до 86 лет. Ведущим фактором риска развития лекарственного острого поражения почек (ОПП) является наличие предшествующей хронической болезни почек (ХБП). К моменту повреждающего лекарственного воздей-

ствия у 84 (65,1%) пациентов имелись анамнестические указания на предшествующую патологию почек (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, АА амилоидоз, подагрическая, гипертоническая, миеломная нефропатия). Артериальная гипертензия выявлена у 40 (31,0%) пациентов, у 23 (17,8%) из них признаки гипертонической нефропатии отсутствовали. Исходное нарушение функции почек различных стадий отмечено у 16 (12,4%) пациентов.

У 31 (24,0%) больного ОПП развивалось на фоне применения нескольких групп лекарственных препаратов (ЛП) одновременно, чаще всего комбинация НПВП, ненаркотических анальгетиков (ННА) и антибиотиков. При монотерапии поражение почек чаще зафиксировано на фоне НПВП (45,0%), антибактериальных препаратов (15,5%), ННА (10,0%). В 6 случаях зарегистрировано развитие контраст-индуцированного ОПП. Практически у трети пациентов (29,5%) отмечено применение ЛП в высоких дозах. Поводом для назначения ЛП в большинстве случаев послужили болевой синдром и инфекционно-воспалительные заболевания. На догоспитальном этапе ЛПП было заподозрено только у 40,3% пациентов. В процессе лечения 48 (37,2%) пациентам были назначены системные глюкокортикоиды, 42 (31,8%) пациентам проводился острый гемодиализ. В исходе ОПП у 97 (75,2%) пациентов отмечено полное или частичное восстановление функции почек, у 24 (18,6%) продолжена заместительная почечная терапия (ЗПТ) в связи с полной утратой почечной функции.

За последние 5 лет госпитализировано 35 пациентов с лекарственным ОПП, в настоящее время известна судьба 15 больных: умерло 5 пациентов, 4 из них находились на ЗПТ программным гемодиализом, 1 пациент умер от инфаркта головного мозга на додиализной стадии ХБП. Все умершие пациенты изначально имели предшествующую патологию почек (миеломную, гипертоническую, диабетическую нефропатию), у всех ЛПП развилось на фоне бесконтрольного использования НПВП, продолжительность жизни после ятрогенного воздействия составила от одного месяца до года. В настоящее время из 10 пациентов один получает ЗПТ методом перитонеального диализа, 3 имеют стойкое снижение клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м² (3 и 4 стадии ХБП), все четверо имели исходную почечную патологию.

Выводы. У большинства пациентов ОПП развивалось на фоне предшествующей патологии почек, исходы ОПП у данной группы больных следует расценивать как неблагоприятные (смерть, ЗПТ, продвинутые стадии ХБП). Наиболее частое развитие лекарственного ОПП отмечено на фоне приема

НПВП (45%). При назначении потенциально нефротоксических препаратов необходимо обследование пациентов на предмет наличия ХБП, что особенно актуально при необходимости длительного приема таких препаратов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКО- И НИЗКОДОЗОВОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Воропаева Л.С., Фирова Э.М.
Институт экспериментальной медицины,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Сравнить эффективность высоко- и низкодозовой терапии статинами, в частности аторвастатин, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и сопутствующим абдоминальным ожирением.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы истории болезни 30 пациентов мужского пола с абдоминальным ожирением в возрасте от 24 до 53 лет. У каждого пациента были измерены показатели липидного спектра крови (триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), общий холестерин (ОХ)). Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы. Первой группе была назначена терапия статинами в дозе 20 мг/сут, второй группе – 60 мг/сут.

Результаты и обсуждение. При первичном анализе липидного спектра крови у пациентов были выявлены следующие изменения: повышение значений: ОХ у 93% пациентов (мин. – 4,22 ммоль/л; макс. – 10,68 ммоль/л); ТГ у 70% (мин. – 1,22 ммоль/л; макс. – 12,5 ммоль/л); ЛПНП у 90% (мин. – 1,27 ммоль/л; макс. – 6,8 ммоль/л) и низкий уровень ЛПВП у 83% исследуемых.

Медикаментозная терапия дислипидемии проводилась гиполипидемическими препаратами из группы статинов. Пациенты были разделены на 2 группы, включающие по 15 человек, случайным образом. В первой группе использовалась низкодозовая гиполипидемическая терапия в дозировке 20 мг/сут, во второй высокодозовая – 60 мг/сут. Качество статиновой терапии оценивалось по показателям липидного спектра в динамике.

В дополнение к медикаментозной терапии всем пациентам была назначена гиполипидемическая диета и курс ЛФК для стабилизации массы тела.

Лекарственная гиполипидемическая терапия позволила у пациентов стабилизировать и нормализовать показатели липидного обмена.

Через 3 недели непрерывной терапии статинами, был произведен повторный анализ показателей липидного спектра у обеих групп пациентов.

По результатам контрольного забора крови было выявлено что достичь целевого уровня ХС ЛПНП (1,8 ммоль/л) в I группе удалось в 62% случаев, во II группе в 86% случаев. Уровень ОХ во II группе уменьшился до нормальных значений у 96% пациентов, в I группе у 87%, а ТГ на 89% и 92%, в I и II группах соответственно.

Выводы. В ходе исследования были сделаны следующие выводы:

- для нормализации и стабилизации показателей липидного спектра пациенты обязательно должны получать как немедикаментозную терапию (контроль экзогенно поступающего ХС), так и терапию гиполипидемическими препаратами.

- высокодозовая терапия статинами, в сравнении с низкодозовой, оказалась наиболее эффективной. Так, например, разница в достижении целевого уровня ХС ЛПНП между двумя дозировками гиполипидемической терапии составила 24%.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Гапешин Р.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ХВДП) – это приобретенное аутоиммунное заболевание, протекающее с поражением нервных волокон, проявляющееся в виде мышечной слабости и чувствительных нарушений. В России распространенность ХВДП составляет от 1,24 до 1,9 случая на 100 000 населения. Витамин В9 (фолиевая кислота) является водорастворимым витамином, играющим роль в развитии кровеносной, иммунной и нервной систем, которые широко применяются в неврологии. Однако, значение содержания данного витамина при ХВДП еще не было изучено.

Цель. Оценить влияние витамина В9 на течение ХВДП.

Материалы и методы. Были исследованы 99 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет. Исследо-

вание проводилось на базе 3 неврологического отделения ГМПБ №2 и 2 неврологического отделения ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Каждому пациенту проводился неврологический осмотр с подсчетом баллов по шкале Neuropathy Impairment Score (NIS) и шкале самообслуживания Бартел, а также определение в крови уровня витаминов. Уровень статистической значимости был принят на уровне $p < 0,05$.

Результаты. Было выявлено, что у пациентов с более грубым неврологическим дефицитом и меньшим уровнем самообслуживания, концентрация фолиевой кислоты была значительно ниже, чем у пациентов с менее выраженными расстройствами ($p < 0,05$, умеренная корреляционная связь). Также уровень фолиевой кислоты оказался значительно ниже у пациентов с ХВДП молодого ($9,06 \pm 5,66$) и пожилого возраста ($9,01 \pm 4,89$), по сравнению с больными среднего возраста ($17,78 \pm 8,42$), причем тяжесть ХВДП также была наибольшей у молодых и пожилых пациентов ($p < 0,05$).

Вывод. ХВДП является серьезным инвалидирующим заболеванием, своевременная комплексная терапия которого позволяет достичь положительных результатов. Уровень фолиевой кислоты позволяет предположить степень поражения нервной системы и, по результатам проведенного исследования, рекомендуется исследовать уровень фолиевой кислоты у каждого пациента с ХВДП или подозрением на него и проводить терапию витамином В9 при выявлении его недостатка.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (РИТУКСИМАБ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.,
Конева О.А., Овсянникова О.Б.

Научно-исследовательский институт
ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. В настоящее время накоплены положительные данные о применении анти-В-клеточной терапии (ритуксимаб (РТМ) при системной склеродермии (ССД), в основном описывающие его влияние на кожный фиброз и поражение легких. Однако информации об эффектах на другие органы и системы, а именно на поражение сердца при ССД, недостаточно. Целью данного исследования является оценка изменений признаков поражения сердца у больных ССД на фоне терапии РТМ.

Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент. Средний возраст – 46 лет (17-66), диффузная форма ССД – у 42 пациентов (59%). Продолжительность заболевания $5,6 \pm 4,4$ лет. Средний период наблюдения – 13 ± 2 мес. Средняя кумулятивная доза РТМ – $1,43 \pm 0,6$ г. Все пациенты одновременно получали сопутствующую терапию преднизолоном в низких дозах и 45% – иммуносупрессантами.

Результаты и обсуждение. Частота нарушений ритма и проводимости сердца, диастолической дисфункции не изменились. В то же время, в динамике на фоне снижения общей активности заболевания отмечалось достоверное увеличение фракции изгнания левого желудочка (ФИ) ($p=0,02$) и уменьшение выраженности одышки, что коррелировало с улучшением легочной функции (достоверное увеличение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) ($p=0,0004$)). Приведем клинические случаи двух больных из данной группы с преимущественным поражением сердца, ассоциированным с ССД (ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь были исключены). В первом случае – женщина 46 лет, с диффузной формой ССД. В дебюте синдром Рейно, дигитальные язвы, незначительные интерстициальные изменения в легких по компьютерной томографии, положительные АТ к Scl-70. Получала глюкокортикостероиды (ГКС) 15 мг/сут, иммуносупрессанты (циклофосфамид, метотрексат) с эффектом. Через 8 лет от начала болезни – появление нарушений ритма сердца (наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС), желудочковая экстрасистолия (ЖЭС), ХСН 2А. Антиаритмическая терапия (сотагексал) без эффекта. При осмотре: кожный счет (КС) – 11 баллов, пароксизмальная тахикардия 127 уд/мин, ФИ-36%, адгезивный перикардит. ФЖЕЛ – 95,8%, диффузионная способность легких (ДЛС) – 58,9%. По холтеровскому мониторингу ЭКГ (ХМ-ЭКГ): ЖЭС – 1423, НЖЭС – 68629, паузы – 276. К ГКС (15 мг/сут) был добавлен микофенолата мофетил (ММФ) 2 гр/сут и РТМ 1000 мг по схеме 1 раз в 12 месяцев в течение 4 лет. На фоне терапии – КС снизился до 7 баллов, купировались признаки ХСН, увеличилась ФИ (с 36 до 62%), уменьшилась одышка (по NYHA с 3 до 2), выраженность нарушений ритма сердца (количество НЖЭС с 68629 до 2588, ЖЭС с 1423 до 448, пауз с 276 до 3), увеличилась ФЖЕЛ до 112,5%, ДЛС до 67,8%. Во втором случае – женщина 50 лет, с диффузной формой ССД. Давность заболевания 2 года, дебют с синдрома Рейно, миопатии, нарушений ритма сердца. Получала терапию ГКС (15 мг/сут), циклофосфамид, бета-блокаторы без эффекта. При осмотре: КС – 14 баллов, ХСН 2Б, мерцательная аритмия 120 уд/мин, ФИ – 28%, адгезивный перикардит, плеврит. По ХМ-ЭКГ: ЖЭС – 8416. В легких без выраженных интерстициальных изменений, ФЖЕЛ – 65%, ДЛС – 76%. К ГКС был добавлен ММФ 2 гр/сут и РТМ 1000 мг, по схеме: 1 раз в 12 месяцев, в те-

чение 3 лет. На фоне терапии: КС снизился до 5 баллов, увеличилась ФИ (с 28 до 50%), купировались признаки перикардита, плеврита, уменьшились признаки ХСН, одышка (по NYHA с 4 до 3), количество ЖЭС уменьшилось с 8416 до 708, ФЖЕЛ увеличилась до 74,6%.

Выводы. РТМ в комплексе с традиционной терапией можно рассматривать как потенциально эффективный препарат для лечения поражения сердца при ССД.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Гаффарова А.С., Доля Е.М.,
Репинская И.Н., Садовой В.И.
Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Цель исследования. Анализ применения варфарина и новых антикоагулянтов для лечения ТЭЛА в стационаре.

Материалы и методы. В исследование включены 76 пациентов с установленным диагнозом ТЭЛА, находившиеся на стационарном лечении за период 2008-2018 гг. в кардиологическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», подписавшие информированной согласие на включение в исследование. Обследование и лечение проводилось согласно стандартам, действующим в данный период времени. Диагноз ТЭЛА был установлен по данным КТ-ангиографии и ангиопульмографии. Пациенты были распределены на 2 группы. 1 группа была представлена больными, принимавшими варфарин, со средним возрастом $55,3 \pm 12,4$ лет, из них 19 (39,6%) женщин и 29 (60,4%) мужчин; 2 группу составили пациенты, использовавшие новые антикоагулянты – ривароксабан и дабигатран, средний возраст которых был равен $53,6 \pm 12,6$ лет, 8 (28,5%) женщины и 20 (71,4%) мужчины. Средняя доза варфарина колебалась от 3 до 7 мг для достижения целевого международного нормализованного отношения МНО. Ривароксабан, как правило, назначался в дозе 20 мг в сутки, дабигатран по 150 мг 2 раза в день.

Результаты и обсуждение. При анализе медицинской документации было установлено, что пациентам с массивной ТЭЛА потребовалось проведение тромболитической терапии альтеплазой (актилизе). Это лечение достоверно чаще проводилось пациентам 2 группы (10,4 против 35,7%, $p < 0,05$). Поэтому развитие инфаркт-пневмонии в целом чаще наблю-

далась у больных 2 группы, но различия при этом не были статистически значимыми (16,7% против 25,0%, $p < 0,05$). При массивной ТЭЛА варфарин и новые антикоагулянты принимались с сопоставимой частотой (10,4% против 14,3%, $p > 0,05$). Осложнения ТЭЛА в форме острого, подострого и хронического легочного сердца встречались с сопоставимой частотой в обеих группах (37,5% против 39,3%, $p > 0,05$).

В случае сочетания с нарушением ритма в виде фибрилляции предсердий чаще назначались новые антикоагулянты (14,2% против 8,3%, $p < 0,05$).

ТЭЛА была ассоциирована с тромбозом вен нижних конечностей (тромбофлебит, флеботромбоз и посттромбофлебитический синдром) у 77% пациентов 1-ой и 60% 2-ой группы. Фоновыми заболеваниями при ТЭЛА также были гипертоническая болезнь, онкологические заболевания, ишемическая болезнь сердца, дилатационная кардиомиопатия, опухоль сердца.

Кава-фильтр достоверно чаще был установлен пациентам 1 группы (52,1% против 32,1%, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, согласно нашему исследованию, ТЭЛА у пациентов 1-й и 2-ой группы преимущественно развивалась на фоне тромбоза вен нижних конечностей. Статистически значимых различий развития массивной ТЭЛА, инфаркт-пневмонии и легочного сердца выявлено не было. Существуют различия в назначении антикоагулянтной терапии пациентам с ТЭЛА, которые зависят от фоновой патологии и проводимой терапии. Пациентам, которые принимали ривароксабан, в 3,5 раза чаще проводили тромболитическую терапию альтеплазой. В случаях имплантации кава-фильтра пациентам в 1,6 раз чаще назначался варфарин. Более широкое применение новых антикоагулянтов при ТЭЛА позволит осуществлять более эффективное лечение на стационарном этапе и безопасное долговременное на амбулаторном этапе.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА РЕЦЕПТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 И СТАТИНОВ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И АНТИТЕЛА К ОКИСЛЕННОМУ ЛИПОПРОТЕИДУ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Герасимова Е.В., Попкова Т.В., Мартынова А.В.,
Удачкина Е.В., Новикова Д.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить влияние терапии ингибитором рецепторов интерлейкина 6 – то-

цилизумабом (ТЦЗ) на динамику уровней липидов крови и антител против окисленного липопротеида низкой плотности (оЛПНП) у пациентов с ревматоидным артритом (РА), получающих и не получающих статины.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов с РА (33 женщины и 7 мужчин) с неэффективностью и/или непереносимостью базисных противовоспалительных препаратов (БПВП); медиана возраста составила 54 [45; 61] лет; продолжительности болезни – 110 [62; 168] месяцев (мес); DAS28 – 6,2 [5,1; 7,1] баллов; все больные были серопозитивны по ревматоидному фактору (РФ), 84% – по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). Пациенты получали терапию ТЦЗ 8мг/кг каждые 4 недели: у 39% проведена монотерапия ТЦЗ, у 61% – комбинированная терапия ТЦЗ с БПВП. Больные были разделены на две группы в зависимости от проводимой терапии статинами: I группу составили 22 (55%) больных, получающие аторвастатин в дозе 12 [8; 20] мг/сут в течение 8,5 [1; 20] мес, II группу – 18 (45%) пациентов без терапии статинами. Группы больных не различались по возрасту, полу, длительности и активности РА. У больных обеих групп обнаружена высокая частота традиционных факторов риска (ТФР): дислипидемия была диагностирована у всех пациентов I группы и у 9% больных II группы, артериальная гипертензия – у 74 и 77%, курение – 17 и 15%, избыточная масса тела – 60 и 55%, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) – 34 и 41%, гиподинамия – 68 и 62% больных I и II групп, соответственно. Оценка уровня липидов и оЛПНП-IgG проведена у всех пациентов с РА до начала терапии и после 12 месяцев терапии ТЦЗ. Концентрации холестерина (ХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) определяли стандартными ферментативными методами, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле Фридвальда: $ХС\ ЛПНП = ХС - ТГ/5 - ХС\ ЛПВП$. Уровни антител (иммуноглобулин G (IgG)) к оЛПНП (оЛПНП-IgG) измеряли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. Через 12 месяцев терапии ТЦЗ отмечено снижение активности заболевания в обеих группах пациентов: ремиссия заболевания ($DAS28 \leq 2,6$) была определена у 54% больных I группы и у 50% – II группы, низкая активность ($DAS\ 28 - 3,2-2,6$) – у 46% больных I группы и 39% – II группы.

На фоне терапии ТЦЗ у больных I группы выявлено повышение медианы уровня ХС ЛПВП с 1,6 [1,4; 1,9] до 1,9 [1,6; 2,3] ммоль/л ($p < 0,05$) и снижение ХС ЛПНП с 3,2 [2,7; 3,7] до 2,3 [1,0; 2,9] ммоль/л ($p < 0,05$). Динамики концентраций общего ХС, ТГ и оЛПНП-IgG в сыворотке крови больных I группы

зафиксировано не было. У больных II группы через 12 мес терапии ТЦЗ содержание липидов крови не изменилось. Намеченное повышение концентрации ХС ЛПНП (2,9 [2,4; 3,4] и 3,4 [2,7;4,1] ммоль/л) не достигло статистической значимости ($p>0,05$). У трех пациентов II группы диагностировано повышение уровня ХС ЛПНП более 4,0 ммоль/л. Во II группе больных на фоне терапии ТЦЗ отмечено увеличение содержания оЛПНП-IgG с 208,8 [47,8; 1052,0] до 950,0 [378,2; 1200,0] МЕ/мл $p<0,05$). Каких-либо зависимостей уровня липидов крови и оЛПНП-IgG у больных I и II групп не отмечено.

Заключение. Применение статинов во время терапии ТЦЗ положительно влияет на липидный спектр крови. У пациентов, не получающих статины, через 12 месяцев применения ТЦЗ на фоне снижения активности РА отмечен рост концентрации антител к оЛПНП и отсутствие изменений в липидном спектре крови. Необходимо продолжение исследования с целью изучения отсроченного влияния ТЦЗ на липидный спектр крови и сердечно-сосудистый риск у больных РА.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Герасимова Е.В.¹, Попкова Т.В.¹, Новикова Д.С.¹,
Круглый Л.Б.², Фомичева О.А.²

¹Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,

²Национальный медицинский исследовательский
центр кардиологии,
Москва

Введение. К особенностям атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) при ревматоидном артрите (РА) относят выраженные признаки воспаления сосудистой стенки, высокий риск распада «ранних» бляшек при малочисленности «критических» стенозов, способствующие бессимптомному течению ишемической болезни сердца (ИБС). Напротив, субклинические проявления атеросклероза внутренней сонной артерий (ВСА) у пациентов РА регистрируются значительно чаще его клинических признаков.

Цель. Определить частоту и степень коронарного атеросклероза и выявить их взаимосвязь с атеросклеротическим поражением ВСА у больных РА.

Методы исследования. Обследовано 65 пациентов (м/ж: 25/40) с диагнозом РА и подозрением на ИБС, возраст 59 [51;63] лет, длительность РА – 11 [7-21] лет. 82% больных были серопозитивны по IgM РФ, 58% – по АЦЦП. Активность воспалительного процесса была умеренной DAS 28=4,7 [3,3; 5,8]. Всем больным была выполнена коронароангиография. По выраженности поражения КА пациенты были разделены на 3 группы: с интактными КА (I группа), со степенью стеноза КА до 50% (II группа) и с гемодинамически значимым сужением просвета КА ($\geq 50\%$) (III группа). Атеросклеротическое поражение ВСА оценивали по значению толщины комплекса интима-медиа (КИМ) в виде утолщения интима-медиа ($\geq 0,9$ мм) и обнаружению атеросклеротической бляшки (толщина КИМ $\geq 1,2$ мм).

Результаты. У 19 (29%) больных (м/ж 5/14) изменений КА не обнаружено (I группа), у 24 (36%) (м/ж 5/19) пациентов выявлен атеросклероз КА со степенью стеноза до 50% (II группа). Гемодинамически значимый стеноз КА ($\geq 50\%$) диагностирован у 22 (35%) больных (м/ж 15/7) (III группа), Группы больных не различались по возрасту, длительности и активности РА, частоте традиционных факторов риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение, сахарный диабет, курение, малоподвижный образ жизни, отягощенная наследственность), проводимой терапии. В III группе мужчин было больше, чем в I и II группах (15/23 (65%) и 10/43 (23%), $p<0,05$). Субклинические признаки поражения ВСА встречались с одинаковой частотой в трех группах больных: атеросклеротические бляшки ВСА были определены у 12%, 17% и 19%, утолщение толщины КИМ ВСА – у 51%, 53% и 56% больных I, II и III групп, соответственно. При сравнении толщины КИМ ВСА у пациентов всех групп оказалось, что толщина КИМ левой ВСА была больше у больных III группы по сравнению с I группой (0,76 [0,70; 0,85] и 0,64 [0,62; 0,78] мм, $p=0,001$) и со II группой (0,76 [0,70; 0,85] и 0,70 [0,69; 0,80] мм, $p=0,038$), различий в толщине КИМ правой ВСА замечено не было. У пациентов I группы обнаружены умеренные связи между толщиной КИМ левой ВСА и уровнями ИЛ-6, ФНО α ($R=0,49$, $R=0,45$, $p<0,05$); у женщин II группы – между толщиной КИМ левой ВСА и уровнями холестерина (ХС) ($R=0,36$), ХС ЛПВП ($R=0,48$), триглицеридов ($R=0,47$), $p<0,05$ во всех случаях).

Выводы. У 2/3 больных РА с подозрением на ИБС было обнаружено атеросклеротическое поражение КА разной степени выраженности, у половины из них – гемодинамически значимые стенозы КА. Атеросклеротическое поражение ВСА определялось с одинаковой частотой у больных с интактными КА и с коронарным атеросклерозом. Толщина КИМ левой ВСА должна учитываться для прогнозирования

риска поражения КА. На утолщение КИМ ВСА могут оказывать влияния провоспалительные цитокины (ФНО α и ИЛ-6) и нарушения липидного обмена.

ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ – СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ АЛЛЕРГОЛОГА ИММУНОЛОГА

Гизингер О.А.

Южно-Уральский государственный
медицинский университет,
г. Челябинск

Цель исследования. Проанализировать эффективность современных алгоритмов аллергодиагностики с использованием молекулярно-генетических методов.

Материалы и методы. Обследование пациента с аллергией – многоэтапный процесс. Используемые в РФ тестовые системы позволяют выявлять фактор, ответственный за запуск гиперпродукции IgE. Скрининговым методом аллергодиагностики в педиатрии является Фадиатоп, выполняемый по технологии ImmunoCAP. Технология характеризуется точностью и специфичностью: в минимальном объеме крови можно обнаружить низкие концентрации IgE в 99%. В основе – механизмы реакции иммунофлюоресценции (РИФ), позволяющие повысить его чувствительность и специфичность по сравнению с другими лабораторными технологиями. Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация аллергологов рекомендуют диагностику с использованием ImmunoCAP, как доказавшую свою точность и стабильность результатов в независимых исследованиях, позволяющая обнаружить специфические IgE и определить структуру «виновных» в сенсibilизации организма аллергенных протеинов. Не менее важным является компонент-разделенная аллергодиагностика – комплекс диагностических тестов, в которых выявляют антитела (IgE) к рекомбинантным или выделенным из натуральных источников конкретным аллергенным молекулам.

Результаты и обсуждение. Молекулярная диагностика – технология выбора для оценки риска тяжелых системных реакций. Например, выявление иммуноглобулина E к липидтранспортным белкам растений может свидетельствовать о риске

анафилаксии при контакте с пищевыми продуктами, которые содержат такие аллергены. Проведение компонентной диагностики позволяет выявить или установить механизм перекрестной аллергической реактивности между аллергенами, оценить вероятность системных реакций, подобрать для пациента адекватную диету, выбрать тактику лечения, компоненты для специфической иммунотерапии. Проведение исследований необходимо проводить в сертифицированных лабораториях. Так, например, в ООО «Лаборатория Гемотест», ОГРН 1027709005642, Лицензия: №ЛО-50-01-009799 от 19.06.2018 г. проводится полный цикл аллергодиагностики современными методами. Комплексы включают от 4-х до 16-ти аллергенов: грибковые аллергены IgE, грибковые аллергены (расширенная) IgE, бытовые аллергены IgE, экзема IgE, пищевая аллергия IgE, астма и ринит IgE, и др. В РФ Л.С. Намазовой-Барановой с соавторами разработан алгоритм диагностики:

1 этап – определение клинических проявлений аллергии, выявление анамнестических особенностей, жалоб, клинических симптомов;

2 этап – заключение об IgE-зависимом механизме аллергии на основании анализа результатов скрининговых тестов, выбранных в зависимости от клинических симптомов аллергии и сезонности проявлений;

3 этап – выявление источника аллергенов, «виновного» аллергена, наиболее значимого для пациента, с использованием тестовых панелей, объединяющих клинически значимые аллергены;

4 этап – поиск индивидуальных аллергенов, вызвавших заболевание у конкретного больного, не вошедших в поисковые диагностические модули;

5 этап – выявление антител к выявленным компонентам значимых для пациента аллергенов.

СИСТЕМНАЯ И ТОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Гизингер О.А.¹, Карандашов В.И.²

¹Южно-Уральский государственный
медицинский университет,

²Государственный научный центр
лазерной медицины имени О.К. Скобелкина,
г. Челябинск

Цель исследования. Изучить влияние системной и локальной лазеротерапии монохроматическим когерентным светом длиной волны 632 нм

на состояние факторов локальной и системной антимикробной защиты у пациентов бактериальным риносинуситом.

Материалы и методы. Проведено исследование влияния света с длиной волны 632 нм на факторы системные и локальные факторы антимикробной защиты. Сеансы внутривенного лазерного облучения крови с использованием аппарата «Лазмик-ВЛОК», сеансы локальной лазеротерапии проходили с использованием аппарата «Мустанг-2000» через день №5 каждого вида воздействий на фоне системной антибиотикотерапии в соответствии с результатами типирования чувствительности к антибактериальным препаратам. Всем пациентам было определено: спектр возбудителей бактериального риносинусита; определение чувствительности, выделенных возбудителей к разным классам антимикробных препаратов; анализ клинической эффективности антимикробной терапии у 52 пациентов в возрасте 19-46 лет с бактериальным риносинуситом и длительностью симптомов >7 суток, включенных в исследование. Взятие материала для бактериологического исследования осуществлялось в день первичного обращения пациентов. Посев и определение чувствительности выполнены в ООО «Лаборатория Гемотест», ОГРН 1027709005642, Лицензия: №ЛО-50-01-009799 от 19.06.2018 г. Идентификацию пневмококков проводили по морфологическим признакам колоний на кровяном агаре, наличию α -гемолиза, биохимическим особенностям. При идентификации *S. pyogenes* учитывали характер роста на кровяном агаре, β -гемолиз, биохимическим особенностям. Интерпретацию результатов и контроль качества проводили при каждом определении чувствительности к антибактериальным препаратам. Клеточные факторы местной противоинфекционной защиты и их активность в периферической крови изучены по показателям активности и интенсивности фагоцитоза, кислородзависимому метаболизму, лизосомальной активности.

Результаты и обсуждение. В группе больных, в комплекс мероприятий которым было включено воздействие лазерным излучением на слизистую оболочку полости носа и проведение процедуры внутрисосудистого лазерного излучения, клиническое выздоровление и эрадикация патогенных микроорганизмов наступила в 95,15% случаев, у пациентов, пролеченных с помощью методов антибиотикотерапии клиническое выздоровление наступило в 76,23% случаев, отмеченная до лечения дисфункция клеточных факторов местной и системной противоинфекционной защиты, выраженная в увеличении количества лейкоцитов, повы-

шении % жизнеспособных нейтрофилов, усилении лизосомальной активности, кислородзависимого метаболизма по НСТ-тесту, снижении функционального резерва, активности и интенсивности фагоцитоза нейтрофильных гранулоцитов была успешно восстановлена у пациентов получивших лечение лазером низкой интенсивности. При включении физиотерапевтического воздействия выявлено снижение числа лейкоцитов с $11,61 \pm 0,59 \times 10^9$ до $6,38 \pm 0,3 \times 10^9$, количества жизнеспособных нейтрофилов с $7,61 \pm 0,50\%$ до $3,92 \pm 0,20\%$. также выявлено снижение лизосомальной активности нейтрофилов в периферической крови с $66,10 \pm 2,39\%$ до $18,67 \pm 1,30\%$.

Вывод. Применение системной и топической лазеротерапии при лечении бактериального риносинусита, оказывает нормализующее действие на клеточные факторы противоинфекционной защиты макроорганизма и нормализует клиническую картину.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Гизингер О.А.¹, Силкина Т.А.²

¹Южно-Уральский государственный
медицинский университет,
²ООО «Гемотест»,
г. Челябинск

Цель исследования. Изучить возможности инновационных методов диагностики инфекционной патологии дыхательных путей, повышающих качество терапевтических мероприятий.

Материалы и методы. Возможности современной лаборатории позволяют в 80% случаев и выше провести индикацию и идентификацию патогенных микроорганизмов с определением антибиотикочувствительности. Взятие материала для бактериологического исследования рекомендуется осуществлять в день первичного обращения пациентов. Посев и определение чувствительности к антибактериальным препаратам рекомендовано осуществлять в сертифицированных лабораториях, в частности ООО «Лаборатория Гемотест», ОГРН 1027709005642, Лицензия: №ЛО-50-01-009799 от 19.06.2018 г. Большую помощь в автоматизации бактериологической лаборатории играет лабораторная информационная система. Система штрихкодирования позволяет ускорить процессы

фиксации и сопровождения биопробы от момента создания заявки до выдачи результатов. Система позволяет проконтролировать биоматериал на всех этапах исследования. Использование штрихкодирования для всех видов биоматериала исключает возможность неправильного ввода данных и не требует контроля оператора, уменьшает риск ошибок и получение недостоверного результата. Руководствуясь характером поступившего материала при проведении микробиологического исследования, подбирается набор питательных сред, оптимальный для искомого возбудителя. Для их приготовления в ООО «Лаборатория Гемотест» используется современная автоматическая система для приготовления, стерилизации и розлива питательных сред: автоматическая средоварка и разливающий модуль (ProfiClave10 – PetriSwiss20 BIOTOOL SWISS, Швейцария). Использование специальных и хромогенных сред позволяет сократить время и избежать дополнительных тестов для идентификации микроорганизмов. Использование иммунохроматографических экспресс-тестов и латекс-тестов для определения антигенов возбудителей инфекции позволяет представить результаты идентификации в течение суток. Например, идентификацию пневмококков проводят по морфологическим признакам колоний на кровяном агаре, наличию α -гемолиза, биохимическим особенностям. При идентификации *S. ruogenes* учитывают характер роста на кровяном агаре, β -гемолиз, биохимическим особенностям. Интерпретацию результатов и контроль качества проводят при каждом определении чувствительности к антибактериальным препаратам. Этиологический диагноз устанавливается в 60% случаев, что соотносится со стандартами Комитета по клиническим лабораторным стандартам США (CLSI).

Результаты и обсуждение. Для идентификации микроорганизмов приоритетным является использование автоматических микробиологических анализаторов: VITEK® 2, (BioMérieux, Франция) и WalkAway 96 Plus (Siemens Healthcare Diagnostics, Германия), которое позволяет в 24 часа, с 99% чувствительности и 99,5% специфичности (превосходящей на 16% обычное микробиологическое исследование) идентифицировать более 400 видов клинически значимых микроорганизмов.

Вывод. Использование микробиологического анализатора выделения микроорганизма дает возможность достоверно определить его чувствительность к спектру антибиотиков, состоящему из 50 препаратов и имеющему более 70 комбинаций. Анализатор автоматически выбирает наиболее эффективный антибактериальный препарат с учетом путей его введения и позволяет контролировать проводимую терапию.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБАВОЧНЫМИ ПОЧЕЧНЫМИ АРТЕРИЯМИ

Гладких Н.Н.¹, Редько Ю.П.^{1,2}, Ягода А.В.¹

¹Ставропольский государственный медицинский университет,

²Ставропольская краевая клиническая больница, г. Ставрополь

Цель исследования. Изучить фильтрационную функцию почек у молодых пациентов с добавочными почечными артериями и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 40 пациентов (33 мужчины и 7 женщин, средний возраст 27,05±0,92 лет) с АГ и добавочными почечными артериями. АГ соответствовала 1-2 степени. Патологическое ремоделирование левого желудочка имели 45% больных. Добавочные почечные артерии верифицировали методом мультиспиральной компьютерной томографии, выполненной по сосудистой программе и ретроградной (трансфеморальной) аортоаортоангиографии. Добавочные почечные артерии входили в верхний полюс (60%), реже – в нижний полюс (32,5%), в единичных случаях (5%) – одновременно в оба полюса и в одном случае отмечена ранняя бифуркация. У 60% больных добавочная почечная артерия была одиночной, у 40% – множественные (2-5). Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) проводили по уравнению СКД-ЕРІ. Группы сравнения сформировали: 15 пациентов с добавочными почечными артериями без АГ и 15 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics (версия 21 для Windows). Применяли однофакторный дисперсионный анализ с поправкой Bonferroni. Различия считались статистически значимыми при величине $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных АГ с добавочными почечными артериями СКФ была значительно ниже (94,62±3,14 мл/мин/1,73 м²), чем у здоровых (110,29±1,85 мл/мин/1,73 м²; $p=0,010$). СКФ у пациентов с добавочными почечными артериями без АГ (106,59±2,96 мл/мин/1,73 м²) не отличалась от таковой у здоровых людей ($p=1,000$). Снижение СКФ было верифицировано у 16 (40%) больных АГ с добавочными почечными артериями, при этом у 15 отмечено незначительное снижение (61,0-87,0 мл/мин/1,73 м²), а у 1 – существенное (36,42 мл/мин/1,73 м²). СКФ у больных АГ в случаях множественных добавочных почечных ар-

терий была ниже таковой у здоровых ($93,08 \pm 5,55$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$; $p=0,040$), тогда как у пациентов с одной добавочной почечной артерией различия у здоровых и больных отсутствовали ($p=0,068$). СКФ не зависела от локализации добавочных почечных артерий ($95,48 \pm 3,99$ и $94,89 \pm 5,96$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ соответственно с верхнеполюсным и нижнеполюсным вхождением; $p=0,935$). СКФ у больных АГ с добавочными почечными артериями и другими аномалиями органов мочевыводящей системы (преимущественно удвоение чашечно-лоханочного аппарата) была ниже ($88,51 \pm 4,85$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$), чем у пациентов с добавочными почечными артериями без АГ ($p=0,009$) и у здоровых людей ($p=0,001$), и определялась на относительно более низком уровне, чем у больных АГ без других аномалий органов мочевыводящей системы ($102,09 \pm 3,43$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$; $p=0,065$). СКФ у больных АГ с добавочными почечными артериями была отчетливо ниже при наличии патологического ремоделирования левого желудочка ($89,06 \pm 12,75$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$), чем в группах с добавочными почечными артериями без АГ ($p=0,022$) и у здоровых людей ($p=0,003$). У больных АГ с нормальной геометрией левого желудочка СКФ ($99,17 \pm 3,93$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$) не отличалась от таковой в группах сравнения ($p>0,05$).

Вывод. У молодых больных АГ с добавочными почечными артериями снижение СКФ ассоциировано с множественными (2-5) добавочными артериями, другими анатомическими особенностями органов мочевыводящей системы (преимущественно удвоением чашечно-лоханочного аппарата) и патологическим ремоделированием левого желудочка.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕМОРА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОМ ТРЕМОРЕ И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Говорова Т.Г., Попова Т.Е., Таппахов А.А.
Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова,
г. Якутск

Тремор – наиболее распространенный гиперкинез, характеризующийся произвольными, колебательными, ритмичными движениями какой-либо части тела. Для количественной оценки тремора применяется поверхностная электромиография (тремография), с помощью которой можно определить не только частотные характеристики тремора, но и изучить свойства тремора, для диф-

ференциальной диагностики различных видов дрожательных гиперкинезов.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа параметров треморографии у пациентов с эссенциальным тремором и болезнью Паркинсона.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 2 группы пациентов: 20 пациентов с диагнозом эссенциальный тремор (ЭТ) и 9 пациентов с дрожательной формой болезни Паркинсона. Медиана возраста в группе пациентов с БП и ЭТ составила 65 [54; 77] и 62 [35,5; 68,7] года соответственно. Тремографическое исследование проводилось на электромиографе «Нейро-МВП-8» (Нейрософт, Россия) с использованием поверхностных электродов с локтевого сгибателя и разгибателя кисти. Электромиографическая запись проводилась в покое, в положении вытянутых вперед рук, с когнитивной нагрузкой и при нагрузке весом 500 и 1000 гр. Анализировались наиболее часто генерируемые частота и амплитуда тремора.

Результаты и обсуждение. Медиана частоты тремора покоя у пациентов с БП и ЭТ составила: 5,5 [4,5; 5,5] и 8,5 [6,0; 11,1] Гц соответственно ($p=0,006$, $U=25,5$, $Z=2,63$). Медиана амплитуды тремора покоя оказалась статистически значимо выше в группе пациентов с БП (1,7 мкВ [0,79; 6,49]), чем в группе пациентов с ЭТ (0,3 мкВ [0,1; 0,86]) ($p<0,001$, $U=17$, $Z=3,06$). Оценка постурального тремора в исследуемых группах выявила одинаковую частоту тремора (6,5 Гц), но амплитуда дрожания была выше в группе пациентов с ЭТ (2,8 мкВ против 1 мкВ, $p>0,6$). При изучении постурального тремора с когнитивной нагрузкой в группе БП получено визуальное нарастание треморной активности мышц, а также нарастание амплитуды тремора: медиана амплитуды 5,4 мкВ [1,9; 11,7] против 2,97 [2,13; 5,11] ($p=0,22$, $U=32$, $Z=1,26$). В группе пациентов с ЭТ когнитивная нагрузка не влияла на характеристики тремора. При анализе в изучаемых группах разности амплитуд постурального тремора при когнитивной пробе и постурального тремора выявлено, что разность амплитуд в первой группе составила 3,8 мкВ [-2,58; 0,65], во второй группе отмечалось уменьшение данного показателя до -1,23 [-2,58; 0,65] ($p<0,001$, $U=12$, $Z=3,31$). Проба с весом не вызывала снижения частоты тремора более чем на 1 Гц в обеих исследуемых группах ($p<0,94$, $U=75$, $Z=-0,1$), что подтверждает центральный генез дрожательных гиперкинезов в данных группах.

Заключение. При сравнительном анализе параметров треморографии продемонстрирована низкая частота паркинсонического тремора. Амплитуда тремора статистически значимо выше в группе пациентов с БП. При когнитивной нагруз-

ке в группе пациентов с БП статистически значимо увеличивалась амплитуда тремора. Согласно литературным данным, нарастание амплитуды тремора при когнитивной нагрузке считается характерной чертой тремора покоя, отличающей его от других типов тремора. Таким образом, треморография является доступным, простым, информативным методом дифференциальной диагностики различных видов тремора.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АМИЛОИДНОЙ АНГИОПАТИИ

Голдобин В.В., Ключева Е.Г., Осипова М.Ю.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Церебральная амилоидная ангиопатия (ЦАА) – заболевание малых артерий и капилляров головного мозга, характеризующееся отложением β -амилоида в сосудистой стенке. Частота ЦАА увеличивается с возрастом, у лиц пожилого возраста заболевание может протекать бессимптомно. Одним из вариантов ЦАА является церебральная амилоидная ангиопатия, связанная с воспалением (вЦАА), обусловленная отложением амилоида с развитием вторичных воспалительных изменений.

Цель исследования. Оценить эффективность пульс-терапии кортикостероидными препаратами на течение и прогрессирование заболевания у пациентов с вЦАА диагностированной на стадии ранних клинических проявлений.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находятся 3 пациента с вЦАА. Для диагностики заболевания были использованы нейровизуализационные критерии, предложенные Chung K.K. et al. (2011), включающие асимметричность поражения белого вещества при наличии критерияльных признаков ЦАА: церебральных микро- и/или макрокровоточиваний, а также поверхностного гемосидероза борозд и извилин.

Результаты. Указанной группе пациентов проводилось введение метилпреднизолона в дозе 250 мг внутривенно капельно через день, курсом 3-5 инъекций. Клиническое течение заболевания характеризовалось регрессом цефалгического синдрома, уменьшением выраженности лейкоарайоза при контрольных исследованиях МРТ. Повторное введение метилпреднизолона проводится каждые 6 месяцев, катанез наблюдения за пациентами превысил 2

года, побочных явлений и нежелательных реакций, в настоящее время, не отмечено.

Выводы. Курсовое введение кортикостероидов влияет на прогрессирование воспалительной формы церебральной амилоидной ангиопатии. В отличие от длительного постоянного перорального приема глюкокортикоидов курсовое внутривенное введение препарата не сопровождалось развитием побочных реакций в течение двухлетнего наблюдения за пациентами.

ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Головкин В.И., Гулак Д.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Диабетическая энцефалопатия (ДбЭ) развивается у пациентов с сахарным диабетом 2-типа (СД-2) в 80% случаев. Однако, общепринятых диагностических критериев до сих пор не выработано (О.С. Левин, О.В. Бабкина). С увеличением срока заболевания и возраста пациентов, энцефалопатия приобретает смешанный (дисметаболический и дисциркуляторный) характер (М.А. Гуревич, 2017). В связи со сменой парадигмы СД-2 с углеводоцентрической на липидоцентрическую появились исследования о роли гипохолеsterинемии в патогенезе ДбЭ. Показано, что значение общего сывороточного холестерина при ДбЭ ниже 4,6 ммоль/л, а это целевые цифры кардиологов (по NУНА) при липидозависимых заболеваниях, приводит к увеличению смертности стариков на 35% больше, чем при гиперхолеsterинемии (С.Е. Salmond et al., 1985).

Цель исследования. У пациентов ДбЭ одной возрастной группы, но с различным «стажем» СД-2, оценить зависимость прогрессирования когнитивных нарушений как главного симптома ДбЭ (R. de Jong, 1950) от уровня холеsterинемии.

Материал и методы. Обследовано две группы больных одинакового возраста 80 ± 3 года. В первую группу вошли пациенты с давностью СД-2 $6,0 \pm 1,0$ лет, а во вторую с давностью СД-2 $17,0 \pm 4,0$ лет. Проводился неврологический и соматический осмотр, нейропсихологическое тестирование с использованием таблиц Шульце и MMSE, делались биохимические анализы крови для определения уровня гипергликемии и содержания общего холеsterина крови.

Результаты. У всех пациентов выявлены астено-вегетативный, вестибулярно-атактический, пирамидной недостаточности синдром, микроочаговая полушарная и стволовая неврологическая симптоматика (симптомы орального автоматизма, анизокория, нарушение конвергенции и др.). Уровень гипергликемии в обеих группах составлял $14,0 \pm 3,0$ ммоль/л. Во второй группе обследованных, по результатам MMSE, выявлены когнитивные нарушения до уровня деменции ($21,3 \pm 1,25$ баллов). В первой группе гипохолестеринемия ниже $4,3$ ммоль/л определена в 40% случаев, а во второй группе – в 80% случаев.

Обсуждение. Таким образом, прослежена положительная зависимость прогрессирования когнитивных нарушений у больных ДБЭ от уровня гипохолестеринемии: чем ниже уровень холестерина в крови больных, тем выраженнее симптоматика когнитивных нарушений. Возможно, гипохолестеринемия свидетельствует о снижении функций печени из-за жирового гепатоза обусловленного триглицеридами и, как следствие, о нарушении синтеза транскриптерных белков.

Вывод. В диагностику ДБЭ в качестве соматического симптома следует включить определение уровня гипохолестеринемии.

ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Волков А.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. ББ – системный васкулит, характеризующийся рецидивами афтозного стоматита, язвami в области гениталий, увеитом и др. системными проявлениями.

Увеличение толщины комплекса интима медиа (КИМ) и повышение концентрации высокочувствительного С реактивного белка (hsCRP) в сыворотке крови рассматриваются как параметры субклинического атеросклероза.

Цель. Оценить толщину КИМ у больных с ББ и сопоставить данные с контрольной группой.

Материалы методы. В исследование включены 42 мужчин с ББ. Средний возраст – $31,5 \pm 7,9$ лет, длительность болезни – $9,0 \pm 7,7$ лет. Контроль составили 20 здоровых мужчин подобранных по возрасту. КИМ исследовалась с помощью высокочувствительной В-модальной ультрасонографии.

Концентрация hsCRP определялась иммунонефелометрическим методом.

Результаты. В зависимости от толщины КИМ все обследованные были разделены на три подгруппы: а) $0,3-0,59$ мм. (пациентов с ББ в подгруппе 26%, контрольной группы 5%, $p=0,04$); б) $0,6-0,89$ мм (пациенты с ББ 67%, контроль 95%, $p=0,01$); в) $0,9-1,1$ мм. (пациенты с ББ 7%, контроль 0%, $p=0,6$). Корреляции между толщиной КИМ и сосудистыми проявлениями ББ не получено. Атеросклеротическая бляшка обнаружена только у одного ББ с метаболическими нарушениями на фоне длительного приема глюкокортикоидов, в контрольной группе атеросклеротической бляшки не обнаружено. hsCRP (мг/л) достоверно выше у больных ББ – $5,1 \pm 23,3$ по сравнению с контролем – $0,57 \pm 0,80$, $p=0,025$.

Выводы. Нами не получено данных в пользу раннего атеросклероза у больных ББ. Толщины КИМ менее $0,6$ мм достоверно чаще при ББ. Истончение КИМ может быть одним из факторов риска формирования аневризм артерий у больных с ББ.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА (ББ)

Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Волков А.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. ББ – системный васкулит с поражением сосудов любых размеров и локализаций.

Цель. Выявить частоту эндотелиальной дисфункции (ЭД) у больных с ББ и ее возможную связь с суррогатными маркерами атеросклероза.

Материалы и методы. У 17 мужчин с ББ, ср. возраст – 28 лет (25-31), длительностью болезни – 7,5 лет (4,5-10), без признаков сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза и низким суммарным коронарным риском (СКР) определялись функция эндотелия ультразвуком высокого разрешения методом поток зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии, а также маркеры атеросклероза - толщина комплекса интима медиа (ТИМ) В-модальной ультрасонографией сонных артерий и липидный спектр сыворотки крови (ХС, ХС ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, индекс атерогенности). Статистический анализ проведен непараметрическими методами, указаны медиана (интерквартильный разброс), коэффициент корреляции R Spearman.

Результаты. Медиана ЭЗВД составила 10,7% (7,7-11,6%). ЭЗВД менее 10%, что является крите-

рием ЭД, отмечена у 6 (35%) больных, ср. уровень холестерина – 4,8 ммоль/л (4,3-5,3), дислипидемия выявлена у 10 (58%) больных. Обнаружена отрицательная связь ЭД с общим холестерином ($R=-0,51$ $p=0,03$), корреляции ЭЗВД с ТИМ и СКР не прослежено. Выявлена прямая зависимость ЭД с длительностью заболевания ($R=0,56$ $p=0,02$). Достоверной зависимости ЭД с клиническими проявлениями ББ не получено ($p>0,05$).

Заключение. ЭД выявлена у трети больных, связи последней с ТИМ и СКР не получено. Роль ЭД в генезе васкулита при ББ требует уточнения.

АНТИГЕН HLA-B51 У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА В РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Гусева И.А.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить связь антигена HLA B51 с клиническими проявлениями болезни Бехчета (ББ) в разных этнических группах.

Материалы и методы. Обследовано 160 больных 5 этнических групп (русские, дагестанцы, чеченцы, азербайджанцы, армяне) с достоверной ББ.

Отношение М:Ж среди русских было равным, у дагестанцев 5,4:1, чеченцев 2,6:1, азербайджанцев 3,2:1, армян 1,8:1. Средний возраст пациентов составил 31 год [24;37], ср. возраст начала болезни – 21 год [15;28]; средняя продолжительность заболевания – 7 лет [3;15].

Типирование антигенов HLA класса I осуществлялось стандартным микролимфоцитотоксическим методом с использованием набора антилейкоцитарных сывороток.

Результаты. Позитивность по антигену HLA-B51 составила 68,7% больных. Последний достоверно реже встречался у русских пациентов по сравнению с другими группами (44,7% против 68,9% у армян, 77,8% у чеченцев, 78,4% у дагестанцев, 80% у азербайджанцев), $p<0,01$. Клиническая картина ББ у позитивных и негативных по антигену B51 больных не отличалась за исключением увеита, который достоверно чаще был у носителей этого антигена (61,8% против 34,0%, $p<0,01$).

Заключение. Антиген HLA-B51 достоверно реже встречается у русских по сравнению с другими и ассоциируется с увеитом у пациентов всех этнических групп.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА ТЕЛА МЕТОДОМ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБЦИОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Кондратьева Л.В.,
Смирнов А.В., Насонов Е.Л.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Жировая ткань – активный эндокринный орган, который синтезирует адипокины. Обсуждается связь адипокинов с маркерами активности и воспалением при ревматоидном артрите (РА). У пациентов с РА отмечается перераспределение массы тела (абдоминальное ожирение). Использование индекса массы тела и окружности талии в качестве стандартного диагноза ожирения не позволяет различать жировую и «тощую» массы. Выполнение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) позволяет определить количественный состав тела (КСТ) (жировая и «тощая» массы) у пациентов с РА.

Цель. Сравнить показатели КСТ в группах больных ранним РА с разной активностью заболевания до и после назначения терапии (в динамике через 24 недели с использованием различных схем терапии).

Материалы и методы. Исследование включало 37 пациентов с ранним РА (критерии ACR/EULAR, 2010), 57 [46,5, 62,0] лет, продолжительность заболевания 6,0 [5,5, 15,5] месяцев, сероположительных по IgM РФ и АЦЦП, с высокой активностью РА (DAS28 5,5 [5,1; 5,9], SDAI 32,4 [22,4, 41,7], CDAI 29,0 [19,7, 39,5]). При включении в исследование все пациенты получали метотрексат (МТ) (10 [10-15] мг/1 раз в неделю подкожно), через 12 недель при неэффективности МТ, 19 пациентам (51%) к терапии добавлен адалимумаб 40 мг 1 раз в 2 недели. Количественный состав тела определяли исходно и через 6 месяцев методом ДРА на аппарате HOLOGIC (США), анализируя следующие параметры: жировую массу и массу тканей, лишненную жира («тощая масса»), которая состоит из общей клеточной массы, экстрацеллюлярной жидкости, твердых внеклеточных компонентов.

Результаты. В зависимости от активности РА (индекс DAS28) к 24 неделе терапии, пациенты разделены на 2 группы: первая ($n=18$) – пациенты с

ремиссией/низкой активностью РА, вторая (n=19) – с умеренной/высокой активностью РА. Исходно группы различались по массе жировой ткани: данный показатель был выше в группе пациентов с умеренной/высокой активностью, по сравнению с группой больных с ремиссией/низкой активностью РА: 30,2 кг против 19,4 кг.

В первой группе больных до лечения и через 6 месяцев терапии наблюдалось статистически значимое снижение «тощей массы»: 45,2 кг против 41,6 кг. Уменьшение массы жировой ткани через 24 недели терапии отмечалось во второй группе пациентов с РА: 30,2 кг против 28,2 кг. Разность показателей между группами к 6 месяцу терапии отмечена в отношении массы жировой ткани. Указанный показатель КСТ также был выше у пациентов с умеренной и высокой активностью РА, по сравнению с группой больных с ремиссией/низкой активностью РА: 28,2 кг против 18,9 кг ($p < 0,05$ во всех случаях).

Выводы. пациенты с РА, достигшие ремиссии/низкой активности через 6 месяцев терапии, изначально имели меньший объем жировой ткани, по сравнению с больными с умеренной и высокой активностью РА.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ

Гордеева И.Е., Ансаров Х.Ш.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель. Профилактика обострения межприступном периоде.

Материал и методы. В группу исследования вошли 37 пациентов (35 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 19 до 54 лет (средний возраст 35,4+6,8 лет), которые обратились амбулаторно по поводу учащения и утяжеления приступов мигрени. Большинство больных отмечали повышенную тревожность (81,1%), снижение активности и утомляемость (75,7%), раздражительность (54,1%), эмоциональную неустойчивость (40,5%), нарушение сна (40,5%), гипотензию (45,9%), снижение памяти и внимания (59,4%), снижение настроения (83,7%), снижение работоспособности и интеллектуальной продуктивности (78,4%). Всем больным предлагали вести дневник головной боли с учетом приступов мигрени, их длительности и интенсивности головной боли по шкале ВАШ, локализации головной боли, сопутствующих симптомах – фотофобии, фонофобии, тошноты/рвоты, указания пре-

паратов, применяемых для купирования приступа мигрени, их эффективности и длительности эффекта, а также возможных побочных эффектов. Для подтверждения диагноза были использованы следующие диагностические методики: критерии диагностики эпизодической и хронической мигрени (МКГБ – II); визуально-аналоговая шкала ВАШ (от 0 до 10); шкала функциональной активности при мигрени МИДАС; МРТ для исключения вторичного характера головной боли; специально разработанная анкета для выявления коморбидных расстройств. Для купирования приступа мигрени больным подбирали препарат из группы триптанов – суматриптан, золмитриптан и т.п., при его неэффективности – НПВС или комбинированный анальгетик в сочетании с метоклопрамидом. В качестве профилактической терапии использовались препараты, рекомендованные Российской ассоциацией по изучению головной боли – антиконвульсанты и антидепрессанты. В качестве препарата для купирования нарушения памяти и/или внимания, снижение интеллектуальной продуктивности и общей активности, эмоциональной неустойчивости, астенического и астенодепрессивного синдрома всем больным был назначен идебенон (нобен) в дозе 90 мг в сутки (утром – 60 мг, в обед – 30 мг) курсом 3 месяца.

Результаты. У 25 больных была эпизодическая мигрень – от 5 до 8 приступов в месяц, а у остальных – хроническая мигрень (более 15 приступов в месяц). У 23 пациентов (62,2%) была диагностирована мигрень без ауры, у 14 (37,8%) – мигрень с аурой (чаще всего – зрительной аурой). До начала курса терапии в группе обследованных средний балл по шкале ВАШ был 7,9+1,8 см. По данным шкалы МИДАС, средний балл потери трудоспособности был 19,84 +3,4, то есть выявлялось выраженное снижение трудоспособности.

По данным МРТ и МРТ-ангиографии, у 16 пациентов (43,2%) были выявлены дисциркуляторные очаги в белом веществе полушарий – сосудистой демиелинизации, глиоза, явления заместительной наружной гидроцефалии – у 9 больных (24,3%), ретроцеребеллярная киста у 5 человек (13,5%), незамкнутый Виллизиев круг – у 5 пациентов (13,5%), гипоплазия ПА с одной стороны – у 7 больных (18,9%), гипоплазия ПМА – у 2 пациентов (5,4%), трифуркации ВСА – у 3 пациентов (8,1%). По данным дневников головной боли была отмечена хорошая переносимость комплексной терапии триптанами, препаратами профилактической терапии и нобена. Терапия нобеном в особенности – хорошо переносилась больными, отмены терапии из-за возникновения побочных эффектов не потребовалось ни в одном случае. После окончания курса терапии в

группе обследованных средний балл по шкале ВАШ значительно снизился – после 1-го месяца терапии – до 4,6+1,7 см, после 2-го – до 4,3+1,8 см, после 3-го до 3,8+1,6 см. По данным шкалы МИДАС, средний балл потери трудоспособности после 3-х месяцев терапии стал 7,5+2,2, то есть было заметно выраженное усиление функциональной активности и работоспособности. Большинство пациентов (94,6%) отметили улучшение общего самочувствия и работоспособности, а также урежение приступов мигрени уже в конце 1-месяца терапии нобеном, что можно объяснить его механизмом действия. В целом, после окончания курса терапии, повышенную тревожность отмечалась у 16,2%, снижение активности и утомляемость (10,8), раздражительность (18,9%), эмоциональную неустойчивость (21,6%), нарушение сна (10,8), гипотензию (35,1%), снижение памяти и внимания (18,9%), снижение настроения (27,1%), снижение работоспособности и интеллектуальной продуктивности (27,1%).

Выводы. Комбинация специфического лечения мигрени с препаратом из группы ноотропов дала возможность получить хороший и продолжительный результат и позволила повысить эффективность лечения и значительно улучшить качество жизни пациентов.

ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ГИПОДЕРМАЛЬНЫХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМИ (АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПРИЗНАКАМИ АУТОИММУННОГО СИНДРОМА, ИНДУЦИРОВАННОГО АДЬЮВАНТАМИ

Гореликова А.Ю.¹, Лапин С.В.³, Маслянский А.Л.⁴,
Инамова О.В.², Гайдукова И.З.¹, Мазуров В.И.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,

⁴Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Введение. По данным литературы аутоиммунный (аутовоспалительный) синдром, индуцированный адьювантами, или АСИА, [от англ:

Autoimmune (auto-inflammatory) syndrome induced by adjuvants – ASIA] представляет собой системную иммунопатологическую реакцию в ответ на контакт с различными иммуностимулирующими веществами, поступающими в организм из окружающей среды. Клинически АСИА характеризуется неспецифическими проявлениями, которые входят в симптомокомплекс большинства ревматических синдромов, а также являются частью клинических проявлений некоторых аутоиммунных демиелинизирующих неврологических заболеваний. Ключевая роль в развитии АСИА отводится воздействию адьювантов-веществ, которые не имеют собственных антиген-специфических свойств, но способны ускорять, пролонгировать и усиливать антиген-специфические иммунные ответы. В роли адьювантов могут выступать огромное количество веществ, поступающих в организм извне. В большинстве стран мира наблюдается увеличение частоты аутоиммунных заболеваний (АИЗ), в том числе системных ревматических заболеваний, заболеваний ЖКТ, эндокринных и неврологических расстройств, что связывают с рядом этиологических факторов, общих для АСИА и АИЗ.

Цель исследования. Установить взаимосвязь между частотой использования альтернативных гиподермальных косметологических процедур (ГКП), признаками аутоиммунного синдрома, индуцированного адьювантами (АСИА) и развитием АИЗ.

Материалы и методы. На первом этапе проведен литературный поиск в системах PubMed и Elibrary. На втором этапе с помощью специально разработанной анкеты проведено анонимное анкетирование 137 пациенток с АИЗ и(или) аутовоспалительными заболеваниями (АВЗ), проходящих стационарное лечение в ревматологическом стационаре (СПб ГБУЗ КРБ 25, ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова»). Критериями включения был женский пол, возраст от 18 до 75 лет, информированное согласие на участие в опросе.

Результаты и обсуждение. В последнее время в литературе обсуждается роль контакта с адьювантоподобными веществами в развитии АИЗ у женщин, подвергающихся различным косметологическим процедурам. Нами проанализировано 20 статей (статьи без доступа к полному тексту, статьи не на английском и русском языках, статьи без четкого описания методологии исключались). По данным проведенного анализа к самым распространенным адьювантам можно отнести кремний-органические полимерные соединения в составе силиконовых грудных имплантов (по данным 10 статей описано более 200 случаев АСИА, развившегося у пациенток, перенесших пластические операции по увеличению молочных желез).

Результат проведенного нами анонимного анкетирования больных АИЗ и(или) АВЗ (n=137) показал, что доля женщин, когда-либо пользовавшихся гиподермальными косметологическими процедурами (ГКП), составила 23,4% (32/137), а их средний возраст $44,0 \pm 13,0$ лет. Из них 26 женщин имели ревматологический диагноз АИЗ и (или) аутовоспалительного заболевания, 3 – рассеянный склероз, 3 – неуточненные заболевания соединительной ткани, у одной из которых в анамнезе-аугментационная маммопластика. Среди женщин, больных ревматическими АИЗ и(или) АВЗ (n=26): 34,6% (9/26) имеют системные заболевания соединительной ткани, среди которых 3 случая системного склероза, 3 – системной красной волчанки, 2 – болезни Шегрена, 1 случай-узелкового полиартериита с преимущественным поражением кожи. На долю женщин с другими ревматическими заболеваниями пришлось 65,4% (17/26), из которых: 8 человек с ревматоидным артритом (РА), 3 – остеоартрозом, 2 – анкилозирующим спондилитом, 2 – псориатическим артритом, 1 – подагрой, 1 – ювенильным РА. Из анкетных данных известно, что у 7,3% (10/137) женщин введение адьювантов предшествовало развитию АИЗ, у 4,4% (6/137) АИЗ имело место до введения адьювантов ($p=0,29$). Остальные женщины с АИЗ не смогли указать точную дату выполненной им ГКП.

Обсуждение. Проблема поиска этиологических факторов аутоиммунных заболеваний (АИЗ) остается на сегодняшний момент актуальной. В медицине уже давно известно о таком понятии как «мозаичность аутоиммунитета», когда особая комбинация генетических, иммунных, гормональных, а также факторов окружающей среды способны вызвать у конкретного индивидуума АИЗ. В развитии АИЗ и АСИА могут принимать участие сходные факторы, однако наличие связи между АСИА и развитием аутоиммунной патологии требует дальнейшего рассмотрения для лучшего понимания триггерных механизмов аутовоспалительной (аутоиммунной) активации иммунной системы у определенного человека. Высокая встречаемость применения адьювантных препаратов у женщин с АИЗ не позволяет исключить патогенетическую взаимосвязь между введением адьювантов и АИЗ.

Выводы. Среди женщин с АИЗ 23,4% (32/137) вводили адьюванты, из них 16 (50%) не могут указать последовательность введения адьювантов и косметических процедур. 62,5% (10/16) вводили адьюванты до развития АИЗ, 37,5% (6/16) после дебюта АИЗ. Взаимосвязи между АИЗ и гиподермальными адьювантами нечеткие и нуждаются в дальнейшем изучении на большой популяции.

ЗНАЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Горобец Е.А.¹, Арчакова Л.И.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиатрии,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить чувствительность, специфичность и прогностическую ценность чрезбронхиальной биопсии легких и трансбронхиальной аспирационной биопсии лимфоузлов. Определить место малоинвазивных методов исследования в диагностике заболеваний органов дыхания.

Материалы и методы. Ретроспективно изучено 80 медицинских карт пациентов, поступивших с заболеванием легких и/или ВГЛУ неясной этиологии и нуждающихся в дальнейшей верификации диагноза, которым выполнялась чрезбронхиальная биопсия легких (ЧББЛ) и/или трансбронхиальная тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ (EBUS TBNA) с января по декабрь 2018 года.

Результаты. Диагностическая эффективность ЧББЛ для диагностики опухолевого поражения легких (n=22): чувствительность 68,2%, специфичность – 96,4%, точность – 84%, прогностичность положительного результата – 68,2%, прогностичность отрицательного результата – 96,4%. Диагностическая эффективность EBUSTBNA при опухолевом поражении ВГЛУ (n=12): чувствительность 100%, специфичность – 97,4%, точность – 98%, прогностичность положительного результата – 100%, прогностичность отрицательного результата – 97,4%.

Диагностическая эффективность ЧББЛ для диагностики саркоидозного поражения легких (n=9): чувствительность 77,8%, специфичность – 95,1%, точность – 92%, прогностичность положительного результата – 77,8%, прогностичность отрицательного результата – 95,1%. При этом диагностическая эффективность EBUSTBNA для диагностики саркоидоза ВГЛУ (n=15): чувствительность 86,7%, специфичность – 94,3%, точность – 92%, прогностичность положительного результата – 86,7%, прогностичность отрицательного результата – 94,3%.

Диагностическая эффективность ЧББЛ для диагностики туберкулезного поражения легких (n=9): чувствительность 50%, специфичность – 97,1%, точность – 90%, прогностичность положи-

тельного результата – 50%, прогностичность отрицательного результата – 97,6%. А диагностическая эффективность EBUSTBNA при туберкулезном поражении ВГЛУ (n=4): чувствительность 50%, специфичность – 93,8%, точность – 92%, прогностичность положительного результата – 50%, прогностичность отрицательного результата – 93,8%.

Диагностическая эффективность ЧББЛ при деструктивных заболеваниях легких (n=10): чувствительность 0%, специфичность – 100%, точность – 80%, прогностичность положительного результата – 0%, прогностичность отрицательного результата – 100%.

Заключение. На основании данного исследования, можно сделать вывод, что ЧББЛ и EBUSTBNA являются высокоинформативными, высокоспецифичными и достаточно чувствительными малоинвазивными методами верификации заболеваний легких и ВГЛУ.

Данные методы рекомендуются для повсеместного распространения в качестве альтернативы инвазивных методов для верификации заболеваний органов дыхания неясной этиологии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Горшунова Н.К.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

В современных условиях обновляется и расширяется арсенал диагностических технологий и методов оценки эффективности терапевтических вмешательств. Отмеченному процессу способствует создание новых биоинформационных подходов и развитие инновационных биомедицинских дисциплин: геномики, протеомики и метаболомики. Первая из них получила достаточно глубокое развитие. Геном человека детально изучен к 2007 году. Два других направления – протеомика и метаболомика находятся в стадии осмысления, формирования и апробации для нужд практического здравоохранения. В наибольшей степени это относится к метаболомике, рассматривающей происходящие в организме процессы с позиций динамично меняющегося метаболизма. Метаболический гомеостаз больного человека отличается от гомеостаза здо-

рового. Отдельные показатели патогенеза не могут дать системного представления о течении заболевания. Подход на основе метаболомики позволяет идентифицировать новые чувствительные диагностические маркеры, механизмы развития, прогрессирования заболевания, действия и эффективности лекарственных препаратов, установить новые мишени для коррекции.

Цель. Определить биомаркеры и метаболический профиль для диагностики поражений соединительно-тканного матрикса сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией II стадии, их коррекции сартанами.

Материалы и методы. Обследовано 66 женщин (средний возраст – $68,0 \pm 1,2$ лет), среди них 30 пациенток с нормальным уровнем артериального давления; 36 с гипертонической болезнью II стадии. У всех участниц фотоплетизмографически изучались жестко-эластические свойства сосудов мышечно-эластического типа при проведении ангиосканирования (жесткость сосудистой стенки, индекс аугментации) и биохимические маркеры состояния матрикса сосудистой стенки: коллагена 1 и 3 типа, матриксной металлопротеиназы-1 (ММП-1), ее ингибитора (ТИМП-1), галектина-3 (Г-3), тканевого фактора активации фибробластов (ТФРβ-1), их влияние друг на друга. На втором этапе исследования созданный алгоритм применен для оценки эффективности антигипертензивной терапии сартанами (валсартан в сочетании с верошпироном). Для определения изменений инструментальных и биохимических показателей проведен статистический анализ параметрическими методами вариационной статистики с расчетом достоверности результатов по критерию Стьюдента $p \leq 0,05$, корреляционного анализа по Пирсону.

Результаты. Отмечено повышение концентрации коллагена-1, изменения регуляторов его метаболизма (ТИМП-1, ММП-1, Г-3, ТФРβ1) у больных с выраженной жесткостью (ЖС) сосудистой стенки по показателям ЖС в%, индекса аугментации. Исследование жесткости сосудистой стенки артерий и параметров коллагеногенеза ее матрикса после 12-недельного курса лечения сартанами свидетельствовали об эффективности этого вида антигипертензивной терапии и что особенно важно снижали жесткость сосудистой стенки.

Выводы. Представленный алгоритм структурных и метаболических трансформаций артериального русла у больных ГБ позволяет определять ведущие патогенетические звенья формирования сосудистой жесткости и эффективность антигипертензивных препаратов для их коррекции.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИБРОМИАЛГИИ

Грехов Р.А.^{1,2}, Сулейманова Г.П.³

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,

³Волгоградский государственный университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучение психосоматических особенностей у больных фибромиалгией в зависимости от выраженности клинических проявлений заболевания.

Материалы и методы. Проведено клинико-психологическое обследование 100 женщин с фибромиалгией (ФМ), в возрасте от 24 до 51 года с длительностью заболевания от 1 года до 20 лет, в среднем $7,23 \pm 0,47$ лет.

Оценка выраженности основных клинических симптомов заболевания осуществлялась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). При проведении психологического исследования использовались следующие методики: УНП (Дмитриева Л.Л., 1990), ТОБОЛ (Вассерман Л. И. с соавт., 1987), УСК (Бажин Е.Ф., 1984), ИЖС (Клубова Е.Б., 1995).

Результаты и обсуждение. Средние показатели основных клинических проявлений у больных ФМ составили: болевой синдром – $7,2 \pm 0,16$ баллов, утомляемость – $7,14 \pm 0,14$, интенсивность головных болей – $6,82 \pm 0,23$ баллов, нарушение сна – $6,66 \pm 0,27$, скованность – $4,8 \pm 0,23$ баллов; количество диагностических болевых точек в среднем составило $14,27 \pm 0,25$.

По данным нашего обследования, 62% пациентов имели клинический уровень невротических нарушений. Наибольшие значения были отмечены по шкалам тревоги ($6,8 \pm 0,98$), астении ($6,72 \pm 0,17$) и депрессии ($6,46 \pm 0,15$). Корреляционный анализ невротических нарушений с клиническими симптомами заболевания показал, что выраженность депрессии прямо зависела от интенсивности болевого синдрома ($r=0,35$, $p=0,011$), нарушения сна ($r=0,30$, $p=0,002$) и количества диагностических болевых точек ($r=0,41$, $p=0,038$). Астения и ипохондрия прямо коррелировала с интенсивностью болевого синдрома ($r=0,40$, $p=0,003$ и $r=0,320$, $p=0,001$), утомляемостью ($r=0,24$, $p=0,019$ и $r=0,30$, $p=0,002$), нарушением сна ($r=0,31$, $p=0,04$ и $r=0,26$, $p=0,009$) и количеством диагностических болевых точек ($r=0,30$, $p=0,038$ и $r=0,20$, $p=0,041$). Интенсивность тревоги у больных была достоверно выше в группах больных с длительностью течения до 5 лет ($p=0,008$). Показатели депрессии ($r=0,34$, $p=0,021$), астении ($r=0,38$, $p=0,017$)

и ипохондрии ($r=0,65$, $p=0,005$) прямо коррелировали с длительностью заболевания.

У больных ФМ отношение к заболеванию проявлялось дезадаптивными типами с преобладанием сенситивного (51%) и тревожного (31%) вариантов. Повышение интенсивности мышечных болей было сопряжено с неврастеническим, сенситивным и эгоцентрическим типами отношения к болезни ($p=0,042$).

Наибольшую напряженность у больных ФМ имели психологические защиты (ПЗ) типа «Реактивные образования» и «Проекция» (86,78 и 78,15 балла), а также «Компенсация» (66,02), «Интеллектуализация» (67,91) и «Вытеснение» (60,5). В наибольшем количестве случаев в качестве основных регистрировались такие ПЗ, как «Реактивные образования» и «Интеллектуализация» (в 35,39% и 21,2% случаев), а также «Проекция» (13,2%), «Вытеснение» (11,5%) и «Регрессия» (8,8%). Интенсивность болевого синдрома достоверно коррелировала с использованием такого варианта ПЗ, как «Замещение» ($r=0,22$ при $p=0,027$).

Согласно полученным результатам, у пациентов с ФМ имеется клинически выраженный уровень невротических расстройств, дезадаптивные типы отношения к болезни и достаточно напряженный спектр механизмов ПЗ. Выявлено существование достоверных взаимосвязей между основными клиническими проявлениями ФМ и психологическим статусом пациентов.

Выводы. При ФМ имеют место так называемые «психосоматические спирали», когда соматические нарушения вызывают трудности социальной адаптации пациента, а психологические переживания по этому поводу способствуют ухудшению его соматического состояния. Объективная оценка состояния больного ФМ возможна при целостном психосоматическом подходе.

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ИШЕМИЧЕСКУЮ ДЕПРЕССИЮ СЕГМЕНТА ST У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПЕЧЕНИ

Григоренко Е.А.¹,

Митьковская Н.П.¹, Руммо О.О.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить в динамике изменения показателей, характеризующих ишеми-

ческую депрессию сегмента ST у пациентов с хроническими терминальными заболеваниями печени (ХТЗП) и реципиентов трансплантатов печени.

Материалы и методы исследования. В соответствии с разработанным дизайном одноцентрового проспективного когортного исследования из реципиентов трансплантатов печени была сформирована исследуемая субкогорта (n=150), контрольная субкогорта – из пациентов с ХТЗП из листа ожидания, не получивших печеночный трансплантат за период наблюдения 5,4±3,29 года (n=100). Суточное мониторирование ЭКГ с биполярной трехканальной записью II стандартного отведения, V₅, AVF выполнялось при помощи системы холтеровского мониторирования «Кардиорегистратор «КР-01» производства УП «Кардиан» (Республика Беларусь) по стандартной методике. Обработка полученных данных проводилась с использованием статистических пакетов Statistica (версия 8.0), Excel.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой субкогорте проведен анализ показателей, характеризующих ишемическую динамику конечной части желудочкового комплекса в случае его бессимптомного смещения и при развитии стенокардиального синдрома. Доля лиц со спонтанными эпизодами депрессии сегмента ST у пациентов с хроническими терминальными заболеваниями печени во время их включения в лист ожидания была больше при безболевой ишемии миокарда (80,4%; n=152, p<0,01), чем при стенокардии (14,5% пациентов (n=26). Амплитуда депрессии сегмента ST при бессимптомном смещении была меньше (2,1±0,07 мм, p<0,05) по сравнению с аналогичным показателем при стенокардии (2,9±0,14 мм). Количество эпизодов безболевой ишемии миокарда за сутки (3,9±0,9, p<0,001) и среднее значение суммарной длительности безболевой ишемии за сутки (1732,4±71,8 секунд, p<0,05) превышали соответствующие показатели при стенокардии (2,1±0,3 эпизодов, 319,4±38,6 секунд).

Через пять лет динамического наблюдения при проведении суточного мониторирования ЭКГ были выявлены достоверные различия между исследуемой и контрольной субкогорткой: доля лиц со спонтанными эпизодами депрессии сегмента ST в контрольной субкогорте также была больше при безболевой ишемии миокарда (76,0%; n=38, p<0,01), чем при стенокардии (14,0% пациентов (n=7), однако в группе реципиентов трансплантатов печени помимо сохранения описанной выше тенденции (при безболевой ишемии миокарда 56,1% (n=32) и при стенокардии (33,4% пациентов (n=19)) отмечалось достоверное увеличение количества эпизодов диагностически значимого смещения сегмента ST, провоцировавшего развитие стенокардиального синдрома по сравнению с результатами обследования

во время их включения в лист ожидания (33,4% и 14,5% соответственно, $\chi^2=4,76$, p<0,05).

Заключение. У реципиентов трансплантатов печени выявлено преобладание безболевых форм ишемического изменения сегмента ST со спонтанными эпизодами смещения конечной части желудочкового комплекса (p<0,05). Для бессимптомных эпизодов смещения сегмента ST была характерна достоверно меньшая амплитуда смещения, увеличение количества эпизодов и суммарной длительности ишемии за сутки. Среди пациентов, которые в процессе проспективного наблюдения были включены в исследуемую субкогортку, через пять лет после проведенной ортотопической трансплантации печени отмечалось увеличение доли лиц с ишемической депрессией сегмента ST, которая клинически сопровождалась развитием стенокардиального синдрома.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ИМЕЮЩИХ СОПУТСТВУЮЩУЮ ХРОНИЧЕСКУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Григорьева Н.Ю., Шарабрин Е.Г.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Цель. Изучить особенности поражения коронарного русла по данным селективной коронарографии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовано 303 пациентов, в том числе мужчин 213 (70,3%) женщин 90 (29,7%). Средний возраст был 54,2±7,2 лет. Первую группу составили 201 (51,7%) больной ИБС в сочетании с ХОБЛ, вторую – 102 (26,2%) пациента только ИБС. Всем пациентам выполнено полное клинико-инструментальное обследование. Селективная коронарография выполнена 184 (60,7%) пациентам.

Результаты. Основные ветви коронарных артерий (КА) у больных изучаемых групп поражались со следующей частотой: ствол левой КА в группе 1 3,3%, в группе 2 – у 1,7%; правая КА: 19,5% и 12,1% (соответственно); передняя межжелудочковая КА: 15,5% и 12,6%; огибающая КА: 7,0% и 5,7%; диагональная КА при ИБС и ХОБЛ – 11,0% и только при ИБС – 8,6%. У пациентов группы 1 диагностированы более выраженные поражения коронарных артерий (Syntax Score группа 1 – 22,7±4,1 vs. группа 2 –

16,7±3,1 p=0,019). Таким образом, у пациентов ИБС в сочетании с ХОБЛ любая КА поражалась чаще, чем в отсутствие легочной патологии. Выявленные изменения коррелировали с выраженностью нарушений липидного обмена и эндотелиальной дисфункции.

Выводы. У больных ИБС с сопутствующей ХОБЛ наблюдалось более тяжелое поражение коронарного русла, чем у пациентов изолированной ИБС, что свидетельствовало о более агрессивном течении атеросклеротического процесса. Хроническая обструктивная болезнь легких не оказывала влияния на локализацию поражения коронарных артерий.

ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ АНТИРЕВМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цели и задачи. Изучить причины отмен антиревматических препаратов (АРП) у больных ревматоидным артритом разных возрастных групп и описать частоту отмен АРП из-за нежелательных явлений (НР) и неэффективности (НЭ) в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Использованы данные общероссийского регистра больных ревматоидным артритом (наблюдения), введенные врачами ФБГНУ НИИР имени В.А. Насоновой с 01.01.2016 г. по 01.11.2017 г., содержащие информацию о лекарственной терапии (БПВП и /или ГИБП) в этот временной период. Проанализированы причины отмен: «неэффективность», «другие НР», «СНР» (серьезные НР).

Результаты и обсуждение. Всего проанализировано 2549 больных (3550 случаев назначения лекарственных препаратов). Средний возраст составил 53,5±14,8 лет, группа 1 – 61 год и старше, n=1159, группа 2 – 60 лет и младше, n=1390. В группе 1 – 1586 случаев назначения АРП (1,3 назначения на 1 больного), в группе 2 – 1964 (1,4 назначения на 1 больного). В группе 1 зарегистрировано 100 (у 9%) случаев отмен, т.е. 2% от всех назначений. Из них из-за неэффективности – у 36 (3%), из-за НР у 23 (2%). В группе 2 зарегистрировано 190 (у 14%) случаев отмен, т.е. 10% от всех назначений (p1-2<0,0001). Из них из-за НЭ у 88 (6%), (p1-2 менее 0,05) из-за НР – у 36 (3%) (p1-2 более 0,05). Несмотря на ожидаемую высокую частоту НР, в том числе серьезных, у боль-

ных старшей возрастной группы, закономерно характеризующейся более высокой коморбидностью, количество серьезных НР было малым (4 в группе 1 и 2 в группе 2), и не различалось в группах.

Заключение. Количество назначений АРП на 1 больного статистически значимо не отличалось в группах. Относительное число больных с отменой антиревматических препаратов было одинаковым в обеих группах, однако в группе 2 АРП отменялись статистически значимо чаще. У большего числа больных группы 2 отмена АРП осуществлялась из-за НЭ статистически значимо чаще.

Выводы. Больные в возрасте до 61 года могут нуждаться в более частой смене антиревматической терапии, что требует со стороны лечащего врача тщательного мониторинга активности заболевания.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСЯЦА РОЖДЕНИЯ

Гриднева Р.И., Поздняков А.М., Зазулина О.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

В структуре болезней органов мочевой системы (БОМС) у детей на современном этапе преобладают малосимптомные, латентные формы, для своевременного выявления которых необходима разработка критериев ранней диагностики.

Цель исследования. Изучение частоты формирования БОМС у детей в зависимости от месяца рождения.

Методы исследования. При массовых эпидемиологических обследованиях детей сельской местности Липецкой области изучена распространенность некоторых медико-биологических и социально-гигиенических признаков, предположительно могущих оказывать влияние на развитие нефропатий, в группе почечных больных и в группе здоровых детей (контрольная группа). Обследованию подверглось всего 5032 ребенка (2593 девочек и 2439 мальчиков) в возрасте от 0 до 15 лет, среди которых оказалось 193 почечных больных. В общей сложности оценено влияние 60 различных факторов на формирование нефропатий у детей, в том числе проанализирована частота встречаемости этой патологии в зависимости от месяца рождения.

Изучение влияния факторов риска на формирование болезней мочевой системы проведено с применением алгоритма последовательной процедуры Вальда, который включал определение ча-

стоты встречаемости признака в группе больных и здоровых детей, доказательство статистической надежности различия в частоте признака с помощью критерия Стьюдента, доказательство независимости признаков путем подбора «копии-пар» и вычисления критерия соответствия Пирсона.

Результаты исследования. Показали, что время рождения оказывает определенное влияние на развитие БОМС у детей.

По нашим данным, наибольший процент больных выявлен среди детей, рожденных в первом (8,2%) и во втором (7,9%) квартале года, наименьший – у родившихся в третьем (6,3%) и четвертом квартале (6,8%). Хотя здесь и не выявлено достоверных различий показателей, интересным представляется тот факт, что подобная закономерность прослеживается прежде всего у детей с врожденными и наследственными заболеваниями почек. Здесь аналогичные показатели соответственно кварталам года составили 1,4%, 1,3%, 0,9%, 1,2%. Чаще всего дети с врожденными пороками мочевой системы рождались в январе (2,1% от числа рожденных в этом месяце) и октябре месяце (1,9%), реже всего – в июле (0,6%) и сентябре (0,5%).

Что касается заболеваемости нефропатиями в целом в зависимости от месяца рождения, то обнаружен максимальный показатель у детей, рожденных в апреле. При этом из 191 обследованных выявлено 20 больных (10,5%). Минимальная частота встречаемости БОМС отмечалась у детей, рожденных в июле: 9 больных из 179 обследованных (5,0%). Различия показателей между собой достоверны, $p < 0,05$. Вместе с тем, следует отметить, что месяц рождения ребенка вряд ли является независимым фактором риска заболеваний почек у детей.

Выводы. Таким образом, месяц рождения ребенка оказывает определенное влияние на частоту формирования нефропатий у детей, степень влияния и взаимосвязь с другими факторами риска этих заболеваний требует дальнейшего изучения.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (ДЕМЕНЦИЯ, БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА (AD) В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Грицук С.Ф.

Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
Москва

AD является наиболее распространенной причиной деменции. Распространенность болезни

Альцгеймера увеличивается с возрастом. Около 5 процентов людей в возрасте от 65 до 74 лет и почти половина людей старше 85 лет страдают болезнью Альцгеймера. Болезнь Альцгеймера обычно начинается с проблем с памятью, таких как забывание недавних событий или разговоров. Тем не менее, он также может проявляться в языковых дефицитах (например, трудности с нахождением слов), визуальных пространственных дефицитах (например, трудности в навигации или интерпретации видимых вещей), или в качестве изменений личности, таких как усиление социального отторжения и потеря интереса в ранее понравившихся мероприятиях.

Цель исследования. Лучше понять взаимосвязь когнитивных нарушений с точки зрения нейровизуализации и закономерностей функционирования головного мозга.

Методы исследования. Нейропсихологическое тестирование. Тщательно оценить конкретную степень дефицита памяти и мышления, чтобы определить вероятность, с которой он представляет неврологическое заболевание. Этот тип тестирования бумаги и карандаша может занять несколько часов и дает докторам детальное понимание своих сильных и слабых сторон.

Сканирование мозга. Магнитно-резонансная томография (МРТ) или компьютерная томография (КТ). МРТ головного мозга или КТ обеспечивает детальное представление о структуре головного мозга и позволяет врачам выявлять другие неврологические заболевания (инсульт, опухоль, гидроцефалия), которые могут способствовать или вызывать когнитивные симптомы. Иногда он может выявить признаки атрофии или сокращения мозга, характерные для болезни Альцгеймера или других причин деменции.

Кроме того, технология ПЭТ теперь может быть использована для непосредственного выявления амилоидных бляшек в мозге, которые, как известно, накапливаются на ранних стадиях заболевания.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ). При сканировании FDG-PET пациентам вводят небольшую дозу радиоактивно меченой глюкозы. Иногда их проводят для выявления паттернов пониженного метаболизма (поглощения глюкозы), характерных для болезни Альцгеймера или других форм деменции. В этом исследовании мы проанализировали биомаркеры AD когнитивных функций, изображений головного мозга и цереброспинальной жидкости (CSF).

Результаты и обсуждение. Люди, страдающие болезнью Альцгеймера, все чаще теряют свое независимое функционирование и в конечном итоге становятся неспособными выполнять основные виды деятельности. В мозгу Альцгеймера присутствуют амилоидные бляшки, скопления внеклеточных белков, которые, как считается, являются первопричиной

заболевания. Хотя причины болезни Альцгеймера все еще не до конца понятны, считается, что аномальная обработка амилоидного белка из-за факторов, связанных со старением или специфическими генетическими изменениями, играет важную роль.

Заключение. Таким образом, когнитивный дефицит является одной из важных проблем современной медицины. С каждым годом, число пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в помощи, неуклонно растет, что подтверждает особую актуальность проблем здоровья пожилых людей в настоящее время. Это подтверждает необходимость своевременного нейропсихологического тестирования и выявления ранних признаков на приеме у терапевта.

ВЫБОР ДОЗЫ РИВАРОКСАБАНА В СОЧЕТАНИИ С АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИБС И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Гришаев С.Л.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Большинству пациентов с ФП показано назначение перорального антикоагулянта для длительного (постоянного) приема с целью профилактики кардиоэмболического инсульта. Три инновационных витамин-К-независимых пероральных антикоагулянта (НОАК) зарегистрированы в Российской Федерации с соответствующими показаниями.

В исследовании ROCKET AF доля пациентов с количеством набранных баллов 3 и более по шкале CHADS₂ составляло 87%, что наиболее близко отражает данные реальной клинической практики в России. У пациентов с неклапанной ФП дозы ривароксабана 20 и 15 мг (последняя применялась у пациентов с СКФ 30-49 мл/мин) показали большую эффективность в профилактике инсульта и системной эмболии по сравнению с варфарином в период применения при сопоставимом геморрагическом риске. Данные, полученные в наблюдательном проспективном исследовании XANTUS, соответствуют результатам рандомизированного исследования III фазы ROCKET AF и данным других наблюдательных исследований, имеющих различный дизайн, что подтверждает предсказуемые благоприятные профили безопасности и эффективности ривароксабана в повседневной клинической практике. Взвешивая соответствующее потенциальное повышение риска кровотечений при добавлении антиагреганта, доза

ривароксабана 15 мг была избрана для исследования в комбинации с одним антиагрегантным препаратом в PIONEER-AF PCI. Эффективность комбинации антикоагулянта с антитромботической терапией после ЧКВ у пациентов с ФП не вызывает сомнений, поэтому демонстрация достоверности в отношении эффективности не являлась первоочередной задачей, а доза ривароксабана 15 мг была рекомендована экспертами Европейского общества кардиологов еще задолго до получения результатов исследования. В исследовании ATLAS ACS-2-TIMI-51 были включены 7817 больных ИМ с подъемом сегмента ST. У пациентов, недавно перенесших ИМ с подъемом сегмента ST, ривароксабан снижал частоту сердечно-сосудистых событий. Это преимущество проявлялось рано и сохранялось на протяжении периода, когда больные получали фоновую двойную антиагрегантную терапию. Ривароксабан по сравнению с плацебо увеличивал частоту больших кровотечений, но не увеличивал существенно частоту смертельных кровотечений.

Именно доза Ксарелто 15 мг наиболее часто применялась врачами в реальной клинической практике для ведения пациентов с ФП, требующих дополнительной антитромботической терапии. Впоследствии в исследовании PIONEER-AF PCI была доказана правильность выбора дозировки, а доза 15 мг 1 р/сут утверждена регуляторными органами многих стран для применения у этой категории пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САРКОПЕНИИ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Грузманов А.К.¹, Нуруллаев И.З.¹,
Крутько Д.М.^{1,2}, Мазуренко С.О.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница

Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить состав тела, мышечную силу и частоту встречаемости саркопении у пациентов, госпитализированных в Больницу Святого Георгия с диагнозами ишемический инсульт (ИИ) и транзиторная ишемическая атака (ТИА).

Материалы и методы. В исследование было включено 60 неврологических пациентов с ИИ или ТИА (15% всех случаев), разделенные на две группы. Первая группа – 26 пациентов (53.8%

женщины) с патологическими переломами в анамнезе. Вторая группа – 34 пациента (61.7% женщины) без низкоэнергетических переломов в прошлом. Все пациенты были обследованы с использованием биоимпедансометрии. Масса скелетной мускулатуры (МСМ) была рассчитана по следующему уравнению: $МСМ (кг) = 0.566 \times БЖМ$ (безжировая масса). Индекс массы скелетной мускулатуры (ИМСМ) был подсчитан как $МСМ (кг) / \text{рост} (м^2)$. Мышечная сила была измерена с помощью ручного динамометра.

Результаты. В соответствии с консенсусом Европейской Рабочей Группы по Саркопении среди Пожилых людей (EWGSOP) 11 пациентов (7 женщин) из первой группы и 17 пациентов (13 женщин) из второй продемонстрировали сниженный показатель мышечной силы. 4 мужчины из первой группы и 2 мужчин из второй имели ИМСМ ниже порогового значения. Лишь у двоих мужчин из первой группы была диагностирована саркопения согласно критериям EWGSOP. Также у двоих мужчин из первой и двоих мужчин из второй была диагностирована пре-саркопения согласно критериям EWGSOP.

Выводы. В нашем исследовании не было обнаружено высокой частоты встречаемости саркопении и пресаркопении у пожилых пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Не было выявлено статистической значимости в показателях мышечной силы между двумя группами. Однако в группе пациентов с патологическими переломами было диагностировано 2 случая саркопении против 0 во второй. Тем не менее статистически значимая разница между двумя группами не была достигнута.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ПО ДАННЫМ ОДНОГО ИЗ ГОРОДСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Гузёва В.М., Ярмош И.В., Болдуева С.А.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить диагностические возможности выявления вазоспастической стенокардии (ВС) у больных, пролеченных в одном из городских кардиологических отделений.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезней всех пациентов с диагнозом «вазоспастическая стенокардия», пролеченных в кардиологическом отделении стационара г. Санкт-Петербурга в период 2009-2018 гг. Диагностические критерии ВС: 1. данные анамнеза заболевания, от-

вечающие за возникновение в покое, на фоне или после привычной физической нагрузки кратковременных ночных/утренних интенсивных болей за грудиной; 2. предупреждение и купирование приступов антагонистами кальция (АК) или нитратами; 3. наличие неизменных или малоизмененных коронарных артерий (КА) по заключениям ангиографии (КАГ); 4. преходящий подъем сегмента ST во время приступа или спазм КА во время проведения КАГ, возникшие спонтанно или при проведении провокационного тестирования (клинические рекомендации ВНОК, 2009; ESC, 2013; JSC, 2013). Вазоактивные тесты применяются в клинической практике в некоторых странах Европы, Северной Америки и Азии. При выявлении всех критериев заболевания исследуемые относились к 1 группе, с вероятным диагнозом; при наличии типичной клинической картины и малоизмененных коронарных артерий (КА), но при отсутствии зарегистрированных ишемических изменений во время приступа – к 2 группе, с предположительным диагнозом; при наличии только клинических проявлений вазоспазма – к 3 группе, с маловероятным диагнозом. Оценили клиническое течение у больных ВС через 1 год наблюдения.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период (10 лет) в кардиологическом отделении было пролечено 52 пациента с диагнозом ВС. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1. Средний возраст заболевших мужчин – $57,0 \pm 1,81$ года, женщин – $62,08 \pm 1,97$ года. Наличие всех диагностических критериев ВС было выявлено у 24 больных, что составило 46% и позволило отнести их к 1 группе. Спонтанный спазм во время проведения КАГ, главный диагностический критерий, определялся у 17 больных (71%), а элевация сегмента ST во время болевого приступа – у 9 (39%). Подтверждение вазоспазма данными КАГ и ЭКГ у 2 больных (8%) 1 группы. Сочетание неизменных КА и отсутствие подтверждения вазоспазма во время КАГ и на ЭКГ выявлялись у 23 больных с ВС (44%). Они составили 2 группу, с предположительным диагнозом. Третью группу больных, с маловероятным диагнозом, составили 5 пациентов (10%): только типичная клиническая картина. Улучшение клинического течения ВС через 1 год наблюдения отметили 75% больных из 1 группы, 50% – из 2 группы, 50% – из 3 группы.

Выводы. У 46% больных с типичной клинической картиной ВС удалось верифицировать вазоспазм инструментально: из них у 71% больных спонтанный спазм был зарегистрирован во время КАГ, а у 39% – типичные изменения ЭКГ во время приступа болей. У 54% больных (с предположительным и маловероятным диагнозом) верификация ВС недостаточная, что связано с отсутствием возможности выполнения инвазивных и неинвазивных про-

вокационных тестов в реальной клинической практике. Точность постановки диагноза может повлиять на тактику лечения и прогноз больных вазоспастической стенокардией.

УРОПАТОГЕНЫ В МИКРОБИОЦЕНОЗЕ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.

Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Цель исследования. Определить частоту бактериурии в популяции лиц с системной красной волчанкой и охарактеризовать видовые особенности уропатогенов.

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование 48 больных системной красной волчанкой (СКВ) и 40 практически здоровых лиц группы сравнения. Диагноз СКВ был установлен на основании диагностических критериев SLICC/ACR 2012. Больными СКВ являлись женщины, средний возраст которых составил $49,8 \pm 7,7$ лет. Средняя длительность заболевания $13,1 \pm 10,5$ лет. Активность СКВ была низкой и средней (соответственно у 43,8% и 56,2% больных). Подострый и хронический вариант течения отмечен соответственно у 58,3% и 41,7% больных СКВ. Бактериологическое исследование мочи проводили в двух пробах по методу Gould с определением количества бактерий в КОЕ/мл. Выделенные чистые культуры микроорганизмов идентифицировали в соответствии с общей биологической характеристикой отдельных видов бактерий.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что в популяции больных СКВ частота обнаружения микроорганизмов в моче существенно выше, чем у лиц группы сравнения. Микроорганизмы в моче обнаружены у 75% больных СКВ, у лиц группы сравнения в 17,5% случаев ($p < 0,01$). Количество микроорганизмов в моче также было существенно выше и достигало значений $lg 5,89 \pm 1,43$ КОЕ/мл, в то время как у лиц группы сравнения эти значения были в пределах $lg 3,57 \pm 0,53$ КОЕ/мл ($p < 0,05$). Результаты изучения качественного состава микрофлоры мочи при СКВ свидетельствуют о высокой частоте колонизации микроорганизмами мочевыводящего тракта с преобладанием в составе микробиоценоза бактерий семейства Enterobacteriaceae: у 66,7% пациентов были выделены бактерии вида *E. coli*, у 16,7% – рода *Enterobacter* spp., у 5,6% – рода *Klebsiella* spp. и у 3,6% – вида *Morganella morganii*.

Наряду с этим, в моче больных обнаружены микроорганизмы вида *S. saprophyticus* у 38,9% больных и рода *Enterococcus* spp. в 25% случаев в монокультуре и ассоциации с энтеробактериями. В 19,4% случаев бактерии встречались в ассоциации с грибами рода *Candida*. У обследованных больных СКВ отсутствовали клинические признаки воспаления, не отмечалось изменения лабораторных параметров, в связи с этим выявленную колонизацию мочи условно-патогенными микроорганизмами можно считать бессимптомной бактериурией и преморбидным состоянием. Увеличение представительства в моче бактерий семейства Enterobacteriaceae, в состав клеточной стенки которых входит эндотоксин – ЛПС, является потенциальным фактором нарастания эндоинтоксикации и поддержания иммунного воспаления.

Выводы. При СКВ с высокой частотой выявляется бактериурия с преобладанием в моче грамотрицательных условно-патогенных микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гурина Л.Н.¹, Бурак Е.А.¹, Денисик Н.И.²

¹Гродненский государственный
медицинский университет,

²Гродненская областная
детская клиническая больница,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Установить принципы использования препарата «Амиодарон» в качестве антиаритмической терапии у новорожденных с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией.

Материалы и методы. Проведен анализ 10 историй болезни новорожденных с пароксизмальной тахикардией, находившихся на лечении и обследовании во 2-м отделении учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница», в период с 2008-2018 гг.

Результаты исследования. Нами было установлено, что пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (ПТ) диагностирована чаще у девочек, семь детей (70%), против трех мальчиков (30%).

Срыв сердечного ритма в виде ПТ выявлен в большинстве случаев на 5-6 сутки жизни методом аускультации у 6 детей (60%), у троих детей (30%) – на 27-29 сутки жизни. У одного новорожденного ПТ развилась на 7 часу жизни, причем внутриутробно у этого ребенка регистрировались экстрасистолы.

В качестве стартовой антиаритмической терапии детям назначалось лекарственное средство «Амиодарон» в дозе 5 мг/кг внутривенно за 30 мин. Эффективность терапии оценивали по результатам ЭКГ. У всех детей приступ благополучно купирован в течение 30 минут. С целью удержания синусового ритма начато пролонгированное титрование препарата в поддерживающей дозе 15 мг/кг/мин, с постепенным ее снижением на 2,5 мг/кг/мин за 6-12 часов в течение 3-х суток до 5 мг/кг/мин под контролем ЭКГ. На фоне проводимой терапии у двоих детей зарегистрирована брадикардия, в результате чего проведена отмена «Амиодарона». Через 3 часа после отмены у новорожденных диагностирован рецидив аритмии. У остальных исследуемых детей нежелательных изменений на фоне приема препарата не отмечалось. Терапию продолжили в виде энтерального приема «Амиодарона» в суточной дозе от 7 до 3 мг/кг в два приема. Поддерживающую дозу «Амиодарона» подбирали по интервалу QT. При удлинении интервала QT дозу препарата уменьшали, минимальная поддерживающая доза составила 3 мг/кг/сутки. На поддерживающей дозе дети были выписаны домой, под динамическое наблюдение кардиолога.

Выводы. «Амиодарон» является эффективным препаратом для купирования приступа пароксизмальной наджелудочковой тахикардии у новорожденных и поддержания синусового ритма. Резкая отмена препарата приводит к повторному приступу пароксизмальной тахикардии. Показателем адекватно подобранной антиаритмической терапии является интервал QT на ЭКГ. Удлинение данного интервала может привести к остановке сердца.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

Гусева С.Н., Ковальчук М.С.

Северо-Западный государственный
медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Сифилис является социально-значимой инфекцией из группы заболеваний, передаваемых половым путем. Наблюдающееся, в настоящее время общее снижение заболеваемости ранними формами сифилиса, нельзя считать индикатором благополучной эпидемиологической ситуации. Особую опасность представляет сифилитическая инфекция

для беременных, так как, при этом наносится вред здоровью не только самих женщин, но и новорожденных.

Цель. Изучить течение и исходы беременности у женщин, больных сифилисом.

Проведен анализ 76 случаев сифилиса у беременных. Определение социальных и поведенческих характеристик пациенток показало, что сифилисом чаще заболевали женщины в возрасте 17-25 лет (28,3%), одинокие, с ранним половым дебютом и рискованным сексуальным поведением (52,8%). Следует отметить низкий социально-экономический уровень жизни у 2/3 пациенток (имели среднее образование, нигде не работали, отсутствие жилья и др.). Более половины случаев сифилитической инфекции у 47 (61,5%) беременных были выявлены при обращении в женскую консультацию. Еще у 14 (18%) беременных он диагностирован в кожно-венерологическом диспансере. Сопутствующей патологией в 30% случаев являлись ИППП, беременность была нежелательной. Анализ структуры заболеваемости показал, что среди клинических форм сифилиса, преобладали ранние формы заболевания (ранний скрытый сифилис – 44,3%). Данные гинекологического анамнеза показали, что у большинства женщин 35 (46%) данная беременность была первой. У 7 женщин предыдущие беременности закончились поздними выкидышами (на VI-VII месяце беременности), у 3 – мертворождениями. Определение особенностей течения беременности при сифилитической инфекции, показало, что самыми частыми осложнениями течения беременности явились гестозы (ранние 14,9% и поздние 11% случаев) и угроза прерывания беременности на поздних сроках (10,4%), многоводие (6,6%), неразвившаяся беременность (3,2%). При ультразвуковой диагностике были выявлены признаки плацентарной недостаточности в половине случаев, у 16 беременных признаки плацентарной недостаточности сочетались с внутриутробной гипоксией плода, гепатоспленомегалией. У 11 беременных наблюдалась внутриутробная гибель плода в сроки от 20-21 до 27-28 недель. Из них у 8 были диагностированы ранний скрытый, у 3 – вторичный рецидивный сифилис. Беременность закончилась своевременными родами у 49 (65%) женщин. Из 34 беременных с неблагоприятным исходом беременности (выкидыши в поздние сроки, преждевременные роды, мертворождения) был диагностирован ранний сифилис: у 5 вторичный свежий, у 9 – вторичный рецидивный, у 21 – ранний скрытый сифилис, то есть такие формы заболевания, при которых длительность инфицирования женщины составляла не менее 5-6 месяцев.

Выводы. Анализ структуры различных форм сифилиса у беременных выявил преобладание скрытых форм (ранний скрытый сифилис). Наличие сифилиса у беременных приводит к неблагоприятному течению беременности, родов, проявляющихся несвоевременным излитием околоплодных вод и длительным безводным промежутком (17%), слабостью родовых сил (22,3%) и гипотоническими кровотечениями (2,6%), неблагоприятными исходами беременности (поздние выкидыши, преждевременные роды, мертворождения).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Гусейнов Н.И.

Азербайджанский медицинский университет,
г. Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Анкилозирующий Спондилоартрит (АС) воспалительное заболевание осевого скелета. Болезнь имеет постепенное прогрессирующее течение позвоночника у молодых лиц мужского пола. Лечение АС сложное и еще до конца не изучено.

Цель. Изучить эффективность местного применения нафталана в комплексной реабилитации больных АС.

Материалы и методы. Были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 66 больных АС. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на 2 группы. Обе группы больные на дорзольномбарные отделы позвоночника получали ударно-волновую терапию (аппарат – ShockMed), ЛФК, массаж, а также, фоновую терапию – нестероидными противовоспалительными препаратами (диклофенак 150 мг/с). Больные I группы (n=36) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание нафталан с солюксом. Влияние локальной терапии на эволюцию воспалительного процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до- и после комплексного лечения.

Результаты сравнивались с больными АС, не получавшими местное смазывание нафталан с солюксом (II группа n=30). После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных достигнуто отчетливое клиническое улучшение состояния: уменьшение напряжения прямых мышц спины, дорзольномбарных болей, скованности и увеличение

объема движений в позвоночнике, а также уменьшение дозы или отмена НПВП. Клиническая картина заболевания, как правило, коррелировала с лабораторными данными, что указывало на уменьшение лабораторной активности у больных, получавших комплексные физиопроцедуры, чем у больных не получавших этого вида лечения.

Выводы. В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием смазывания нафталан с солюксом и ударно-волновой терапией у больных АС.

ПОТЕНЦИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИСУСТАВНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т.

Азербайджанский медицинский университет,
Центральная больница нефтяников,
г. Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Синдром ограничения подвижности суставов (СОПС) является самым частым ревматическим проявлением сахарным диабетом (СД). Отмечена прямую связь между ранним началом СД, его давностью и степенью выраженности СОПС.

Цель. Оценить эффективность и переносимость внутрисуставной кортикостероидной (КС) терапии в комплексном лечении СОПС у больных СД.

Материалы и методы. Обследованы 146 больных СД с СОПС (плечевые суставы). Давность заболевания СД – от 1 до 15 лет. Давность СОПС от 1-го месяца до 6 лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на 2 группы (основная – 85 больных и контрольная – 61 больных). Обе группы больные получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические препараты и внутрисуставные кортикостероиды (Дипроспан-0,5ml) на пораженные суставы. Внутрисуставное введение КС проводилось 1 раз в неделю (всего 1-4 инъекции). Следует отметить, что до – и через 24 часа после внутрисуставного введения КС у всех больных определялось уровень сахара в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиэнзимный препарат – Wobenzym-15 таб./сут. (фирма-Mucos Pharma –

Германия). Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям, принятой в ревматологии: боль – по ВАШ, амплитуды движений в суставах, эффективность лечения по оценке врача и больного, лабораторными данными (глюкоза, СОЭ, СРБ, ЦИК).

Результаты. В результате проведенной терапии в сравниваемых группах больных было обнаружено недостоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 5-больных основной группы и у 8-больных контрольной группы не было отмечено существенного клинического улучшения. У этих больных была обнаружена инсулинозависимая форма СД и срок давности поражения суставов составлял более 5 лет, а клинические симптомы СОПС соответствовали III-стадии болезни. Необходимо отметить, что у основной группы больных повышение уровня сахара в крови и побочные эффекты проводимой терапии отмечены не были. В тоже время у 14 больных в контрольной группе, были отмечены диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия. Также, были выявлены коррелятивные связи между ранним началом СД, давностью и степенью выраженности СОПС и проводимой комплексной терапией.

Выводы. Клиническая эффективность комбинированной терапии больных СОПС, страдающих СД, в обеих группах больных были одинаковые. Включение в комплексную терапию препарата Wobenzym способствует уменьшению побочных эффектов КС (диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия) и улучшает оптимизацию течения патологического процесса.

ПОТЕНЦИРОВАНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРОГЕННОЙ ФОРМЫ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Гусейнов Н.И., Шолан Р.Ф.

Азербайджанский медицинский университет,
Центральная больница нефтяников,
г. Баку, Азербайджанская Республика

Введение. Урогенная форма Реактивного Артрита (УФРКА) наиболее часто распространено среди молодых лиц сексуально активного возраста. В настоящее время вопросы лечения УФРКА до конца не изучено.

Цель. Изучить эффективность антибиотиков в комплексной терапии у больных УФРКА.

Материалы и методы. Были исследованы 106 больных УФРКА, у которых было обнаружено хронический простатит (ХП). У всех больных были выявлено Chlamydia Trachomatis. Больные, в течении последних 3-х месяцев, до предпринятого нами обследования, по поводу ХП, не проходили лечения. Все больные подвергались клинико-лабораторным ревматологическим и уродинамическим обследованиям. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на 2 группы: Обе группы больных получали стандартные и идентичные лечения (Диклофенак 200 mg/c внутрисуставной кортикостероид, левофлоксацин 500 mg/c и флунол). I-группы (n=60) больных дополнительно получали полиэнзимный препарат Wobenzym 15 т/сут. Wobenzym назначался с целью повышения концентрации антибиотиков в пораженных тканях. Лечение продолжилось не менее 1 мес. Для оценки эффективности лечения в динамике изучены клинико-лабораторные, ревматологические, бактериологические и уродинамические показатели: в начале и через 1 месяц после лечения.

Результаты. Результаты одномесячного курса лечения, в I гр. по всем клинико-лабораторным параметрам (суставной индекс, число воспаленных суставов, боли в промежной области, дизурических явлений, СОЭ, СРР, ЦИК, Элиминация возбудителя, уродинамические показатели) были более эффективными в сравнении со II группой (n=46).

Выводы. Применение полиэнзимного препарата (Wobenzym) у больных УФРКА позволяет добиться регрессии суставного синдрома, у 95,2% случаев элиминацию возбудителя заболевания за счет потенцирования концентрации антибиотиков в очаге воспалительного процесса и улучшению переносимости антибактериальных средств.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЦИКЛАМ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Дадабасва Р.К.

Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

В настоящее время, в Республике Узбекистан постдипломное образование по специальности «Врач общей практики» (ВОП) – это переподготовка ВОП (10-месячная программа) и непрерывное медицинское образование (НПО) (повышение квалификации – 144 ч., 72 ч., 36 ч., 18 ч.).

С 2000 по 2013 год в двух высших медицинских учебных заведениях (ВУЗах) – в Ташкентской медицинской академии (ТМА) и Ташкентском педиатрическом медицинском институте (ТашПМИ) существовала 3-летняя программа магистратуры по специальности «Семейная медицина» с получением диплома «Магистр семейной медицины».

Концепция по развитию системы непрерывного профессионального образования медицинских работников первичного звена здравоохранения (ПЗЗ) была утверждена в 2006 году, целью которой было создание методологической основы для системы НПО медицинских работников ПЗЗ и повышение качества медицинской помощи в сельских и городских семейных поликлиниках.

В Ташкентской медицинской академии работа по повышению квалификации (ПК) практикующих врачей началась с создания кафедры переподготовки и повышения квалификации врачей общей практики в 2015 году.

Прежде чем начать работу по ПК, было проведено анкетирование 500 врачей ПЗЗ г. Ташкента с целью изучения потребности получения дополнительных знаний по определенным циклам. Полученные результаты были следующими: из 500 врачей изъявили желание повысить свои знания по заболеваниям дыхательной системы 214 (42,8%), сердечно-сосудистой системы – 423 (84,6%), желудочно-кишечного тракта – 190 (38%), мочевыделительной системы – 132 (26,4%), мышечно-суставной системы – 235 (47%) человек. А также в опроснике отметили цикл по основам ЭКГ 312, аритмии – 251, педиатрии – 235, и неотложным состояниям – 210 человек.

Учитывая вышеуказанные результаты опросника нами был составлен учебно-тематический план, объем которого содержит циклы с следующим соотношением: заболевания сердечно-сосудистой системы – 18,2%, дыхательной системы – 13,6%, желудочно-кишечного тракта – 13,6%, мышечно-суставной системы – 13,6%, мочевыделительной системы – 9%. Это составило 68% общего объема учебного плана. Остальные 32% составили педиатрия, иммунопрофилактика, психиатрия, неврология, а также заболевания глаз и ЛОР-органов.

Выводы. 1. Проведенное нами анкетирование указывает на наибольшую потребность в улучшении своих знаний врачей амбулаторного звена г. Ташкента в терапевтических направлениях (от 26,4% до 84,6%). 2. При составлении учебно-тематического плана по тематическому повышению квалификации врачей первичного звена здравоохранения, необходимо учитывать потребность их в конкретных направлениях медицины.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ И ОБНАРУЖЕНИЕМ АНТИТЕЛ К CHLAMYDIA TRACHOMATIS В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Дворовкин А.Э., Один В.И.,
Тыренко В.В., Топорков М.М.,
Иванникова Л.П., Гумилевская О.П.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Актуальность работы. Известно, что у части пациентов с ревматоидным артритом в сыворотке крови обнаруживаются антитела к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*), что может отягощать течение ревматоидного артрита.

Цель работы. Определить частоту выявления антител (АТ) к *Chlamydia trachomatis* у пациентов с ревматоидным артритом (РА), а также у пациентов с сочетанием ревматоидного артрита и аутоиммунного тиреоидита (АИТ) в сыворотке крови, и установить различия в клинических и лабораторных проявлениях РА при выявлении АТ к хламидиям.

Материалы и методы. В исследование вошло две группы пациентов. В первую группу (группа А) вошли 43 пациента только с ревматоидным артритом (40 женщин и 3 мужчины, средний возраст = 62,46±11,9 лет, средняя продолжительность РА – 8,78 лет, активность болезни по DAS-28=5,66). Во вторую группу пациентов (группа В) вошли также 43 пациента с сочетанием РА и АИТ, идентичных по поло-возрастным характеристикам группе А (39 женщин и 4 мужчины, средний возраст = 60,85±10,4 лет, средняя продолжительность РА – 7,55 лет, активность болезни по DAS-28=5,23). Диагнозы РА и АИТ были установлены согласно современным классификационным критериям и рекомендациям. Все пациенты были обследованы по специальному протоколу, включающему в себя клинические, лабораторные и инструментальные показатели. Качественное и полуколичественное определение антител класса IgG к антигенам *Chlamydia trachomatis* в сыворотке человека проводилось с помощью иммуноферментного анализа с использованием тест-систем DRG *Chlamydia trachomatis* IgG (ELISA 3462) (компания «DRG International», США).

Результаты. Согласно полученным данным, положительный титр антител класса IgG к *Chlamydia*

trachomatis был получен у 7 пациентов только с РА, что составило 16% от общего числа пациентов в группе А. В группе В (сочетание РА и АИТ) антитела к Chlamydia trachomatis не были выявлены ни у одного из пациентов. При сравнительном и корреляционном анализе титра антител к Chlamydia trachomatis с показателями воспаления (уровнем лейкоцитов, СОЭ), активностью РА по DAS-28, тяжестью заболевания (рентгенологическая стадия РА) достоверных различий между пациентами с выявлением положительного титра АТ к хламидиям и у пациентов с его отсутствием получено не было.

Выводы. Таким образом, выявляемость антител класса IgG к Chlamydia trachomatis представленной выборке пациентов не ассоциировалась с показателями воспаления, активностью ревматоидного артрита по индексу DAS-28 и рентгенологической стадией РА. АТ к Chlamydia trachomatis не выявляются в сыворотке крови у пациентов с сочетанием ревматоидного артрита и аутоиммунного тиреоидита в данной выборке пациентов.

СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дергунова Г.Е.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Применение сердечных гликозидов в педиатрической практике.

Материалы и методы. Материалом наших исследований являются литературные данные и случаи из практики. Для терапевтического применения сердечных гликозидов важное значение имеет не только активность, но и быстрота наступления эффекта и продолжительность его действия. Первичным кардиотоническим эффектом сердечных гликозидов является их действие на сократительную функцию сердца. Активируя АТФ-азу миозина, расщепляют АТФ, образуется энергия, необходимая для сокращения миокарда. Под влиянием сердечных гликозидов отмечается урежение сокращений сердца, то есть отмечается отрицательный хронотропный эффект. Токсические дозы сердечных гликозидов повышают возбудимость миокарда, что приводит к возникновению дополнительных «гетеротропных» очагов возбуждения в миокарде и экстрасистолии.

Токсическое действие сердечных гликозидов обусловлены их прямым влиянием на сердце, а также их нейротропным действием. Различают кардиальные и экстракардиальные (внекардиальные) токсические проявления сердечных гликозидов.

Данные больного ребенка Ю 1,5 года, вес при рождении 1,5 кг, вес при поступлении 5,8 кг, при поступлении в стационар общее состояние средней тяжести, температура 37,5, жалобы на одышку, слабость, беспокойства и т.д.

Диагноз при поступлении: ВПС, ДМЖП. Гипотрофия II степени, Рахит I степени, Почечная недостаточность.

По мониторингу сердечные сокращения в течении суток варьировали от 176 до 110 ударов в 1 минуту.

Лабораторные анализы: ОАК: Нв-108 и выраженный лимфоцитоз (от 50 до 61), ОАМ – следы белка, умеренный лейкоцитурия, соли мочевой кислоты. Биохимические анализы: ферменты АЛТ и АСТ, белок крови в пределах нормы.

Параклинические исследования: Эхокардиография. Эхоэнцефалография Рентгенография грудной клетки. Вывод: ВПС. Бронхопневмония.

Получал адекватную терапию по стандарту лечения обуславливая тяжести состояния, получал антибиотики, инфузионную терапию, за сутки ребенок что и он получил дигоксин в дозе 30 мкг (т.е. 0,3 мг) в течении 3,5 суток, получал капотен в возрастной норме, т.е. по 6,5 мг 2 раза в день, кроме того для снятия нагрузки на легочную артерию ангипал соответствующей дозе но проведенная фармакотерапия результатов не дала, состояние ухудшилось, отмечалось потеря аппетита, тошнота, рвота и ребенок, в дополнено лечение противорвотный препарат церукал, состояние не изменилось и больной переведен в реанимационное отделение. В реанимации ребенок так же получал соответствующее лечение, отменили сердечный гликозид, был промыт желудок, назначен активированный уголь, антиаритмические препараты, кроме того по тяжести состояния была оказана помощь.

Результаты и обсуждения. Назначенный сердечный гликозид (СГ) подобран в соответствующей дозе, но не было учтено, то что, ребенок был недоношен, отмечалась гипотрофия II степени, рахит. Действие препаратов которых маленький организм не смог своевременно элиминировать, привело к накоплению СГ, которое продолжалось, хотя и применяли противорвотные мероприятия, которые являются первыми признаками перенасыщения организма.

Вывод. Проведенная фармакотерапия соответствует тяжести заболевания, но не учтены анатомо-физиологические особенности ребенка, состояние элиминирующих органов, дизметаболические состояния, которые привели к перенасыщению СГ и интоксикации. Своевременная отмена препарата привела к благоприятному исходу лечения.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦЕРКУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дергунова Г.Е., Абдулхамидова З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности клинико-неврологических проявлений венозной дисцеркуляции у детей и подростков с артериальной гипертонией.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и изучения 82 подростков с АГ. Возраст обследованных – от 13 до 18 лет, средний возраст – $15,0 \pm 1,33$ лет. Всего было 59 мальчиков и 23 девочки. Полученные данные обследования детей с АГ сравнивали с результатами в контрольной группе (30 детей). Все обследованным были проведены стандартные клинико-неврологические обследования.

Результаты исследования. Клиническая симптоматика соответствовала АГ I ст. у 45,1% (37 пациентов) и АГ II ст. у 54,9% больных (45 пациентов). Одной из самых распространенных жалоб при АГ у подростков была головная боль (62,2%). Наиболее частыми «венозными жалобами» у детей с АГ были симптом «тугого воротничка» (34,1%), симптом «низкой подушки» (21,9%). Цефалгии при АГ II ст., вероятно, носят венозный характер, они обусловлены избыточным кровенаполнением венозных сосудов (вен и венозных синусов) и затруднением венозного оттока, что косвенно подтверждает нарастание «венозных жалоб» при АГ II ст. по сравнению с АГ I ст. (57,8 и 13,5% соответственно; $P < 0,05$) и объективными данными церебральной гемодинамики в нашем исследовании. Кардиальные жалобы при АГ у подростков встречались в 31,7% случаев в виде сердцебиения, при АГ II ст. они встречались также чаще, чем при АГ I ст. (16,2 и 57,8% соответственно; $P < 0,05$).

У 31 подростка с АГ (37,8% от общего числа больных) были выявлены начальные признаки недостаточности кровообращения мозга (НПНКМ). Для этого синдрома характерно появление субъективных жалоб (головная боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти и работоспособности). Не менее двух из указанных жалоб отмечались еженедельно в течение не менее трех последних месяцев. В нашем исследовании НПНКМ были зарегистрированы у 5 подростков (13,5%) с АГ I ст. и у 26 человек (57,8%) при АГ II ст. Увеличение сре-

ди подростков с АГ НПНКМ при АГ II ст. статистически значимо ($P < 0,05$) по сравнению с АГ I ст. Наличие НПНКМ при АГ у подростков в возрасте от 15 до 18 лет достигало 71,6%. При оценке наличия и выраженности неврологических нарушений при АГ у подростков был обнаружен псевдобульбарный синдром, в контрольной группе этот синдром не встречался. Псевдобульбарный синдром был выявлен при АГ II ст. в 8,1% случаев в виде различной выраженности дизартрии, рефлексов орального автоматизма, оживления рефлексов с задней стенки глотки и мягкого неба. Псевдобульбарный синдром у детей с АГ является преморбидным состоянием – следствием неблагоприятных воздействий внутриутробного и неонатального периодов, фактором риска развития АГ.

Выводы. Таким образом, в клинической картине АГ у подростков имеют место симптомы, свидетельствующие о венозной церебральной недостаточности, более выраженные при АГ II степени. У 37,8% подростков при АГ был выявлен синдром начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга со статистически значимым увеличением при АГ II степени.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СРЕДИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Джанахмедова Ш.Н.¹,

Маммадли Г.М.², Садыхова Н.Р.¹

¹Национальный научно-исследовательский институт
медицинской профилактики имени В. Ахундова,

²Азербайджанский университет
туризма и менеджмента,

г. Баку, Азербайджанская Республика

Неконтролируемое самолечение кишечных гельминтозов, длительное применение одних и тех же антигельминтных средств, нарушения нормативных предписаний их применения создают предпосылки для развития среди возбудителей резистентности к антигельминтным препаратам и это является основной причиной учащения случаев неэффективного лечения кишечных гельминтозов.

В связи с этим, важное значение отводится выявлению механизма приобретения гельминтами резистентности к синтетическим антигельминтным средствам, что может быть основой повышения эффективности лечения кишечных гельминтозов. Данный вопрос изучался в 2 этапа. На первом

этапе на культуры яиц гельминтов белых мышей – *S.obvelata*, *T.muris* (нематоды) и *H.nana* (цестода) воздействовали сублетальными дозами мебендазола и фенасала. Оставшимися жизнеспособными после воздействия сублетальными дозами препаратов яйцами гельминтов затем заражали белых мышей, после чего проводили их лечение этими же препаратами в летальных дозах. На втором этапе, белых мышей заражали указанными видами гельминтов, затем проводили 1-3-кратное их лечение сублетальными дозами мебендазола и фенасала, после чего завершали лечение летальными дозами препаратов. Параллельно ставили контрольные опыты, в которых зараженных мышей однократно лечили летальными дозами препаратов.

В результате, в контрольном опыте эффективность лечения мебендазолом сифациоза составила $92,9 \pm 7,1\%$, трихоцефалеза – $81,3 \pm 10,1\%$, фенасалом гименолепидоза – $80,0 \pm 10,7\%$. То есть, мебендазол и фенасал одинаково высокоэффективны при лечении указанных нозоформ кишечных гельминтозов среди белых мышей. Данный факт важен в том отношении, что, только при соблюдении всех нормативных предписаний назначения антигельминтных средств, достигается желаемый лечебный эффект.

В 1-ом варианте опытов снижение эффективности лечения белых мышей, зараженных яйцами после культивирования с сублетальными дозами препаратов, было небольшим и составила для сифациоза $75,0 \pm 11,2\%$, для трихоцефалеза $64,7 \pm 11,9\%$ и для гименолепидоза – $68,8 \pm 11,6\%$. То есть, при воздействии на яйца гельминтов, развитие резистентности к антигельминтным средствам происходит не столь сильно, нежели на их половозрелые стадии, паразитирующие в кишечнике белых мышей.

Эффективность лечения зараженных мышей во 2-ом варианте опытов, когда проводилось предварительное 1-3-кратное лечение сублетальными дозами, а затем – летальными дозами, намного снизилась. При сифациозе она составила $55,5 \pm 12,1\%$, при трихоцефалезе – $50,0 \pm 11,5\%$ и при гименолепидозе – $33,3 \pm 11,4\%$. Вполне очевидно, что в результате тренинга сублетальными дозами антигельминтных средств у возбудителей кишечных гельминтозов белых мышей вырабатывается резистентность к этим препаратам.

Выполненная экспериментальная работа, во-первых, вселяет надежду в то, что высокоэффективные, технологически и фармакологически соответствующие своему предназначению антигельминтные средства, при их назначении согласно нормативным предписаниям максимально обеспечивают лечебный эффект при кишечных гельминтозах. Во-вторых, она убедительно показывает, что

при несоблюдении этих предписаний у гельминтов вырабатывается резистентность к антигельминтным средствам, что приводит к снижению показателей эффективности лечения кишечных гельминтозов.

РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ АРТРИТОВ

Джаныбекова И.А.

Международный университет Кыргызстана,
г. Бишкек, Киргизская Республика

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости различных видов (реактивных-Реак, ревматических-Рев и ревматоидных-Ревмат) артритов (А) у детей, пролеченных в специализированном отделении г. Бишкек.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 158 больных – 83 мальчика и 75 девочек – в возрасте от 3 до 14 лет с этими артритами. В стационарных условиях всем детям проводились тщательный сбор анамнеза, клиническое наблюдение при поступлении и в динамике заболевания, измерение артериального давления в динамике наблюдения, лабораторное обследование: общий анализ крови, комплекс биохимических (БХ) исследований крови, анализы мочи, а также диагностическое обследование включая такие исследования как электрокардиография, фонокардиография, двухмерная эхо-кардиография, ультразвуковое исследование внутренних органов брюшной полости, рентгенологическое исследование суставов. Все больные были осмотрены узкими специалистами такими как окулист, оториноларинголог, стоматолог, невропатолог. БХ исследование крови включало определение ревматоидного фактора (РФ), реакций Ваалер-Роузе, Жокинена, Райта-Хеддельсона, С-реактивного белка (СРБ), сиаловых кислот, проб Таката-Ара, тимоловой и сулемовой, белковых фракций, титра АСЛ-О, электролитов и др.

Результаты. На протяжении наблюдаемого периода Реак А были наиболее частой патологией суставов ($57,5\%$) у детей, Рев А – у $33,4\%$ детей, Ревмат А – у $15,7\%$ детей. РеакА развились в результате вирусно-бактериальных инфекций, иногда аллергий. РеакА встречались чаще у девочек ($54,3\%$), чем у мальчиков ($45,7\%$). Возрастных особенностей нами отмечено не было. В анализе крови обнаружены незначительные изменения: умеренная лейкопения ($5,4-5,9 \times 10^9/\text{л}$), умеренный лейкоцитоз ($8,3-12,1 \times 10^9/\text{л}$) и умеренное ускорение СОЭ (до 20 мм/ч). РевА наблюдались нам реже (у $33,4\%$) детей. Клинические проявления этих артритов отличались легучестью. Тяжесть ревматического процесса всегда зависела от поражения сердца и его оболочек.

Начало заболевания было связано с вирусно-бактериальной инфекцией, особенно стрептококковой этиологии. В крови определялось нарастание титра анти-стрептококковых антител. Острый период ревматизма сопровождался воспалительными изменениями в анализе крови.

(Нейтрофильный лейкоцитоз -10.1×10^9 /л и выше, значительное ускорение СОЭ до 40 мм/ч и выше, СРБ- три-четыре плюса, гипергаммаглобулинемия) в зависимости от активности процесса. В 35% случаев больные дети в отделение поступали впервые уже с пороками сердца, которые были выявлены при клиническом обследовании и подтверждены при ЭХО-кардиографическом исследовании. Наиболее сложными в диагностическом плане были больные дети с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА). Надежность диагностики ЮРА оценивалась по числу критериев, так как все больные дети были серонегативными по РФ. Очень часто провоцирующими факторами у них были различного рода травмы. Обычно заболевание развивалось через одну-четыре недели после травмы. В нашем наблюдении острое начало имел 71% больных детей с ЮРА, подострое – 15%, постепенное – 16.6%. Острый дебют был характерным. Большинство больных детей поступило в первые шесть месяцев заболевания и в клинических проявлениях ЮРА преобладали олиго-артрикулярные, пауци-артрикулярные и поли-артрикулярные формы. После 6 месяцев заболевания у больных преобладали мультиартрикулярные и системные формы ЮРА. У мальчиков в подростковом периоде также преобладала системная форма ЮРА. Полиартритические формы в половине случаев вели к деформациям суставов в первые 6 месяцев заболевания. У больных детей в подростковом возрасте в процесс часто рано вовлекался шейный отдел позвоночника. Только в одном случае встретился тендовагинит в дебюте заболевания.

СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА МОЗГОВОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОЙ ЛИМФОБЛАСТНОЙ ЛЕЙКЕМИИ И НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ

Джаныбекова И.А.

Международный университет Кыргызстана,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования. Изучение белкового обмена мозговой ткани, проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) в различные периоды острой лимфобластной лейкемии (ОЛЛ) и нейролейкемии (НЛ), определение диагностической и

прогностической значимости некоторых маркеров СМЖ, ГЭБ в разные периоды заболевания, значимость ранних критериев повреждения нервной ткани при НЛ.

Материал и методы. Обследовано 103 ребенка в возрасте от 2 до 18 лет (57 мальчиков и 46 девочек) с ОЛЛ в динамике течения ОЛЛ и НЛ в НЦЗД РАМН при их наблюдении от 1 года до 12 лет. Дети получали немецкое протокольное лечение Pt ALL-BFM-90m и «стандартные» схемы полихимиотерапии (ПХТ) в сочетании с сопроводительной терапией. Проведено комплексное биохимическое (БХ) исследование таких показателей, как общего белка (ОБ), альбумина (А) и глобулинов (Г), суммарного α -аминоазота (α -Ам), нейроактивных аминокислот - глутаминовой кислоты (ГлуК) и глутамин (Глу) в СМЖ и сыворотке крови, а также

N-ацетилнейраминовой кислоты (НАНК), ацетилхолинэстеразы (АХЭ), бутирилхолинэстеразы (БХЭ), лактата (Л) в СМЖ, а также вычислялись показатели проницаемости ГЭБ по концентрационным градиентам (К) для А (КА), α -Ам, ГлуК и Глу.

Результаты и обсуждение. Гипоксические состояния при ОЛЛ, НЛ были транзиторны как по клиническим признакам, так и по лабораторным показателям (АХЭ, БХЭ, Л). Благодаря проводимому лечению состояния гипоксии, ишемии, ацидоза были преходящи, течение заболевания определялось степенью тяжести основного процесса.

Сравнение величин ОБ и НАНК СМЖ выявил одинаковую тенденцию к увеличению при инициальной НЛ в остром периоде (ИНЛ-ОП), также доклинической НЛ в остром периоде (ДНЛ-ОП), клинической НЛ в остром периоде (КНЛ-ОП). Однако более выраженная тенденция к увеличению НАНК отмечалась при них. Несмотря на значительное снижение ОБ СМЖ к ИНЛ периоду ремиссии (Р), НАНК после значительного уменьшения в подострый период (ПОП) имела тенденцию к повышению в Р-ИНЛ.

В Р-ОЛЛ ОБ-СМЖ постепенно увеличивался, а НАНК-СМЖ значительно снижался до уровня ОП-ОЛЛ (начало заболевания). Это можно расценивать как полную Р-ОЛЛ по НАНК, но повышенные значения ОБ-СМЖ свидетельствуют о реакции мозговых оболочек на проводимую терапию (по типу химического раздражения).

При костно-мозговом рецидиве (КМР) более выражена тенденция к повышению ОБ, а не НАНК, т.е. при КМР преобладают процессы общего рецидива, а не НЛ, что еще раз подтверждает возможность получения стойкой Р-НЛ на протокольном Pt-BFM-лечении.

Сравнение величин Г и НАНК СМЖ показало снижение Г в ОП-ОЛЛ, ОП-ИНЛ. Р-ОЛЛ характеризовалась нормальными значениями Г-СМЖ. Во все остальные периоды происходило повышение Г-СМЖ.

В ПОП-ИНЛ происходило значительное увеличение Г-СМЖ более чем в 2 раза и в Р-ИНЛ далее более чем в 3 раза. Однако после МТХ –Рt ОЛЛ наступала полная по данным Г-НАНК-СМЖ. Причем тенденция увеличению происходила одновременно и по параметрам НАНК и по Г-СМЖ. НАНК-СМЖ давала очень резкие подъемы более чем в 10 раз, тогда как Г-СМЖ резко снижались на фоне проводимого Рt лечения, характеризуя глубокую иммунодепрессию не только на системном уровне, но и на уровне ЦНС, СМЖ.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. КОМОРБИДНОСТЬ В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Джаныбекова И.А.

Международный университет Кыргызстана,
г. Бишкек, Киргизская Республика

Цель исследования. Изучение коморбидности ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА), ревматоидного артрита (РА) на протяжении заболевания.

Материал и методы. Обследовано 26 пациентов с ЮРА в динамике в возрасте от 12 до 78 лет (20 мужского пола и 6 женского) при их наблюдении.

Результаты и обсуждение. Коморбидность наблюдалась практически у всех пациентов с начала заболевания – ухудшение зрения, системные поражения, гепатолиенальный синдром, лимфоаденопатия, регургитация трикуспидального клапана, кардит, микрогематурия, увеит, мультиартикулярный синдром III степени активности, множественные поражения суставов, грубые анкилозы коленных суставов, синдром Стилла.

Олигоартритические формы у мальчиков быстро прогрессировали в мультиартикулярные. Чаще поражались коленные, голеностопные, лучезапястные суставы, реже межфаланговые суставы кистей рук и стоп, межпозвонковые суставы шейного отдела позвоночника. У 80% было симметричное поражение суставов. Среди всех пациентов один очень был интересен в плане коморбидности. С возрастом развились обменные нарушения, метаболический синдром, артериальная гипертензия, атеросклероз. Активное течение РА привело к стойкой инвалидизации больного. Лечение позволило добиться ремиссии. Длительная постоянная реабилитация позволила вернуться к обычному образу жизни. Индометацин стал пожизненным базовым препаратом в терапии данного больного с коррекцией дозы. Санаторно-курортное лечение (грязевые аппликации, радоновые ванны) позволило добиться поддержания стойкой ремиссии и активной трудоспособной

формы в течении десятилетий. Артериальная гипертензия постепенно стала впоследствии гипертонической болезнью высокого риска. Мочекаменная болезнь потребовала планового оперативного лечения. Лабораторные показатели всегда были нормальными, периодически выявлялся ревматоидный фактор. Современные гипотензивные препараты позволили длительное время вести пациента без осложнений. Иглорефлексо-терапия помогла поддерживать хорошую двигательную активность и физическую форму организма на протяжении нескольких десятилетий. Таким образом, коморбидные диагнозы: атеросклероз, атеросклеротический кардиосклероз, гиперметропия, катаракта, гипертоническая болезнь очень высокого риска, язвенная болезнь в ремиссии, атопический дерматит. Коморбидность РА в основном связана с системой циркуляции, метаболизмом. Если возрастные изменения и затрагивают сердечно-сосудистую систему (ССС), то здесь эти изменения происходят раньше, нарастают быстрее и сильнее, кроме этого эмоциональные нагрузки также влияют на ССС. Родители очень сильно переживают за детей, когда отец страдает такой патологией. Но считается, что только 7% имеется в популяции и необязательно может проявиться, тем более сейчас хорошо лечится, поэтому прогноз сегодня лучше, более благоприятный. Имеются исследования, когда даже при наличии гена HLA-B27 клинические проявления могут отсутствовать на протяжении всей жизни. Лечение болезни Бехтерева (ББ) основано на приеме нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), однако последние многоцентровые исследования выявили ранние и поздние осложнения НПВС, связанные с ССС. Поэтому, особое внимание с ранних этапов необходимо уделять профилактике осложнений со стороны ССС. Таким образом, органы-мишени ББ становятся органами осложнений, коморбидность ББ требует комплексного подхода в лечении и ведении этих больных, обеспечивая качество жизни, социальную адаптацию к окружающей среде.

ДАнные РЕСПУБЛИКАНСКОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Добрица Я.Р.¹, Барышева О.Ю.¹,
Голубева А.М.², Егорова К.Е.²

¹Петрозаводский государственный университет,
²Республиканская больница имени В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), среди которых чаще всего встречаются язвенный колит

(ЯК) и болезнь Крона (БК), характеризуются поражением молодого трудоспособного населения в репродуктивном возрасте, нередко поздней диагностикой, что ухудшает прогноз и снижает качество жизни пациентов. В настоящее время количество больных ЯК и БК в мире насчитывает 5 млн человек, при этом ожидается дальнейшее их увеличение в следующем десятилетии.

Цель исследования. Проанализировать данные из Республиканского регистра больных ВЗК.

Материалы и методы. Исследование включало в себя ретроспективный анализ историй болезней и амбулаторных карт 245 больных ЯК и БК, находящихся в Республиканском регистре больных ВЗК на март 2019 г.

Результаты исследования. Преобладающее большинство пациентов составили городские жители (224 человека – 91,5%, среди них 189 – жители столицы республики г. Петрозаводска). Сельские жители составили 8,5%. ВЗК встречались в 1,5 раза чаще у женщин (женщин – 146, мужчин – 99), причем женский пол преобладал как в случае язвенного колита (100 женщин и 79 мужчин), так и в случае болезни Крона (46 женщин и 20 мужчин).

Средний возраст пациентов, страдающих ВЗК, составил 44 года (минимальный возраст больных – 19 лет, максимальный – 97 лет). При этом средний возраст у людей с язвенным колитом составил 47 лет (минимальный возраст – 19 лет, максимальный – 97), а у пациентов с болезнью Крона – 41 год (минимальный возраст – 19 лет, максимальный – 85). 71% больных ВЗК в трудоспособном возрасте, не имеют группу инвалидности.

Среди всех больных ЯК колит составил 73%, в то время как БК 27%. Средний срок постановки диагноза для язвенного колита 2 месяца, для болезни Крона 37 месяцев.

Среди форм язвенного колита преобладает дистальная форма 61,5%, левосторонний колит встречается в 31%, тотальный колит в 7,5% случаев.

В структуре болезни Крона преобладает илеоколит (43%), терминальный илеит имеет место в 30% случаев, колит в 27% случаев. Внутрипросветная форма БК констатирована у 55%, стриктурирующая – у 23%, пенетрирующая – у 15%, перианальная – у 7% пациентов.

Ранними симптомами ВЗК у пациентов являлись боли в животе (80 случаев – 34%), диарея неясного генеза (75 случаев – 32%), лихорадка (54 случая – 23%). Зачастую болезнь начиналась с внекишечных проявлений (27 случаев – 11%).

У пациентов 11% случаев встречались внекишечные проявления, такие как артралгии, артриты, анемия, узловатая эритема, некротизирующий фасциит, гангренозная пиодермия, гломерулонефрит.

Количество пациентов с БК, которым потребовалось оперативное вмешательство, составило 6 человек (2,5%).

ГИБТ всеми зарегистрированными в России препаратами получают 31 пациент (13% от общего количества больных).

Выводы. Длительность заболевания, особенно БК, от момента появления первых, часто неспецифичных признаков заболевания, до первичной диагностики и часто поздняя диагностика требует обучения врачей первичного звена основным положениям клиники и диагностики ВЗК. Врачам рекомендуется тщательный сбор анамнеза и использование вспомогательного опросника для скрининга ВЗК, с помощью которого можно вовремя заподозрить заболевание и направить пациента к гастроэнтерологу. Пациенты с ВЗК подлежат специализированной квалифицированной медицинской помощи как на этапе окончательной верификации заболевания, так и в последующем на этапе терапии и динамического наблюдения, что может быть в республике осуществлено на базе ведущего учреждения Республики Карелия ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова».

ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Добровольская О.В., Дёмин Н.В., Смирнов А.В.,
Ефремова А.О., Торопцова Н.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить частоту остеопороза (ОП) и его осложнений у пациентов с системной склеродермией (ССД).

Материал и методы. В исследование включены 190 пациентов с ССД (средний возраст 52±13 лет), в том числе 158 женщин и 32 мужчины (средний возраст 51±14 лет и 53±13 лет, соответственно). Контрольную группу составили 140 человек без воспалительных ревматических заболеваний (средний возраст 54±16 лет). Проводилось анкетирование с

помощью унифицированного опросника, измерение минеральной плотности кости (МПК) – с использованием двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в поясничном отделе позвоночника, шейке бедра, проксимальном отделе бедра в целом и дистальном отделе предплечья.

Результаты. Сниженная МПК выявлена у 131 (69%) пациента с ССД, а в контрольной группе – у 81 (58%) человека ($p=0,0392$), в том числе ОП обнаружен у 72 (38%) и 43 (31%) обследованных, соответственно. Показатели МПК у женщин с ССД в поясничном отделе позвоночника и шейке бедра были достоверно меньше, чем в контрольной группе, что не зависело от возраста обследованных. Нами установлена прямая корреляция между величиной МПК и индексом массы тела (ИМТ), и обратная – между МПК и продолжительностью постменопаузы, длительностью ССД, кумулятивной дозой глюкокортикоидов (ГК). Среди клинических факторов, связанных с самим заболеванием, обнаружена обратная зависимость между МПК в поясничном отделе позвоночника и СОЭ; между МПК в шейке бедра и проксимального отдела бедра в целом и СРБ.

Всего 48 (25%) пациентов с ССД имели низкоэнергетические переломы в анамнезе, среди них 8 (4%) женщин перенесли 2 или более переломов. Частота низкоэнергетических переломов среди женщин детородного возраста, женщин в постменопаузе и мужчин составила 8%, 35% и 25%, соответственно. Средний возраст, в котором случились переломы, был 55 ± 11 лет для постменопаузальных женщин, 30 ± 12 лет – у молодых женщин и 60 ± 12 лет – у мужчин. Наиболее частыми локализациями переломов были позвонки (14%) и лучевая кость (7%). Еще по 3% пациентов перенесли переломы лодыжки и шейки плеча, и 4% – переломы других локализаций. Риск падений и остеопоротических переломов у пациентов с ССД, имевших низкую МПК был в 2,5-3 раза выше по сравнению с лицами с нормальной МПК (относительный риск (ОР) 2,93 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,11; 8,01], $p=0,016$ и ОР 2,58 [95% ДИ 1,04; 6,6], $p=0,025$, соответственно).

Выводы. Низкая МПК выявлена у 69% пациентов с ССД, в том числе ОП – у 38%. 25% обследованных лиц имели остеопоротические переломы в анамнезе. Величина МПК коррелировала с традиционными факторами риска: позитивно с ИМТ и негативно – с возрастом и продолжительностью постменопаузы. Среди факторов, обусловленных собственно заболеванием, установлена связь с длительностью ССД и кумулятивной дозой ГК.

ВИТАМИН D У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Добровольская О.В., Самаркина Е.Ю.,
Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить статус витамина D у пациентов с различными ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы. В исследование включены 172 пациента с РЗ: 102 – с системной склеродермией (ССД), 30 – с псориатическим артритом (ПсА), 40 – с ревматоидным артритом (РА). Контрольную группу составили 53 человека без воспалительных РЗ. Достоверных различий по возрасту между группами не было. Определение уровня витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови проводилось с использованием иммунохемилюминисцентного анализатора Cobas E411. Забор крови для определения концентрации 25(OH)D был осуществлен в осенне-зимний период (с ноября по февраль 2017-2018 гг.).

Результаты. Средняя концентрация 25(OH)D составила $19,83\pm 11,06$ нг/мл у пациентов с ССД, $20,29\pm 10,28$ нг/мл – у больных с ПсА, $15,9\pm 7,5$ нг/мл – у больных РА и $23,29\pm 8,61$ нг/мл у лиц контрольной группы. Уровень 25(OH)D был в среднем достоверно ниже у лиц с ССД и РА, по сравнению с контрольной группой ($p=0,035$ и $p<0,001$, соответственно). Между пациентами с ПсА и контрольной группой различий в уровне витамина D не выявлено. Среди всех обследованных лишь 24% лиц без РЗ и 23% – с ПсА имели нормальный уровень (≥ 30 нг/мл) 25(OH)D в сыворотке крови, что было достоверно больше, чем в группах пациентов с РА и ССД (6% и 9%, соответственно). Гиповитаминоз D (≥ 20 - <30 нг/мл) диагностирован у 20% человек с РА, 27% – с ПсА, 30% – с ССД и у 49% группы контроля, а дефицит витамина D (<20 нг/мл) – у 74%, 50%, 61% и 27% лиц, соответственно.

Не было выявлено значимых различий в концентрации 25(OH)D в сыворотке крови между лицами моложе и старше 65 лет, а также в зависимости от величины ИМТ.

У 96% лиц с РЗ, имевших остеопороз по данным денситометрического обследования, выявлялся гиповитаминоз или дефицит витамина D, что было достоверно чаще, чем при наличии остеопении и нормальной минеральной плотности костной ткани (у 86% и 76%, соответственно, $p<0,05$).

Заключение. Выявлена высокая частота дефицита и недостаточности витамина D как в популяции больных с РЗ, так и у лиц без них. Достоверно чаще дефицит 25(OH)D выявлялся при РА и ССД, а также при наличии у пациентов остеопороза независимо от нозологической формы РЗ.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Долгих А.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Сопоставить морфологическую структуру эпителиального пласта, выстилающего внутреннюю поверхность кисты, а также взвешенные в жидкости клеточные элементы, выявленные при пункции дугласова пространства или кисты.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов морфологической и цитологической диагностики серозных опухолей яичников. За 2017 год в больнице Петра Великого всего выявлено 106 случаев новообразований, из них 13 – серозные опухоли.

Результаты и обсуждение. В ходе работы было установлено, что помимо гистологического метода возможно применение цитологического анализа клеточного состава выпотов, получаемых тонкой иглой из дугласова пространства или непосредственно из полости кистозной опухоли. Клетки, слущенные с поверхности новообразования сохраняют морфологические особенности эпителия, образующего опухоль. Доброкачественная серозная цистаденома. Гистологически: соединительная ткань и эпителиальные клетки, расположенные в один ряд без признаков пролиферации; на поверхности большинства эпителиоцитов имеются реснички; ядра располагаются на разных уровнях. Цитологически: клетки однотипные; на поверхности реснички; ядра округлые, нормохромные, цитоплазма хорошо выражена. Пограничная серозная опухоль. Гистологически: папиллярные разрастания на внутренней поверхности кисты; сосочки прямые, с расширениями на конце; клетки расположены в несколько рядов, индифферентны, много митозов. Цитологически: в осадке жидкости содержатся сосочковые

структуры небольшой протяженности, образованные мономорфными клетками, содержащими крупные ядра и скудную цитоплазму; митозы. Серозная карцинома. Гистологически: многократно ветвящиеся сосочки с фиброзной стромой, покрытые атипическими клетками. Цитологически: сосочковые, железистые комплексы; солидные структуры, состоящие из крупных клеток с большим ядром и скудной цитоплазмой; клетки с вакуолями; уродливые гигантские опухолевые клетки.

Выводы. Цитологическое исследование клеточных элементов, взвешенных в жидкости, указывает на абсолютное сходство по своей морфологии с образованиями, выстилающими серозную оболочку опухоли. Они позволяют определить наличие истинной опухоли и гистотип новообразования до хирургического вмешательства, что определяет план лечения онкологической больной.

ТКАНЕВОЙ УРОВЕНЬ БЕЛКА ОМЕНТИНА-1 В ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Драганова А.С.¹, Полякова Е.А.¹, Колодина Д.А.¹,
Галкина О.В.¹, Беляева О.Д.¹, Беркович О.А.¹,
Побожева И.А.^{1,2}, Пчелина С.Н.^{1,2}

¹Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург,

²Национальный исследовательский центр
«Курчатовский институт»,
г. Гатчина

Цель исследования. Оценить тканевой уровень белка оментина-1 (ОМ-1) в подкожной жировой клетчатке у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПСТ).

Материалы и методы. Обследовано 42 пациента (средний возраст 63,62±0,97 лет) с ОКСБПСТ, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ангиопластику и стентирование коронарной артерии). Группу сравнения составили 15 пациентов (средний возраст 59,13±3,47 лет) без клинических и инструментальных (тредмил тест, стресс-ЭХОКГ) признаков ИБС, сопостави-

мых по возрасту ($p > 0,05$). Всем обследованным была выполнена коронароангиография и аспирационная биопсия подкожной жировой ткани в параумбиликальной области. Абдоминальное ожирение (АО) верифицировалось по величине окружности талии, в соответствии с критериями IDF (2005), производился расчет индекса массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$). Тканевой уровень белка ОМ-1 в лизатах подкожной жировой клетчатке определялся методом иммуноферментного анализа (DRG, США).

Результаты и обсуждение. Ожирение – один из важнейших факторов риска ИБС. Ожирение может влиять на развитие и прогрессирование ИБС опосредованно через адипоцитокينات – биологически активные молекулы, выделяемые жировой тканью. Одним из антиантерогенных и противовоспалительных адипоцитокينات является ОМ-1, вместе с тем, его роль в патогенезе ИБС, в частности, при ОКСБПСТ до конца не определена.

В проведенном исследовании было установлено, что тканевой уровень белка ОМ-1 в подкожной жировой клетчатке у больных ОКСБПСТ ниже, чем у обследованных без атеросклеротического поражения коронарных артерий (2,00 (0,99-2,99) $\text{нг}/\text{мл}$ и 6,71 (0,29-40,35) $\text{нг}/\text{мл}$, соответственно; $p < 0,001$). У 28 больных ОКСБПСТ было выявлено АО. У больных ОКСБПСТ в сочетании с АО тканевой уровень белка ОМ-1 в подкожной жировой ткани ниже, чем у пациентов с нормальной окружностью талии (2,01 (0,78-2,72) $\text{нг}/\text{мл}$ и 3,61 (2,40-3,88) $\text{нг}/\text{мл}$, соответственно; $p < 0,005$). У больных ОКСБПСТ и АО тканевой уровень белка ОМ-1 в подкожной жировой ткани при многососудистом поражении коронарного русла был ниже, чем при одно-/двухсосудистом поражении коронарного русла (1,21 (0,86-2,49) $\text{нг}/\text{мл}$ и 2,22 (1,79-3,22) $\text{нг}/\text{мл}$, соответственно; $p < 0,001$). У больных ОКСБПСТ без АО тканевой уровень белка ОМ-1 в подкожной жировой ткани при одно-/двухсосудистом и многососудистом поражении коронарного русла не отличался (3,21 (2,19-3,90) $\text{нг}/\text{мл}$ и 2,06 (0,68-3,06) $\text{нг}/\text{мл}$, $p > 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлены отрицательные корреляционные связи между тканевым уровнем белка ОМ-1 в подкожной жировой клетчатке и окружностью талии ($r = -0,496$, $p < 0,001$).

Выводы. У больных ОКСБПСТ тканевой уровень белка ОМ-1 в подкожной жировой клетчатке ниже, чем у обследованных без ИБС. Наиболее низкий тканевой уровень белка ОМ-1 в подкожной жировой ткани у больных ОКСБПСТ выявлен у больных АО и у пациентов с многососудистым атеросклерозом коронарных артерий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Дробышева Е.С., Шаповалова М.М.,
Овсянников Е.С., Перцев А.В.,
Токмачев Р.Е., Феськова А.А.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель. Изучить структуру нарушений пищевого поведения у лиц страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с избыточной массой тела (ИзбМТ) и ожирением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов с ИБС (24 мужчины и 16 женщин, что составило 60% и 40% соответственно), в возрасте от 54 до 76 лет (средний возраст $63,3 \pm 4,8$ лет), госпитализированных в БУЗ ВО БСМП №1 г. Воронежа, которым на этапе включения был проведен расчет индекса массы тела (ИМТ) по формуле: вес (кг)/рост (м)². Диагноз ожирение или ИзбМТ поставлен на основании критериев ВОЗ, так при ИМТ 25-29 $\text{кг}/\text{м}^2$ диагностировали ИзбМТ, ИМТ более 30 $\text{кг}/\text{м}^2$ соответствовал ожирению. Пациентов разделили на две группы, первая (группа 1) группа составила 19 человек с ИБС и ИзбМТ (10 мужчин и 9 женщин), вторая (группа 2) группа с ожирением – 21 пациент (18 мужчин и 3 женщины). Обе группы пациентов были сопоставимы по полу ($\chi^2 = 1,745$; $p = 0,125$) и возрасту ($p = 0,0362$). Анкетирование проводили с помощью опросника DEBQ (определение типа нарушения пищевого поведения), в котором ограничительную линию пищевого поведения определяют вопросы 1-10, эмоциогенную – 11-23, экстернальную – 24-33. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов опросника DEBQ показал, что нарушения пищевого поведения встречались в обеих группах пациентов, однако структура нарушений представлена разными типами нарушения пищевого поведения. У лиц с ожирением достоверно чаще регистрировался ограничительный тип пищевого поведения, который встречался в 68,6% случаев у пациентов 2 группы, против 31,4% пациентов из первой группы ($p = 0,0324$). У лиц с ИзбМТ массой тела достоверно

чаще наблюдался экстернальный тип пищевых нарушений ($p=0,0142$). Интересным представляется факт о сочетании нескольких типах нарушения пищевого поведения. Так, во второй группе, в 26,7% случаев встречалось сочетание всех трех типов расстройств пищевого поведения ($p=0,0470$), у 25% пациентов наблюдалось сочетание эмоциогенного и ограничительного типа, в 10% случаев было сочетание экстернального и ограничительного типов. Сочетание экстернального и эмоциогенного типов не встречалось. В структуре эмоциогенного пищевого поведения выделяют компульсивное ПП и синдром ночной еды. В нашей выборке компульсивное ПП выявлено у 12,3% пациентов, синдром ночной еды встречался в 11,2% булемические эпизоды определялись у 3,2% пациентов.

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании показано, что в структуре нарушений пищевого поведения у лиц с ИБС и ожирением преобладают комбинированные формы расстройств. Достоверно чаще встречалось сочетание всех трех типов расстройств пищевого поведения эмоциогенного, ограничительного и экстернального типов. Не выявлено сочетаний экстернального и эмоциогенного типов в обеих группах пациентов.

СИНДРОМ «ОСТРОЙ НА ХРОНИЧЕСКУЮ ПЕЧЕНОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Дуданова О.П., Павлюкова И.П., Шубина М.Э.,
Ларина Н.А., Родина А.С.

Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

Цель исследования. Анализ причин и клинических особенностей «острой на хроническую печеночную недостаточность» (ОХПН) у больных с острой декомпенсацией цирроза печени (ЦП).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 89 пациентов ЦП, умерших в течение 28 дней нахождения в стационаре. Среди наблюдаемых было 51 (57,3%) мужчин и 38 (42,7%) женщин в возрасте $59,6 \pm 12,4$ года. ЦП устанавливался на основании традиционных клинических, лабораторных и инструментальных данных (абдоминальной ультрасонографии, фиброэзофагогастроскопии), этиология ЦП – на основании результатов анамнестического (количество потребляемого алкоголя), клинического, серологического обследования (маркеры гепатотропных вирусных инфекций, аутоиммунных поражений

печени). Диагноз ОХПН устанавливался согласно критериям EASL CANONIC. Определялась степень ОХПН (ACLF-Grade - Acute-on-Chronic Liver Failure Grade), индекс органной недостаточности (CLIF OF score - Chronic Liver Failure Organ Failure score), индекс ОХПН (CLIF-C ACLF score) рассчитывались с помощью калькулятора (CLIF-C ACLF CALCULATOR). Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы «Statgraph 2.1» с использованием теста Манна-Уитни. Значения $p < 0,05$ принимались за статистически значимые.

Результаты. Чаще всего выявлялась алкогольная этиология ЦП – у 55 (61,8%) пациентов, затем – алкогольная в сочетании с другими этиологическими факторами (неалкогольная жировая болезнь печени, вирусная инфекция, гемохроматоз) – у 17 (19,1%) больных, вирусная – у 6 (6,7%) больных, аутоиммунная – у 2 (2,2%), неуточненной причина ЦП осталась 9 (10,1%) пациентов. Причиной острой декомпенсации ЦП и развития ОХПН была алкоголизация в течение последних 3 месяцев у 38 (42,7%) больных, кровотечение из варикозных вен пищевода – у 13 (14,6%), бактериальная инфекция – у 13 (14,6%), реактивация вирусной инфекции – у 5 (5,6%), хирургические вмешательства – у 2 (2,2%), прием гепатотоксичных лекарств – у 1 (1,1%), аутоиммунная атака – у 1 (1,1%) больных, неуточненной причина осталась у 14 (15,7%) больных. Чаще всего отмечалось развитие печеночной недостаточности – у 66 (74,2%), почечной недостаточности – у 48 (53,9%), коагуляционной – у 45 (50,6%), церебральной – у 35 (39,3%), циркуляторной – у 21 (23,6%) и дыхательной – у 13 (14,6%) больных. ОХПН 1-й степени выявлялась у 18 (20,2%), 2-й степени – у 20 (22,4%), 3-й степени – у 51 (57,3%) больных. Индекс органной недостаточности при ОХПН-1 был $9,6 \pm 0,5$ балла, при ОХПН-2 – $11,3 \pm 0,6$ балла ($p < 0,05$) и при ОХПН-3 – $13,7 \pm 0,6$ балла ($p < 0,05$). Индекс ОХПН-1 был $52,4 \pm 4,1$ балла, ОХПН-2 – $56,7 \pm 3,8$ балла ($p < 0,05$), ОХПН-3 – $64,2 \pm 5,0$ балла ($p < 0,05$).

Выводы. Среди умерших больных с ОХПН преобладала алкогольная этиология ЦП (61,8%). Триггерным фактором развития ОХПН у большинства больных (42,7%) являлась алкоголизация в течение последних 3 месяцев. В структуре органических недостаточностей основное место занимала печеночная недостаточность (74,2%) и почечная недостаточность (53,9%). У большинства (57,3%) умерших пациентов выявлялась ОХПН 3-ей степени с развитием недостаточности 3-4 органов и систем. Индекс ОХПН позволял объективно оценивать тяжесть состояния пациента.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ, ПРОХОДЯЩИМИ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ

Дыбин А.С.

1469 Военно-морской клинический госпиталь,
г. Северодвинск

Неблагоприятное воздействие климато-географических факторов Арктической зоны в сочетании с влиянием условий военной службы на здоровье военнослужащих обусловило актуальность предпринятого исследования. Изучение качества жизни (КЖ) военнослужащих позволяет выявлять факторы, отрицательно влияющие как на здоровье, так и на заинтересованность военнослужащих в качественном исполнении служебных обязанностей, обосновывать и разрабатывать мероприятия по повышению их КЖ.

Цель исследования. Оценить качество жизни военнослужащих, проходящих службу по контракту в условиях Арктической зоны РФ.

Материалы и методы. В группе 250 военнослужащих, проходящих службу по контракту в Беломорской Военно-морской Базе, дислоцированной в пределах Арктической зоны РФ, выполнено социологическое исследование методом анкетирования с использованием краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF).

Для количественных данных производился расчет простой средней арифметической, ее 95% доверительного интервала (ДИ) по методу Fisher. Для сравнения оценок качества жизни между категориями военнослужащих использовался тест Стьюдента для независимых выборок. Достоверными считались различия при вероятности ошибки 1 типа менее 5% ($p < 0,05$). Поиск корреляций осуществлялся с применением критерия Спирмена. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 25.

Результаты и обсуждение. Общая бальная оценка КЖ опрашиваемых варьировала в диапазоне от 58 до 130 баллов. Средняя арифметическая интегральная оценка всех сфер КЖ военнослужащих в Арктической зоне составила 101 балл (95% ДИ: 99,6-102,4), что составляет 77,7% от максимально возможной; в т.ч. среди матросов – 98,3 балла (95% ДИ: 95,8-100,9) или 75,6% от максимальной, мичманов – 100,7 баллов (95% ДИ: 98,4-103,0) или 77,5% от максимальной, младших офицеров – 106,4 балла (95% ДИ: 103,0-109,8) или 81,8% от максимальной, старших офицеров – 103,1 балла (95% ДИ: 100,1-106,1) или 79,3% от максимальной. Самую низкую

оценку получила сфера КЖ, характеризующая социальное благополучие военнослужащих – 29 баллов (95% ДИ: 28,4-29,7), что составляет 72,5% от максимально возможной.

Поиск различий в общей оценке КЖ между категориями военнослужащих в зависимости от воинского звания выявил статистически значимые отличия между данным показателем в группе матросов и группе младших офицеров ($t=3,34$, $p < 0,01$), в группе матросов и группе старших офицеров ($t=2,29$, $p < 0,05$), а также в группе мичманов и группе младших офицеров ($t=2,79$, $p < 0,01$).

Анализ возможности корреляции вопросов паспортной части анкеты с итоговым результатом показал наличие связи общей оценки КЖ с категорией военнослужащего относительно его воинского звания ($r_s=0,19$, $p < 0,01$), с уровнем образования ($r_s=0,22$, $p < 0,01$) и с ответом на вопрос «болел ли респондент в настоящий момент» ($r_s=-0,17$, $p < 0,01$).

Выводы. Наиболее высокая оценка КЖ получена в группе младших офицеров (106,4 балла (95% ДИ: 103,0-109,8)), минимальная – в группе матросов (98,3 балла (95% ДИ: 95,8-100,9)). Имеется слабая прямая связь КЖ с воинским званием и уровнем образования, и отрицательная слабая связь с ответом на вопрос о наличии заболевания респондента в момент заполнения анкеты. Средняя арифметическая оценка КЖ военнослужащих составила 101 балл (95% ДИ: 99,6-102,4). Наиболее низко оценена сфера, характеризующая социальное благополучие военнослужащих 29 баллов (95% ДИ: 28,4-29,7).

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Дымнова С.Е.^{1,2}, Сергеева В.В.^{1,2}, Бобылева Т.А.³

¹Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей экспертов,

²Госпиталь ветеранов воинов,

³Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у лиц пожилого и старческого возраста, жителей блокадного Ленинграда (ЖБЛ), при сахарном диабете с целью подбора и оптимизации терапии, улучшение качества жизни.

Методы и материалы. Обследованы 134 пациента, поступившие в эндокринологическое отделение с установленным диагнозом остеопороз или подозрением на наличие остеопороза за 2016-2018 гг. Из них 86 человек были ЖБЛ в возрасте 72-88 лет (средний возраст $77,8 \pm 0,6$ лет). Контрольную группу составили 48 человек – не ЖБЛ в возрасте 62-75 лет. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, определение уровня гликозилированного гемоглобина, показателей фосфорно-кальциевого обмена, паратгормона, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ЭХОКГ, по показаниям суточное ЭКГ-мониторирование, МРТ позвоночника, УЗДГ сосудов нижних конечностей, денситометрия. Результаты денситометрии оценивали на основании t-критерия в стандартных отклонениях (SD) от пиковой костной массы здоровых лиц. Также осуществлена оценка качества жизни обследованных пациентов с применением специальных опросников и шкал.

Результаты и обсуждение. У 76 (56,7%) пациентов из них ЖБЛ 48% остеопороз сочетался с сахарным диабетом 1 или 2 типа, различной степени тяжести. При этом в ходе обследования по данным денситометрии более выраженное снижение МПКТ достоверно чаще наблюдалось в группе пациентов с сахарного диабета 1 или 2 типа, где T-критерий составил $-3,9 \pm 0,5SD$ по сравнению с группой пациентов без нарушений углеводного обмена ($p < 0,05$). Более выраженные снижение МПКТ с последствием в виде патологических переломов (компрессионные переломы позвоночника (39%) и внепозвоночные переломы (28,5%)), более выраженная клиническая симптоматика (болевого синдром, деформации позвоночника, нарушение функций органов брюшной полости), а также наличие тяжелых осложнений сахарного диабета (диабетическая непролиферативная ретинопатия – 63%, диабетическая нефропатия – 38%, диабетическая ангио-, полинейропатия, с нарушением статико-динамических функций – 58%) и, как следствие, значительное ухудшение качества жизни также значительно чаще встречалось у больных ЖБЛ по сравнению с контрольной группой. ($p > 0,05$).

Выводы. 1. У пациентов с сахарным диабетом наблюдается более тяжелое течение остеопороза и значительное снижение качества жизни, по сравнению с лицами без нарушений углеводного обмена. 2. У пациентов, ЖБЛ установлена более высокая частота остеопороза и его осложнений, а также его сочетание с сахарным диабетом по сравнению с лицами пожилого и старческого возраста контрольной группы.

ТИП РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО

Евдокимов Д.С., Феоктистова В.С.,
Болдуева С.А., Сердюков С.В.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка влияния типа вегетативной нервной системы (симпатического или парасимпатического) на регуляцию сердечного ритма у пациентов с синдромом Такоцубо (СТ) при помощи кардиоритмографии, с применением ментальных стресс – проб.

Материалы и методы. Проведено ретро – проспективное когортное исследование с 2017 по 2019 год в 3-х стационарах города. В исследование включено 13 пациентов – женщины в постменопаузе (медиана возраста – 69,1 лет), с верифицированным диагнозом СТ (отсутствие обструкции коронарных артерий или ангиографических признаков острого разрыва бляшки; нарушения локальной сократимости миокарда обычно соответствуют участкам миокарда, кровоснабжаемым более одной эпикардальной коронарной артерией, и часто приводит к циркулярной дисфункции сегментов ЛЖ; зарегистрированы впервые развившиеся и обратимые патологические изменения на ЭКГ (повышение или снижение сегмента ST от изоэлектрической линии, БЛНПГ, инверсии зубцов T и/или увеличение продолжительности интервала Q-Tc) в течение острой фазы заболевания (3 мес); несоответствие между повышением уровня тропонина в крови и объемом миокарда с признаками дисфункции; восстановление систолической функции желудочка по данным визуализирующих исследований (в течение 3-6 мес). Небольшой объем выборки связан с малой частотой встречаемости заболевания, трудностями в диагностике.

Пациенты тестировались дважды, в острый период СТ (первые 7 дней) и через год после выписки. В ходе работы у пациентов оценивались: данные результатов кардиоритмографии с использованием дыхательной пробы и активной ортостатической пробы на фоне приема и отмены β -адреноблокаторов, а так же до и после применения ментальных проб. Ментальные стресс-пробы (пробы с психоэмоциональной нагрузкой) включали в себя: тест Струпа (применялись три различные карточки с названиями цветов напечатанных черным цветом, названиями цветов напечатанных цветом отличным от значения слова, квадраты вы-

бренных цветов); тест с арифметическим счетом, суть которого заключается в выполнении различных арифметических действий (сложения, вычитания, умножения и деления) с целыми числами; тест «вербальная память», сутью которого является запоминание 30 различных слов за 5 минут с последующим их воспроизведением в правильном порядке. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6.0 в соответствии с требованиями, предъявляемыми к хранению, систематизации и обработке результатов медико-биологических исследований.

Результаты. По данным кардиоритмографии в 100% случаев отмечалось усиление парасимпатического влияния на регуляцию сердечного ритма как в первые сутки СТ, так и через 12 месяцев, в независимости от приема β -адреноблокаторов, кроме того у 100% пациентов отмечалось парасимпатическое влияние на фоне дыхательной и активное ортостатической пробы как до, так и после выполнения ментальных проб.

Выводы. Преобладание парасимпатического влияния на сердечный ритм, вне зависимости от срока с момента верификации СТ, приема β -адреноблокаторов, выполнения ментальных, дыхательных и ортостатических проб, свидетельствует о парасимпатической активности вегетативной нервной системы, которая может приводить к вазоспастическим реакциям через ацетилхолинергический механизм.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ РАЗНЫХ УРОВНЯХ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Евтюшкина С.Н., Собченко С.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучение качества жизни (КЖ) и активности воспаления дыхательных путей, оцениваемой по уровню провоспалительного цитокина ИЛ-1 β в альвеолярных макрофагах индуцированной мокроты (ИМ) пациентов с бронхиальной астмой (БА) при разных уровнях контроля заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 69 пациентов с БА, средний возраст которых составил 49,1 \pm 1,2 лет (мужчин 18, женщин 51).

У 24 пациентов наблюдалось неконтролируемое, у 22 – частично-контролируемое, у 23 – контролируемое течение БА. Уровень контроля диагностировался на основании клинико-функциональных данных согласно GINA – 2017. КЖ оценивалось с помощью специализированного опросника «Респираторный опросник больницы Святого Георгия» (SGRQ). Цитологические препараты индуцированной мокроты получали методом жидкостной цитологии. Цитоцентрифугаты окрашивали иммуноцитохимическим методом с применением моноклональных антител к цитокину интерлейкин-1 β (ИЛ 1 β) с оценкой результатов методом Histology Score (HScore).

Результаты. Установлено, что у пациентов с неконтролируемым течением БА показатели КЖ существенно ниже («Симптомы» 74,7 \pm 1,9, «Активность» 54,5 \pm 2,0, «Влияние» 43,4 \pm 1,8, «Общий показатель» – 52,0 \pm 1,7 баллов), чем у пациентов с частичным контролем («Симптомы» 52,8 \pm 4,0, «Активность» 40,7 \pm 3,5, «Влияние» 24,0 \pm 3,5, «Общий показатель» – 33,9 \pm 2,8 баллов), или полным контролем заболевания («Симптомы» 51,1 \pm 3,6, «Активность» 27,7 \pm 3,4, «Влияние» 16,6 \pm 1,7, «Общий показатель» – 25,7 \pm 1,9 баллов), $p < 0,05$ во всех случаях. Тенденция повышения показателей КЖ по мере улучшения контроля над заболеванием наблюдается и при сравнительном анализе групп пациентов с частичным и полным контролем БА, однако достоверные различия обнаружены только в шкалах «Активность» и «Общий показатель КЖ», $p < 0,05$.

Уровень содержания цитокина ИЛ-1 β в альвеолярных макрофагах ИМ у пациентов БА при увеличении уровня контроля над заболеванием уменьшался: при частично контролируемой БА в 2,4 крат (при неконтролируемом течении – 243,8 \pm 9,3 Hscore, при частичном контроле – 102,8 \pm 18,7 Hscore, $p < 0,05$), в группе пациентов с контролируемой БА в 8,3 крат (при неконтролируемом течении – 243,8 \pm 9,3 Hscore, при контроле – 29,4 \pm 6,4 Hscore, $p < 0,05$) по сравнению с группой пациентов не контролирующей заболевание.

Обнаружена тесная прямая взаимосвязь между уровнем цитокина ИЛ-1 β в альвеолярных макрофагах ИМ и показателями КЖ: «Симптомы» $r = 0,38$, «Активность» $r = 0,31$, «Влияние» $r = 0,41$, «Общий показатель» $r = 0,43$, $p < 0,05$ во всех случаях.

Заключение. Как показало наше исследование, что по мере улучшения контроля БА повышается оценка пациентами КЖ. При этом показатели КЖ пациентов с БА имеют прямую связь с активностью воспаления дыхательных путей, оцениваемой по уровню провоспалительного цитокина ИЛ1 β в альвеолярных макрофагах индуцированной мокроты.

ты, о чем свидетельствует существенное снижение уровня содержания цитокина IL-1 β в альвеолярных макрофагах ИМ у пациентов БА при увеличении уровня контроля над заболеванием.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТЧНОГО СОСТАВА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИМ ФЕНОТИПАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Евтюшкина С.Н., Собченко С.А., Кравцов В.Ю.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить клеточный состав мокроты у пациентов с различными фенотипами астмы в периоды неконтролируемого течения (обострение) и стабильного (контролируемого) течения болезни с целью изучения динамики характера и интенсивности воспаления воздухоносных путей.

Материалы и методы. Изучалась индуцированная мокрота (ИМ) 69 больных, средний возраст которых 49,1 \pm 1,2 лет (мужчин 18, женщин 51) с аллергическим (n=36) и неаллергическим (n=33) фенотипами бронхиальной астмы (БА) в периоды обострения и, затем, контролируемого течения болезни.

Цитоцентрифугаты ИМ, полученные методом жидкостной цитологии окрашивали методом по Рамоновскому-Гимзе и использовали для подсчета числа клеток.

Результаты. В период обострения в группе с аллергическим фенотипом отмечался эозинофильный тип воспаления (цитогамму мокроты составили макрофаги 55,5 \pm 4,6%, лимфоциты 4,8 \pm 1,6%, нейтрофилы 23,2 \pm 4,9%, эозинофилы 16,6 \pm 2,9%, базофилы 0,2 \pm 0,2%). В группе с неаллергическим фенотипом БА наблюдалось гранулоцитарное воспаление (цитогамму мокроты составили макрофаги 45,2 \pm 5,2%, лимфоциты 3,4 \pm 0,9%, нейтрофилы 45,6 \pm 5,4%, эозинофилы 5,5 \pm 1,4%, базофилы 0,2 \pm 0,1%). Группы достоверно различались по количеству эозинофилов 16,6 \pm 2,9% и 5,5 \pm 1,4% соответственно, p<0,05 и нейтрофилов 23,2 \pm 4,9% и 45,6 \pm 5,4% соответственно, p<0,05.

Через год на фоне стабильного течения БА при лечении ингаляционными стероидами и антилейкотриеновыми препаратами у пациентов с неаллергическим фенотипом показатели мокроты не

превышали нормы (макрофаги 76,2 \pm 5,4%, лимфоциты 4,4 \pm 0,8%, нейтрофилы 16,8 \pm 5,2%, эозинофилы 2,4 \pm 0,8%, базофилы 0,1 \pm 0,1%), а при аллергическом фенотипе сохранялось эозинофильное воспаление (макрофаги 77,2 \pm 3,8%, лимфоциты 5,7 \pm 2,7%, нейтрофилы 11,2 \pm 2,1%, эозинофилы 5,6 \pm 1,9%, базофилы 0,2 \pm 0,1%). При повторном исследовании отсутствовали достоверные различия в лабораторных показателях пациентов с аллергическим и неаллергическим фенотипами, по количеству нейтрофилов 11,2 \pm 2,1% и 16,8 \pm 5,2%, p>0,05 и эозинофилов 5,6 \pm 1,9% и 2,4 \pm 0,8% соответственно, p>0,05.

Вывод. Разнородность воспаления в дыхательных путях пациентов с различными фенотипами БА наблюдалась только в период обострения болезни. Типичное эозинофильное воспаление отмечалось у пациентов с аллергическим воспалением БА, неаллергический фенотип БА характеризовался гранулоцитарным воспалением. Результаты исследования свидетельствовали, что воспаление в трахеобронхиальном дереве в обследуемых группах обусловлено различными механизмами. Знание особенностей состава мокроты у астматиков может способствовать оптимизации диагностики фенотипов заболевания, а также персонализированному лечению БА в период обострения.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С АУТОТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Емельянова О.И.¹, Гонтарь И.П.¹,
Русанова О.А.¹, Емельянов Н.И.²

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Антитела к тиреоидным гормонам (тироксину- T⁴ и трийодтиронину T³), образующиеся при аутоиммунном процессе влияют на количество свободных форм гормонов, циркулирующих в крови, блокируя их активные центры. С увеличением содержания антитиреоидных антител клинически наблюдается прогрессирование аутоиммунного процесса в щитовидной железе и других органах, поскольку гормоны щитовидной железы оказывают выраженное влияние на все виды об-

мена и метаболические процессы в организме. Поэтому удаление этих антител их сыворотки крови больного приводит к улучшению течения аутоиммунного заболевания в целом и уменьшению клинических симптомов тиреоидного поражения.

Цель исследования. Разработка нового подхода к удалению антител к тироксину и трийодтирону у больных системной склеродермией.

Методы. В настоящее время наиболее распространенными методами очистки крови от антител являются плазмаферез, гемосорбция и лимфосорбция плазмы крови. Основным недостатком всех этих методов является снижение количества форменных элементов крови за счет их деструкции в процессе проведения экстракорпорального лечения, низкая специфичность, приводящая к элиминации из организма, как патогенных антител, так и нормальных иммуноглобулинов. Используемые замещающие белковые растворы (альбумин, протеин, плазма) вызывают его дополнительную сенсибилизацию, приводя к аллергическим состояниям. В связи с этими недостатками мы применили для иммуносорбции антител иммобилизованные формы тиреоидных гормонов на основе гранулированных антигенных препаратов. Это достигалось путем применения полиакриламидного носителя с магнитными свойствами в качестве твердой фазы и ковалентно связанными формами тиреоидных гормонов (тироксина или трийодтиронина), при помощи глутарового альдегида. Размер полученных гранул был в пределах 10-100 мкм. Процедуру иммуносорбции проводили *in vitro*. К 2 мл сыворотки крови больных ССД, содержащих АТ к тиреоидным гормонам в высоких титрах, вносили различные количества ИГАП (0,125 мл, 0,25 мл, 0,5 мл., 0,75 мл в 1 мл) и инкубировали 1 час при 37°C на магнитной мешалке. После иммуносорбции при помощи иммобилизованных гранулированных антигенных препаратов (ИГАП), уменьшение уровня антител К Т₃ произошло в 14 раз, а снижение количества антител Т₄ – в 20 раз.

Результаты. Исходно содержание антител у больных ССД с аутоиреоидной патологией (АТП) до перфузии с ИГАП было 0,136±0,028 для Т₃ и 0,161±0,065- для Т₄; после перфузии: 0,035±0,007 – для Т₃ и 0,041±0,009 – для Т₄ (p<0,001).

Выводы. Следовательно, иммуносорбенты на основе ИГАП являются безопасным методом для удаления специфических антител из крови больных ССД. Происходит значительное уменьшение антител к соответствующим гормонам, а их высокая специфичность и чувствительность позволяет расширить показания к проведению процедуры и улучшить эффект от нее, что будет способствовать

улучшению прогноза и течения аутоиммунного заболевания, сопровождающегося поражением щитовидной железы.

ВЛИЯНИЕ ПИОГЛИТАЗОНА НА ДИНАМИКУ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR γ rs1801282

Еременко Т.В., Антонова А.П., Кудрявцев Д.В.,
Шпилева О.С., Матезиус И.Ю.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. По данным Международной федерации сахарного диабета, в мире насчитывается 352 миллиона человек с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ). Исследование Act NOW продемонстрировало связь терапии пиоглитазоном у пациентов с НТГ и снижением риска развития сахарного диабета 2 типа с 7,6% до 2,1%, понижением диастолического артериального давления и увеличением концентрации липопротеинов высокой плотности в плазме крови, что, безусловно, ведет к уменьшению риска сердечно-сосудистых осложнений. Однако считается, что одним из побочных эффектов препарата является увеличение массы тела у пациентов. Таким образом, интерес представляет изучение влияния пиоглитазона на динамику массы тела у пациентов с НТГ в зависимости от полиморфизма гена PPAR γ rs1801282.

Цель исследования. Оценить влияние пиоглитазона в дозе 30 мг в сутки на динамику массы тела у пациентов с НТГ в зависимости от носительства полиморфизма rs1801282 по сравнению с пациентами с диким типом PPAR γ .

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 67 пациентов, обратившихся в клинику кафедры эндокринологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова с жалобами на ожирение. Диагноз НТГ был верифицирован на основании проведенного перорального глюкозотолерантного теста. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле. У всех пациентов проводилось генотипирование полиморфизма rs1801282 путем амплификации фрагментов ДНК методом полимеразной цепной реакции с использованием специфических праймеров.

Первую группу составили 9 пациентов с полиморфизмом rs1801282, средний возраст которых 58 [51; 60] лет. Вторую группу составили 58 пациентов с диким вариантом генотипа PPAR γ , средний возраст в этой группе составил 52 [50; 57] года.

Статистический анализ полученных данных производился с помощью программы Statistica, версия 8.0 (StatSoft Inc., США).

Данные представлены в виде медианы и межквартильных интервалов Me [LQ;HQ].

Результаты и обсуждение. Сравнились показатели ИМТ, массы тела и окружности талии (ОТ) до и после 12-недельной терапии пиоглитазоном у 2 групп пациентов.

1 группа – пациенты с полиморфизмом rs1801282 при НТГ (n=9). До лечения ИМТ составлял 36 [34; 38], после лечения – 37 [33; 38] (p=0,310). Медиана массы тела до лечения – 111,1 [98,0; 115,9] кг, после лечения – 107,9 [95,3; 114,7] кг (p=0,173). ОТ до лечения – 101 [98; 102] см, после лечения – 99 [97; 100] см (p=0,343).

2 группа – пациенты с диким типом PPAR γ при НТГ (n=58). До лечения ИМТ – 34 [32; 36], после лечения – 34 [32; 36]. Масса тела до лечения – 104,1 [97,0; 110,0] кг, после лечения – 104,0 [96,0; 110,0] кг (p=0,062). ОТ до лечения – 97 [91; 102] см, после лечения – 98 [90; 102] см (p=0,397).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что проводимая терапия пиоглитазоном в дозе 30 мг в сутки существенно не влияла на такие параметры, как масса тела, ИМТ и ОТ.

НАРУШЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА

Ермолова Т.В., Загудаева Н.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. В некоторых экспериментальных исследованиях был показан эффект гипоаммониемических лекарств в плане снижения активности звездчатых клеток печени, портальной гипертензии, улучшения функции эндотелия. Цель нашего исследования: оценить уровень аммиака, внутрипеченочной гемодинамики и эффективности Гепат-Мерц (LOLA) для коррекции данных

нарушений при неалкогольном стеатогепатите (НАСГ).

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов НАСГ с начальной стадией фиброза (0-2 стадии), которую определяли методом эластографии (FibroScan). Уровень аммиака оценивали биохимическим методом (PocketChem BA, Arcray, Japan) в капиллярной крови пациентов и у 19 здоровых людей. Внутрипеченочная гемодинамика оценивалась неинвазивным методом полигепатографии (ПГГ). Для коррекции нарушений кровотока мы использовали гипоаммониемический препарат гепа-мерц в дозе 5 грамм 3 раза в день 4 недели. Эффективность LOLA оценивали через 2 и 4 недели через контроль ПГГ и уровень аммиака.

Результаты. Анализ полигепатограмм показал, что у всех пациентов выявлены нарушения внутрипеченочной микроциркуляции – увеличение базового сопротивления, изменение формы и амплитуды кривых на синусоидальном уровне (отток). Уровень аммиака оказался выше у пациентов НАСГ по сравнению с контрольной группой (p<0.001). Анализ эффективности LOLA показал, что препарат улучшает внутрипеченочную гемодинамику: через 2 недели наблюдалась нормализация или улучшение формы реограмм, через 4 недели – амплитуды кривых.

Выводы. НАСГ с начальной стадией фиброза характеризуется гипераммониемией и нарушением внутрипеченочной микроциркуляции. Патогенетическое действие Гепат-Мерц при НАСГ объясняется в частности улучшением печеночной микроциркуляции и снижением уровня аммиака.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Есина Е.Ю.¹, Лютов В.В.², Цыган В.Н.³

¹Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж,

²442 Военный клинический госпиталь,

³Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить корреляционные взаимосвязи между факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и электрофизиологическим состоянием миокарда у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 259 больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (СДВНС), 58 мужчин и 201 женщина. Средний возраст $22,5 \pm 1,2$ лет. Контрольную группу составили 160 здоровых лиц, среди которых – 51 мужчина и 109 женщин. Факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) определялись в соответствии с Национальными рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике, разработанными Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национальным научным обществом «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация» (2011г.). Электрофизиологическое состояние миокарда (ЭФСМ) изучалось с помощью метода дисперсионного картирования электрокардиограммы (ЭКГ) по динамике интегрального индикатора (ИИ) «миокард» в покое и во время пробы с физической нагрузкой (ФН).

Результаты и обсуждение. У больных СДВНС мужчин с ФР ССЗ была выявлена прямая корреляционная связь между ИИ «миокард» после ФН и такими ФР ССЗ, как, тревога ($r=0,25$), $p<0,05$ и офисной частота сердечных сокращений 80 уд/мин и более ($r=0,26$), $p<0,05$. Корреляционная связь между ИИ «миокард» после ФН и отрицательным анамнезом дополнительной аэробной физической активности в детском и/или подростковом возрасте ($r=-0,20$) и избыточной массой тела и ожирением ($r=-0,21$) была выявлена у больных СДВНС женщин. Отмеченные корреляции значимы на уровне $p<0,05$. У больных СДВНС мужчин были выявлены корреляционные взаимосвязи между следующими факторами риска ССЗ: депрессией и частотой сердечных сокращений ($r=0,35$, $p<0,001$), тревогой и частотой сердечных сокращений ($r=0,31$, $p<0,05$), диастолическим артериальным давлением и частотой сердечных сокращений ($r=0,32$, $p<0,05$), тревогой и депрессией ($r=0,72$, $p<0,001$), стрессом и депрессией ($r=0,67$, $p<0,001$), стрессом и тревогой ($r=0,75$, $p<0,001$), алкоголем и курением ($r=0,33$, $p<0,05$), избыточной массой тела и систолическим артериальным давлением ($r=0,51$, $p<0,001$), избыточной массой тела и ожирением и диастолическим артериальным давлением ($r=0,52$, $p<0,001$), анамнезом дополнительной аэробной физической активности в детском и/или подростковом возрасте и потреблением алкоголя в дозах, превышающих безопасные ($r=-0,34$, $p<0,05$). У больных СДВНС женщин были выявлены корреляционные взаимосвязи между следующими факторами риска ССЗ: тревогой и депрессией ($r=0,54$, $p<0,0001$), низкой физи-

ческой активностью и депрессией ($r=0,14$, $p<0,05$), стрессом и депрессией ($r=0,55$, $p<0,001$), курением и тревогой ($r=0,16$, $p<0,05$), стрессом и тревогой ($r=0,57$, $p<0,001$), избыточной массой тела и тревогой ($r=0,16$, $p<0,05$).

Выводы. У больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы мужчин выявлены слабые корреляционные взаимосвязи между ИИ «миокард» после ФН и тревогой, и офисной частотой сердечных сокращений ≥ 80 уд/мин. Патологическими механизмами, за счет которых могут реализоваться отрицательные эффекты указанных ФР на ЭФСМ могут быть: повышенная симпатическая активность и/или сниженная вагусная активность, и укорочение диастолы, соответственно.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ АМБУЛАТОРНОГО ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Ефанова Е.Н., Васильева Е.А.

Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Актуальность. Как известно, кожа тесно связана с различными органами и системами, и нередко патологические процессы на кожных покровах являются первыми проявлениями каких-либо соматических, инфекционных или других заболеваний. При наличии высыпаний на коже и/или слизистых оболочках, пациенты зачастую первично обращаются к врачу дерматовенерологу. В связи с этим, дерматовенерологу в практической деятельности приходится сталкиваться с так называемыми «непрофильными» нозологиями.

Цель исследования. Изучение инфекционной заболеваемости в структуре амбулаторно-поликлинического дерматологического приема на примере города Сургута.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализирована медицинская документация амбулаторных больных, обратившихся на прием к дерматовенерологу за 6 месяцев 2018 г. с целью определения доли инфекционных заболеваний. Критерием отбора инфекционных нозологий послужила четкая верификация диагноза врачом инфекционистом.

Результаты. За отчетный период всего зарегистрировано 2949 обращений за медицинской помощью к врачу дерматовенерологу, из них 2104 лечебных консультаций. В структуре лечебных

консультаций выявлено 376 случаев (18%) инфекционных и паразитарных заболеваний. Из них 307 обращений (96,7%) в рамках компетенции врача дерматовенеролога (вирусные заболевания кожи, дерматомикозы, пиодермиты, чесотка, вшивость). 69 случаев (3,2%) приходится на «непрофильные обращения», среди которых 21 случай вирусной пузырчатки полости рта и конечностей, 19 – инфекционной эритемы, 9 – ветряной оспы, 8 – детской розеола, 5 – рожи, 6 – энтеровирусной инфекции, 2 – краснухи. Встречались и редкие нозологические формы, такие как кожная форма мигрирующей личинки (2 случая), 1 эризипеллоид, 1 детский папулезный акродерматит.

Выводы. Экзантемы и энантемы играют важную роль в дифференциальной диагностике инфекционных, дерматологических и других заболеваний. Принимая во внимание, что первичный скрининг инфекционных заболеваний в 3,2% случаях приходится осуществлять врачам дерматовенерологам, важнейшим аспектом работы специалистов является так называемая «инфекционная настороженность».

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА РАННИХ ЭТАПАХ

**Жариков К.М., Байбулатова Л.Р.,
Бакиева Э.А., Колесникова Е.А.**
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Цель исследования. Определить критерии раннего выявления диабетической полинейропатии у больных с СД 1 и 2 типа.

Материалы и методы. Обследование 37 пациентов с СД 1 и 2 типа при помощи анкет-опросников и инструментального обследования для раннего выявления диабетической полинейропатии. Произведен обзор и анализ историй болезни данных пациентов, стадия диабетической полинейропатии выставлялась на основании, выделенных Р. Дуск критериев развития сенсомоторной полинейропатии.

Результаты и обсуждение. Наиболее информативными факторами, определяющими возможность развития диабетической полинейропатии, явились: наличие парестезий (79%), онемение нижних конечностей (69%), деформации стопы и/

или пальцев (35%), различные виды повреждений (75%), ночные и острые боли (61%), жжение (56%), отсутствие Ахиллового рефлекса (56%), нарушение термочувствительности (56%). Тактильная и вибрационная чувствительность, симптом Оппеля, отеки, коленный и рефлекс, курение, алкоголь оказались неинформативными ($\leq 50\%$). Парестезия, онемение, нарушение термочувствительности – признаки уже имеющейся полинейропатии.

Выводы. Исчезновение чувствительности при диабетической дистальной полинейропатии зависит от продолжительности заболевания, тяжести его течения, вредных привычек, возраста. Доминирование каких-либо симптомов и правильный подход к лечению нарушений зависит от превалирования выпадения определенного вида чувствительности. У 26 пациентов была выявлена вторая стадия ДПН, проявляющаяся хронической болевой формой, а также безболевой формой с полной или частичной потерей чувствительности. Третья стадия ДПН выявлена у 11 исследованных больных. Она сопровождается язвами стоп, нейроостеоартропатией, нетравматическими ампутациями пальцев. У 15 пациентов периферическая нейропатия носила обратимый характер, что говорит о том, что при адекватном и раннем лечении процесс демиелинизации можно остановить. Таким образом, представленная методика анкетирования и инструментального исследования позволяет выявить диабетическую полинейропатию на ранних стадиях.

К ВОПРОСУ О ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

**Жариков К.М., Колесникова Е.А.,
Тулинцев В.А., Крапивина А.И.**
Оренбургский государственный
медицинский университет,
г. Оренбург

Цель исследования. Провести анализ соответствия стандартов стационарной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2 типа (СД 2) в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни больных с СД 2 типа, лечившихся в эндокринологическом отделении ГБУЗ «ООКБ» в 2018 году.

Результаты и обсуждение. В 2018 году в эндокринологическом отделении лечилось 690 пациентов с СД 2. В структуре сахароснижающей терапии инсулинотерапия присутствовала у 90% госпитализированных пациентов, причем у 74% она была интенсифицированной. Среди пероральных сахароснижающих препаратов преобладали бигуаниды (84%). 20% пациентов получали сульфонилмочевинные препараты: гликлазид МВ, глимепирид, глибенкламид. На долю инкретиновых препаратов – ингибиторов дипептидилпептидазы 4 типа (вилдаглиптин, аллоглиптин) пришлось 3% лекарственных назначений, а ингибиторов натрий-глюкозных котранспортеров 2 типа (дапаглифлозин, эмпаглифлозин) – еще 2%. Помимо этого, установлено, что у 50% больных СД 2 был снижен уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73, причем у 9% пациентов СКФ оказалась ниже 45 мл/мин/1,73, что учитывалось в коррекции лекарственных назначений.

Около 88% пациентов с СД 2 имели артериальную гипертензию, и у 60% из них наблюдалась сердечная недостаточность I-IIa степени. Препаратами выбора были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, тиазидоподобные диуретики и антагонисты кальция. При наличии у пациентов сердечной недостаточности лечение дополнялось назначениями β -блокаторов. Повышенный уровень холестерина наблюдался у 60% больных, по поводу чего они получали статины (аторвастатин, симвастатин, розувастатин) в рекомендованной терапевтической дозе.

Выводы. Проведенное исследование показало, что пациентам отделения проводится рациональная сахароснижающая, гипотензивная, гиполипидемическая терапия в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным СД 2.

ВЫБОР МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНОТОКСИЧНОСТИ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МИЕЛОИДНЫХ ЛЕЙКОЗАХ

Жоголев Д.К., Поляков А.С., Колюбаева С.Н.,
Никитин Ю.В., Золотарёв А.Д., Носков Я.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Исследования *in vitro* играют все более значительную роль в онкогематологии, по-

зволяя в настоящее время изучать генетические характеристики и устойчивость опухолевых клеток к химиотерапевтическим препаратам. В работе представлен опыт культивирования бластных клеток, полученных от больного с полирезистентным вторичным острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) и апробация 2 адаптированных методик оценки воздействия на них различных противоопухолевых препаратов.

Цель исследования. Освоение методики культивирования бластных клеток при ОМЛ, апробация и оценка возможностей применения клеточного сортирования и микроядерного теста (МЯТ) для оценки генотоксичности различных химиопрепаратов *in vitro*.

Материалы и методы. Бластные клетки получены из периферической крови пациента с вторичным полирезистентным к терапии ОМЛ. В дни забора образцов абсолютное содержание бластов в крови составляло от $28,0 \times 10^9/\text{л}$ до $52,0 \times 10^9/\text{л}$. Всего проведено 3 эксперимента с исследованием генотоксичности нескольких водорастворимых противоопухолевых препаратов *in vitro*.

В эксперименте №1: при помощи клеточного сортиера MoFlo Astrios EQ (Beckman Coulter) отсортировали по CD34+ клеткам в 2 пробирки, которые культивировали (37°C , 5% CO_2) в течение 4 суток в 5 мл полной питательной среды (ППС), содержащей: 80% RPMI-1640, 10% эмбриональной телячьей сыворотки, 10% оригинальной сыворотки больного, 10 мкл ФГА и 100 ЕД/мл пенициллина. В одну из проб после первых суток добавили децитабин в концентрации 1160 нг на 1 мл среды. Для оценки его генотоксичности на том же сортиере по окончании культивирования определили количество клеток, сохранивших жизнеспособность, путем оценки результатов маркировки свободной ДНК.

В экспериментах №2 и №3 0,5 мл цельной крови культивировали с 5 мл ППС. Через 24 часа в пробы эксперимента №2 добавили децитабин в различных концентрациях (290 нг/мл, 580 нг/мл, 1160 нг/мл), в пробы эксперимента №3 – даунорубин (3400 нг/мл), а также его комбинацию с интерфероном альфа-2а в расчете 3600 МЕ на 1 мл ППС. Далее пробы культивировали в течение 48 часов. Для оценки генотоксичности в этих экспериментах использовали МЯТ по следующей методике: в культуры добавлялось по 6 мкл/мл цитохалазина, через 24 часа клетки фиксировали, раскапывали по предметным стеклам и окрашивали по Романовскому-Гимзе. В каждом препарате

подсчитывали по 100 бластных клеток с блоком цитокинеза. Оценка генотоксичности производилась по определению соотношения количества клеток с микроядрами к количеству «чистых» делящихся клеток, а также по общему количеству микроядер на 100 клеток.

Результаты. В результате эксперимента №1 была апробирована методика культивирования отсортированных CD34+ бластных клеток ОМЛ из периферической крови. В связи с тем, что культивирование осуществлялось без специальных смесей цитокинов для роста CD34+ - клеток, а также возможным повреждением при сортировке, погибших клеток в обоих пробах оказалось значительно больше, чем ожидалось. Тем не менее, в пробе с добавлением децитабина живых бластных клеток оказалось почти в 2 раза меньше, чем в контрольной пробе (9330 и 17633 клеток соответственно), что подтвердило потенциальную информативность методики.

В эксперименте №2 при концентрациях децитабина 0 нг/мл (контроль), 290 нг/мл, 580 нг/мл, 1160 нг/мл процент клеток, содержащих микроядра, составил 7, 12, 23, 37 при общем количестве микроядер 7, 16, 42, 72 соответственно.

В эксперименте №3 в контрольной пробе обнаружено 5% клеток с микроядрами, в пробе с чистым даунорубицином – 30%, в пробе с добавлением интерферона – 37%. Общее количество микроядер составило 5, 38 и 73 соответственно.

Выводы. Культуры бластных клеток при ОМЛ, полученные из проб периферической крови, могут быть применены в качестве модели для оценки генотоксичности химиопрепаратов. Клеточный сортер позволяет отобрать необходимое количество клеток с нужным для исследования фенотипом, а после культивирования с высокой точностью оценить их жизнеспособность. Однако, помимо необходимости применения дорогостоящего оборудования, для длительного культивирования менее жизнеспособных после сортировки CD34+ - клеток необходимо применение специальных многоцитокиновых сред и других расходных материалов, не производимых на территории Российской Федерации, что требует разработки и изучения альтернативных методик. МЯТ может быть использован для оценки генотоксичности химиотерапевтических препаратов в отношении бластных клеток периферической крови. При этом для адаптации и освоения методики отсутствует необходимость закупки дополнительного дорогостоящего оборудования и материалов.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ И РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Зафираки В.К., Космачева Е.Д.
Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель. Определить с помощью коронароангиографии (КАГ) особенности поражения коронарного русла у больных с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В основную группу включены 254 больных острыми и хроническими формами ИБС с сопутствующей ХОБЛ, в контрольную – 392 больных ИБС без ХОБЛ. Всем больным была выполнена реваскуляризация миокарда с имплантацией стента. Состояние коронарного русла оценивали при помощи КАГ, выполненной на ангиографе «AXIOM» компании «Siemens» по методике M. Judkins и M. Sones. Оценивали степень стенозирования коронарных артерий и определяли пораженные сегменты коронарных артерий (проксимальные, средние, дистальные). Учитывали суммарное количество стенозов, а также количество гемодинамически значимых стенозов, окклюзий и критических стенозов. Отдельно учитывали поражение основных ветвей коронарных артерий и ветвей 2 порядка. С помощью онлайн-калькулятора рассчитывали значение индекса SYNTAX. Кроме того, оценивали количество многоуровневых поражений, протяженных стенозов, кальциноза и диффузных поражений. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Для межгрупповых сравнений использовали критерии Манна-Уитни и хи-квадрат.

Результаты и обсуждение. Статистически значимые различия между группами были получены для общего количества стенозов (в группе ИБС и ХОБЛ 5 [4; 6] против 4 [2; 5], $p < 0,001$), гемодинамически значимых стенозов (3 [2; 3] и 2 [1; 3] соответственно, $p < 0,001$), окклюзий и критических стенозов (1 [1; 1] и 1 [0; 1] соответственно, $p = 0,04$), протяженных стенозов (0 [0; 1] и 0 [0; 0] соответственно, $p = 0,002$), многоуровневых поражений (20,9% против 14,0%, $p = 0,03$) и диффузных поражений (9,4% против 5,1%, $p = 0,047$). По частоте кальциноза различий между группами не было (7,9% против 5,8%, $p = 0,40$).

Увеличение количества гемодинамически значимых стенозов у больных ХОБЛ проявлялось на всех уровнях: проксимальном (соответственно 1 [1; 2] и 1 [1; 2], $p=0,012$), среднем (1 [0; 1] и 0 [0; 1], $p=0,002$) и дистальном (0 [0; 1] и 0 [0; 0], $p=0,001$).

Более высокая частота гемодинамически значимых стенозов, окклюзий и критических стенозов, а также протяженных стенозов и диффузных поражений предопределила увеличение индекса SYNTAX в группе ИБС с сопутствующей ХОБЛ по сравнению с контрольной группой: 12 [9; 16] против 9 [6; 13], $p<0,001$.

Выводы. ХОБЛ в качестве коморбидного заболевания у больных ИБС сопровождается увеличением общего количества коронарных стенозов, гемодинамически значимых стенозов, протяженных, многоуровневых и диффузных поражений коронарных артерий в сравнении с контрольной группой без ХОБЛ, что находит отражение в более высоком значении индекса SYNTAX (12 [9; 16] против 9 [6; 13] соответственно, $p<0,001$).

ПРИМЕНЕНИЕ ВОПРОСНИКА САТ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Зафираки В.К., Космачева Е.Д.
Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель. оценить влияние планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на результаты заполнения вопросника САТ при хронической ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 135 последовательно отобранных больных с сочетанием стабильной стенокардии напряжения (ССН) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), которым на основании решения консилиума специалистов было выполнено плановое чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Диагноз ССН был подтвержден нагрузочным тестом под контролем электрокардиограммы (ЭКГ), либо (при выраженных исходных изменениях ЭКГ, затрудняющих ее интерпретацию) скинтиграфией миокарда с изотопом технеций 99-м.

Диагноз ХОБЛ подтверждали с помощью спирометрии с бронхолитической пробой в соответствии с критериями GOLD 2011. Вопросник САТ заполняли дважды: до проведения ЧКВ для оценки симптомов ХОБЛ за период, предшествующий ЧКВ, и непосредственно после выписки из клиники для оценки симптомов ХОБЛ после выполненного инвазивного лечения ССН, но до начала лечения ХОБЛ (у тех больных, у кого диагноз ХОБЛ был установлен впервые). Статистические критерии: Уилкоксона, Мак-Немара.

Результаты и обсуждение. Полная реваскуляризация миокарда была достигнута у 80% больных, что было во многом связано с преобладанием одно- и двухсосудистых поражений. При сравнении результатов заполнения вопросника САТ до и после проведения ЧКВ было обнаружено значительное снижение числа баллов: исходно 17 [9; 23], а после эндоваскулярного вмешательства 13 [6; 22], $p<0,001$. Относительная доля больных, имеющих выраженные симптомы ХОБЛ, снизилась после проведения ЧКВ с 73,6% до 63,0% ($p<0,001$). Наиболее значительное уменьшение количества баллов произошло при ответе на вопросы 2, 3, 4 и 5 вопросника САТ. Наибольшее снижение симптомов по вопроснику САТ произошло у больных, исходно не имевших выраженных симптомов ХОБЛ. Полученные результаты говорят о существенном вкладе проявлений ССН в общую сумму баллов по вопроснику САТ, что приводит к ложному увеличению числа больных с выраженными симптомами ХОБЛ, в то время как эти симптомы в действительности могут быть связаны с проявлениями коморбидной ИБС.

Выводы. Применение вопросника САТ у больных ХОБЛ и сопутствующей коморбидной ССН может приводить к существенной переоценке выраженности симптомов ХОБЛ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОТИПА ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ ЦИТОХРОМОВ P450 У ПАЦИЕНТА С РЕЗИСТЕНТНЫМ К ХИМИОТЕРАПИИ ВТОРИЧНЫМ ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

**Золотарёв А.Д., Поляков А.С., Жоголев Д.К.,
Колюбаева С.Н., Носков Я.А.**
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Цитохром P450 – суперсемейство ферментов (монооксидаз), которые участвуют в биотрансформации ксенобиотиков и катализируют

70-80% реакций, протекающих во всех стадиях лекарственного метаболизма. Наиболее важными для биотрансформации лекарств являются цитохромы: CYP1A1, CYP2A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1, CYP3A4, CYP3A5, осуществляющие метаболизм около 90% лекарственных препаратов, при этом в метаболизме может принимать участие один или несколько цитохромов. Мутации в этих генах в виде полиморфизма нуклеотидов приводит к изменению активности ферментов, и снижению эффективности применяемых препаратов.

Цель исследования. Определить генотип нескольких изоферментов цитохрома P450 у пациента с Rh-негативным МПН и вторичным острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) и проанализировать влияние на возникновение резистентности к терапии.

Материалы и методы. У пациента с резистентным к противоопухолевой терапии вторичным ОМЛ исследовали полиморфизмы генов: CYP2C9: 430 C>T; CYP2C9: A.>C; CYP3A4*1A/1B: A392G; CYP3A5: G6986A; CYP2C19:G681A; CYP4F2: C>T. Исследована проба крови с нормальным абсолютным содержанием созревающих и зрелых нейтрофилов ($4,2 \times 10^9/\text{л}$) и неконтролируемым бластозом ($57,6 \times 10^9/\text{л}$). Выделение ДНК и приготовление реакционных смесей проводили с помощью наборов фирмы «ДНК-Технология, Россия» и «Литех, Россия». Амплификацию ДНК и получение результатов осуществляли с помощью прибора ДТ-прайм («ДНК-Технология»). Выявление цитогенетических маркеров осуществляли методом дифференциальной окраски хромосом.

Результаты. В 2016 г. пациенту К., 69 лет, при первичном обследовании по поводу Rh-негативного миелопролиферативного новообразования (МПН) установлен диагноз: атипичный хронический миелоидный лейкоз (аХМЛ), а позднее – первичный миелофиброз (ПМФ) высокого генетического риска (обнаружена мутация ASXL1). На разных этапах проводилась циторедуктивная монотерапия гидроксимочевинной, иматинибом, дазатинибом, руксолитинибом, затем – комбинированная терапия руксолитинибом и гидроксимочевинной, однако устойчивый гематологический ответ без токсичности достигнут только при совместном назначении руксолитиниба и цепэгинтерферона альфа-2b. В 2018 г., после 18 месяцев сохранения полного гематологического ответа, выявлена трансформация заболевания с развитием вторичного ОМЛ. Установлен кариотип 45,XY,-7,inv(3)(q23q26) в 80% клеток периферической крови. Проведено 2 курса терапии децитабином, 2 курса терапии цитарабина арабинозидом (малые дозы Ara-C), 2 курса полихимиотерапии азацитидином, идарубицином и цитарабина арабинозидом (Aza-Ida-Ara-C), попытка редукции бластоза

меркаптопурином. Констатирована полирезистентность к проводимой терапии. Выявлена мутация в гене CYP2C19 (CT) и возможно являвшаяся одной из причин развития полирезистентности к противоопухолевой терапии.

Выводы. При исследовании методом ПЦР образца крови пациента с Rh-негативным МПН и трансформацией в ОМЛ выявлены гетеро- и гомозиготные мутации генов CYP2C19(AG) и CYP3A4(GG). Возможно, что эти мутации (CYP2C19 и CYP3A4), ответственны за метаболизм противоопухолевых препаратов, так как приводят к снижению функциональной активности ферментов, ими кодируемых. Полученные результаты имеют значение в понимании причин формирования резистентности как к стандартным методам циторедуктивной терапии в хронической фазе МПН (ответ получен только при комбинированном лечении), так и к нескольким линиям индукционной терапии при трансформации в ОМЛ (ответ не достигнут). По нашему мнению, исследование генов биотрансформации лекарственных препаратов является перспективным направлением в персонализированном подходе к лечению пациентов при прогнозировании исходов и планирования противоопухолевой терапии при гемобластозах.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕЗАПНОЙ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ

Зуйкова А.А., Петухова С.О.,
Есина Е.Ю., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Изучить типы обмороков у пациентов разных возрастных групп в условиях амбулаторного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных амбулаторно-поликлинического учреждения, перенесших внезапную кратковременную потерю сознания, в возрасте от 18 до 75 лет. Среди обследованных – 7 мужчин и 13 женщин, средний возраст которых составил – $54,8 \pm 6,9$ лет и $51,0 \pm 4,9$ лет, соответственно. Согласно возрастной периодизации (ВОЗ) все больные были разделены на 6 групп: первую, вторую и третью составили мужчины в возрасте 18-44 года (2 пациента, средний возраст $31 \pm 9,8$ лет), 45-60 лет (2 пациента, средний возраст $56 \pm 2,0$ лет), 61-75 лет (3 пациента, средний возраст $70,0 \pm 3,6$ лет), соответственно. Шесть пациенток (средний возраст $35,1 \pm 3,0$ лет), составили четвертую группу, а пятую и

шестую – 2 (средний возраст 51,5±1,5 лет) и 5 (средний возраст 70,8±3,7 лет), соответственно. Во время амбулаторного приема проводилось полное клиническое обследование больных с изучением жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективный осмотр. Анализировались результаты лабораторных и инструментальных исследований. Уделялось внимание изучению всех периодов обморока: пресинкопального, собственно синкопального, постсинкопального. Тщательно изучали пресинкопальный период, т.к. именно в нем находят отражение основные черты обморока, позволяющие предположить тот или иной тип: predisposing факторы, положение в котором находился пациент до обморока, симптомы, возникшие перед внезапной кратковременной потерей сознания.

Результаты и обсуждение. У больных мужчин чаще встречался кардиогенный обморок – 4 человека (57%). Типы обмороков у больных мужчин всех групп распределились следующим образом: в I группе с одинаковой частотой были выявлены нейрогенный и ортостатический обмороки. Пациенты II и III групп обратились по поводу перенесенных кардиогенных обмороков в 50% и 100% случаев, соответственно. У больных женщин кардиогенный обморок встречался реже, чем у больных мужчин – в 30% случаев. У пациенток IV группы преобладали нейрогенные обмороки, реже встречались ортостатические, у 3 (50%) и 2 (33%) больных, соответственно. У одной женщины (17%) этой группы был зафиксирован обморок неясного генеза. Среди больных V группы в равной мере были диагностированы кардиогенный и нейрогенный обмороки. В VI группе были выявлены кардиогенные и ортостатические обмороки, в 3 (60%) и 2 (40%) случаев, соответственно.

Анализ типов внезапной кратковременной потери сознания у пациентов всех групп, продемонстрировал преобладание кардиогенного обморока вследствие брадиаритмии: атриовентрикулярная блокада III степени – 4 пациента (50%), дисфункция синусового узла – 2 пациента (25%). Аритмогенный обморок вследствие тахикардии был выявлен у 2 человек (25%) (наджелудочковая тахикардия). Вазовагальный обморок, вызванный эмоциональным стрессом, был диагностирован у 3 (50%) пациентов, ситуационный, в результате раздражения рецепторов желудочно-кишечного тракта – у 1 (16,7%) больного, в результате нагрузки – у 2 (33,3%) респондентов. Обморок, связанный с ортостатической гипотонией был выявлен у 5 пациентов, среди которых преобладали обмороки вследствие потери жидкости – 4 (80%) пациентов. Вторичная вегетативная недостаточность как причина обморока диагностирована у 1 пациента.

Выводы. Внезапная кратковременная потеря сознания кардиогенного генеза преобладала у боль-

ных мужчин (57%). У больных женщин кардиогенный, нейрогенный и ортостатический обмороки диагностировались с одинаковой частотой, в 30% случаев, соответственно. У женщин пожилого возраста преобладают обмороки кардиогенного и ортостатического типа, у пожилых мужчин – кардиогенного типа.

СРАВНЕНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕМИСУКЦИНАТА – 3 ОКСИПИРИДИНА И ЛИПОАТА – 3 ОКСИПИРИДИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Зульфугаров П.К., Семенова Е.В.
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева,
г. Саранск

Сахарный диабет является одной из наиболее острых медико-социальных проблем, относящихся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира. Актуальность проблемы сахарного диабета определяются его широкой распространенностью, высокой смертностью и ранней инвалидизацией больных. В ряде исследований был показан гипогликемический эффект производных 3-оксипиридина. В связи с этим перспективным является изучение новых соединений из данной группы и сравнение их гипогликемической активности.

Цель исследования. Сравнение фармакологической активности гемисукцината 3-оксипиридина (гемисукцинат 3-ОП) и фумарата 3-оксипиридина (фумарат 3-ОП) на модели аллоксанового диабета у мышей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилина 40 половозрелых белых нелинейных мышах обоего пола, содержащихся в стандартных условиях вивария. Диабет моделировали внутрибрюшинным введением аллоксана в дозе 300 мг/кг однократно. Через 2 недели после моделирования животных разделили на 4 группы (n=10 в каждой группе): 1 группа – интактные мыши; 2 группа – контрольная – мыши с аллоксановым диабетом, которым внутримышечно вводили 0,9% раствор натрия хлорида в дозе 0,1 мл; 3 группа – мыши с аллоксановым диабетом, которым внутримышечно вводился гемисукцинат 3-ОП в дозе 50 мг/кг; 4 группа – мыши с аллоксановым диабетом, которым внутримышечно вводился липоат 3-ОП в дозе 50 мг/кг. Терапию начинали со следующего дня после введения аллоксана, препараты вводили внутримышечно ежедневно в течение 14 дней.

Забор материала производили под уретановым наркозом, все манипуляции осуществляли соблюдая «Правила работы с участием лабораторных животных». В крови определяли уровень глюкозы, МДА и активность каталазы. Статистическую обработку результатов проводили с определением t-критерия Стьюдента, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что введение аллоксана приводило к достоверному повышению уровня глюкозы сыворотки крови (до $16,88 \pm 1,69$ ммоль/л в контроле), МДА (до $20,72 \pm 3,38$ ммоль/л в контроле), активности каталазы (до $2,62 \pm 0,65$ мккат/л в контроле) ($p < 0,05$ для всех показателей в контроле в сравнении с интактными мышами). Гемисукцинат 3-ОП проявлял гипогликемическое действие, снижая уровень глюкозы в сыворотке крови экспериментальных животных на 21,1%, липоат 3-ОП в дозе 50 мг/кг снижал уровень глюкозы лишь на 10,8%, однако эти различия не достигали уровня достоверности. Уровень МДА снижался с $20,72 \pm 3,38$ ммоль/л в контроле до $6,92 \pm 1,4$ ммоль/л в группе гемисукцината 3-ОП ($p < 0,05$), а в группе липоата 3-ОП - до $9,84 \pm 2,4$ ммоль/л ($p < 0,05$). Активность каталазы сыворотки крови существенно (более чем в 2 раза) возрастала при введении гемисукцината 3-ОП (повышение на 158% в сравнении с контролем, $p < 0,01$) и несколько меньше при введении липоата 3-ОП (повышение на 124%, $p > 0,05$).

Выводы. При сравнении исследуемых соединений на модели экспериментального аллоксанового диабета была выявлена тенденция к более выраженному гипогликемическому действию гемисукцината 3-ОП в дозе 50 мг/кг в сравнении с липоатом 3-ОП в той же дозе. Также гемисукцинат 3-ОП продемонстрировал на данной модели достоверно более выраженные антиоксидантные свойства по влиянию на уровень МДА и активность каталазы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ IL-10 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ираклианова Н.С., Белан Э.Б., Туркина С.В.,
Панина А.А., Мязин Р.Г.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Оценить связь IL-10 с эритроцитарными показателями у пациентов с воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. В исследование были включены 116 человек в возрасте от 18 до 40 лет. Критерии включения: наличие воспалительных заболеваний верхнего отдела ЖКТ до начала терапии; наличие консультации врача-аллерголога-иммунолога. Критерии исключения: менее 30 дней после острых воспалительных заболеваний другой локализации; наличие хронических воспалительных процессов другой локализации (кроме аллергических заболеваний). I группу ($n=31$) составили H. pylori-негативные пациенты с отягощенным аллергоанамнезом (A3+Hp-). II группу ($n=38$) – H. pylori-позитивные пациенты с отягощенным аллергоанамнезом (A3+Hp+). Группа сравнения ($n=47$) – практически здоровые пациенты.

Показатели общего анализа крови определяли на гематологическом анализаторе ADVIA 2120 (Siemens, Германия). Определение содержания IL-10 в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа (ЗАО «Вектор-Бест»; Новосибирск, Россия) (референсные значения 0-31 пг/мл).

Для сравнения абсолютных величин использовали критерий Стьюдента (при нормальном распределении) и критерий Уитни-Манна (при распределении, отличающемся от нормального), для сравнения частот в независимых группах объектов исследования – критерий χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для оценки взаимосвязи между 2 переменными использовали корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r). Статистически значимым отличием коэффициента r от 0 признавали уровень $p < 0,05$. Для количественной характеристики показателей использовали среднее арифметическое значение (M) и среднеквадратическое отклонение (SD) (при нормальном распределении), медиану с интерквартильным размахом ($Me [Q1; Q3]$) (при распределении, отличающемся от нормального).

Результаты и обсуждение. У пациентов группы A3+Hp+ в сравнении с пациентами как I группы, так и группы сравнения, отмечался более высокий уровень эритроцитов (соответственно, $4,7 \pm 0,37$ vs $4,4 \pm 0,45$, $p=0,0189$; $4,7 \pm 0,37$ vs $4,4 \pm 0,49$, $p=0,0025$), гемоглобина (соответственно, $140,0 \pm 11,52$ vs $127,6 \pm 10,54$, $p=0,0018$; $140,0 \pm 11,52$ vs $129,6 \pm 15,01$, $p=0,0040$) и гематокрита (соответственно, $42,1 \pm 3,63$ vs $38,9 \pm 4,48$, $p=0,0295$; $42,1 \pm 3,63$ vs $38,8 \pm 5,54$, $p=0,0234$), по ширине распределения эритроцитов статистически значимых различий выявлено не было.

Хотя по уровню IL-10 I и II группа достоверных различий не имели ($12,2 [2,50; 42,00]$ vs $11,6 [4,50; 20,20]$, $p=0,0706$), частота встречаемости повышенных значений в группе A3+Hp- была выше, чем в группе A3+Hp+ ($61,3\%$ vs $23,7\%$, $p=0,0017$).

В группе АЗ+Нр+ для IL-10 были выявлены обратные корреляционные связи с количеством эритроцитов ($r=-0,49$, $p=0,0172$), с уровнем гематокрита ($r=-0,51$, $p=0,0213$), с шириной распределения эритроцитов по объему ($r=-0,68$, $p=0,0458$), с уровнем гемоглобина отмечалась очень слабая связь ($r=-0,29$, $p=0,0412$). В группе АЗ+Нр- корреляционные связи между IL-10 и показателями гемограммы отсутствовали или были очень слабыми ($r<0,2$).

Повышенный уровень IL-10 может оказывать негативное влияние на предшественников эритроидного ряда [Geissler K., 1998] и подавлять их рост, а также влиять на метаболизм железа в организме [Ma J., 2017].

Выводы. Различный уровень IL-10 у больных с различным сочетанием аллергологической и инфекционной патологии свидетельствует о взаимном влиянии обоих на течение воспалительного процесса. Кроме того, представляет интерес ассоциация данного цитокина с эритроцитарными показателями.

ДИАБЕТ. ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА

Искра Д.А.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Диабет второго типа – крайне распространенное заболевание. Частота его встречаемости среди населения планеты составляет примерно 10%. Неврологические осложнения наблюдаются практически у всех больных с этой патологией. Поражение нервной системы развивается по разным механизмам, однако есть схожие патогенетические звенья, воздействие на которые позволяет препятствовать развитию, исходно не связанных между собою патологических процессов.

Цель исследования. Анализ современных литературных данных о неврологических осложнениях сахарного диабета второго типа и их патогенезе.

Результаты исследования. Изучение литературных источников позволило выявить наиболее частые неврологические осложнения диабета. К ним относятся: диабетические невропатии, болезни малых и больших церебральных сосудов, церебральная нейродегенерация, дорсопатии.

Поражение периферической нервной системы не ограничивается сенсомоторными полиневропатиями. Грозным осложнением диабета является вегетативная полиневропатия с высокой частотой летальных исходов. В отдельную форму выделяют проксимальную моторную полиневропатию. Нередко поражение периферической нервной системы представлено фокальными и мультифокальными мононевропатиями, в том числе межреберных, черепных нервов, туннельными синдромами.

Основными звеньями патогенеза невропатий являются окислительный стресс, системное воспаление, токсическое воздействие продуктов усиленного гликозилирования, дисрегуляция полиоловых, гексозамин- и пентозофосфатных путей, нарушение аксонального транспорта и каналопатии.

Повышенный уровень продуктов усиленного гликозилирования и системное воспаление также опосредуют процессы нейро- и ангиогенеза в межпозвоночных дисках, что является основной причиной частых (более, чем в два раза по сравнению с контрольной группой) болей в спине у пациентов с диабетом.

Болезни церебральных сосудов и, связанные с ними когнитивные расстройства и сосудистые мозговые катастрофы, вызваны прежде всего дисрегуляцией полиолового пути и токсическим воздействием продуктов неферментативного окисления глюкозы. Важно отметить, что когнитивные расстройства на ранних стадиях заболевания (первые 10 лет) в основном связаны с депрессией на фоне диабетического дистресса.

Выводы. Таким образом, ведущими механизмами поражений нервной системы при сахарном диабете являются метаболическая дисрегуляция, системное воспаление и ковалентная модификация (интоксикация продуктами усиленного гликозилирования). Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, влияющие на эти звенья патогенеза, препятствуют возникновению и развитию неврологических осложнений.

«ПЕРГАМЕНТНОЕ СЕРДЦЕ»

Исправникова А.А.¹, Малыгин А.Н.²

¹Петрозаводский государственный университет,
²Республиканская больница имени В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Цель. Представить клинический случай аритмогенной дисплазии правого желудочка.

Методы. Проанализирована история болезни пациента Г., 52 лет госпитализированного в Региональный сосудистый центр (РСЦ) г. Петрозаводска 28 марта 2018 года.

Из анамнеза известно, что пациент с факторами риска: артериальная гипертензия 3 степени, без регулярной антигипертензивной терапии, с длительным стажем курения, с отягощенной наследственностью по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям (внезапная смерть у отца в возрасте до 40 лет). Ранее без клинических проявлений ИБС, толерантность к физическим

нагрузкам высокая. 28.03.18 впервые развитие типичного ангинозного статуса, длительностью около 40 мин.

На этапе скорой помощи: утрата сознания, на ЭКГ зафиксирована мономорфная желудочковая тахикардия, выполнена электроимпульсная терапия с восстановлением синусового ритма.

При поступлении в РСЦ на ЭКГ-синусовый ритм, ЧСС 73/мин, без крупноочаговых изменений. Тропониновый тест отрицательный. По данным коронароангиографии – без признаков стенозирования коронарных артерий. При эхокардиоскопии – зон нарушения локальной сократимости не выявлено, фракция выброса левого желудочка 63,7%.

Результаты. Учитывая дебют болезни с развития жизнеугрожающей желудочковой тахикардии при интактных коронарных артериях прицельно пересмотрен ЭКГ-архив пациента, где были выявлены признаки отражающие замедленную деполяризацию правого желудочка (эпсилон-волна в отведении V1–V3, представляющую собой зазубрину на сегменте ST с инверсией зубца T).

Таким образом, с учетом имеющихся диагностических критериев: пароксизм желудочковой тахикардии, эпсилон-волна (по ЭКГ), внезапная смерть у отца до 40 лет сложилось диагностическое представление о аритмогенной дисплазии правого желудочка.

Для дообследования пациент был направлен в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» г. Санкт-Петербурга, где была выполнена магнитно-резонансная томография сердца – выявлено снижение сократительной способности левого желудочка (ФВ 51%) и правого желудочка (ПЖ-ФВ 34%), повышенная трабекулярность апикальных отделов ПЖ, без признаков отека миокарда. На отсроченных постконтрастных изображениях в базальных отделах межжелудочковой перегородки были выявлены минимально выраженные интрамуральные фиброзные изменения.

Таким образом, диагностическое представление об аритмогенной дисплазии правого желудочка подтвердилось. Больному была выполнена имплантация однокамерного кардиовертера-дефибриллятора (DF-4), после чего рецидивов нарушений ритма сердца не отмечалось.

Заключение. Описанный клинический случай демонстрирует необходимость более тщательного изучения электрокардиографической картины у больных высокого сердечно-сосудистого риска с жизнеугрожающими нарушениями желудочкового ритма сопровождающих типичную клинику острого коронарного синдрома при интактных коронарных артериях.

УЧАСТИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кадомова Л.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение значения повышения СРБ как маркера неспецифического воспаления и поражения органов-мишеней у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования был основан на отборе 60 пациентов, страдающих АГ. Стадию ГБ устанавливали согласно Рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (2008), а степень повышения АД – рекомендациям экспертов ESH/ESC (2007). АГ 1 степени отмечена у 33 пациентов, 2 степени – у 28. Средние уровни АД систолического составили 150,97±18,79 мм рт.ст., диастолического – 95,70±10,10 мм рт.ст.

Контрольную группу составили 11 практически здоровых людей рандомизированных по полу и возрасту.

Для оценки степени риска прогрессирования сердечно-сосудистого заболевания использовали уровень СРБ. Концентрация СРБ меньше 1 мг/л указывает на низкий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, 1-3 мг/л – средний риск, больше 3 мг/л – высокий риск сосудистых осложнений у практически здоровых лиц и у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Среди факторов риска, влияющих на прогноз пациентов с АГ, преобладали дислипидемия – гиперхолестеринемия (у 32) и гипертриглицеринемия (у 29), семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у 37) и абдоминальное ожирение (у 21 больных). Факторы риска отсутствовали у 4 больных АГ, один фактор риска наблюдался у 23, два – у 22, три и более – у 17 пациентов.

Критериям метаболического синдрома (2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertention) соответствовали 17 пациентов из 21 с абдоминальным ожирением, у которых кроме этого выявлялась АГ и дислипидемия (гипертриглицеридемия и/или гиперхолестеринемия).

Степень риска сердечно-сосудистых осложнений, оцениваемая по Фрамингемской шкале с учетом поражения органов-мишеней, была низкой у 6 пациентов, умеренной – у 17, высокой – у 33 и очень высокой – у 4.

Результаты исследования. В основной группе содержание СРБ составило $8,66 \pm 0,88$ мг/л, тогда как в контрольной группе эти показатели были в почти в 5 раз ниже ($1,74 \pm 0,11$ мг/л; $P < 0,01$). Уровень СРБ у пациентов с АГ положительно коррелировал с весом ($r=0,399$), ИМТ ($r=0,38$), объемом талии ($r=0,386$) и бедер ($r=0,428$), риском сердечно-сосудистых осложнений ($r=0,435$), толщиной задней стенки левого желудочка ($r=0,380$), что указывает на связь данных параметров с субклиническим воспалением.

У больных АГ уровень С-реактивного белка в сыворотке крови имеет прямую корреляцию со степенью АГ ($r=0,510$) и длительностью заболевания ($r=0,459$).

Выводы. Показана целесообразность оценки уровней С-реактивного белка при АГ для дополнительной оценки кардиоваскулярного риска. Полученные результаты будут способствовать выбору наиболее рациональной тактики ведения пациентов с данной патологией.

НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ДЕБЮТОМ

Каледя М.И., Никишина И.П., Салугина С.О.,
Шаповаленко А.Н., Глухова С.И.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. проанализировать нейропсихические нарушения в дебюте системной красной волчанки (СКВ) у детей и подростков.

Материалы и методы. В исследование включено 218 пациентов (28 мальчиков, 190 девочек) с ювенильным дебютом СКВ, которые проходили стационарное лечение в детском отделении с 1992 по 2017 год. Оценивались данные, включающие пол, возраст дебюта, возраст на момент постановки диагноза, физикальное обследование, лабораторно-инструментальное обследование, консультацию психолога, невролога и, при наличии показаний, психиатра. Квалификация нейропсихических нарушений (НПН) проводилась в соответствии с рекомендациями Американской коллегии ревматологов (ACR) 1999 г.

Результаты и обсуждение. Всего было выявлено 45 пациентов (20,6%) с НПН в рамках

СКВ, из них 9 мальчиков (20%), соотношение мальчиков и девочек 1:4. Средний возраст дебюта в группе с поражением нервной системы (НС) составил $13,0 \pm 2,84$ лет, длительность заболевания на момент верификации диагноза $1,84 \pm 3,89$ лет. На момент верификации диагноза 60% пациентов с НПН были в возрасте от 10 до 15 лет, 26,6% – старше 15 лет, 13,3% – младше 10 лет. Дебют СКВ также чаще фиксировался в интервале от 10 до 15 лет (50% пациентов). Нейролюпус достоверно чаще выявлялся при остром развитии СКВ (46,7% пациентов, $p=0,003$). Из иммунологических нарушений пациенты с поражением НС чаще имели антитела к РНП ($p=0,073$) при отсутствии каких-либо различий по другим иммунологическим показателям. Из клинических проявлений при поражении НС несколько чаще фиксировалось хроническое поражение кожи ($p=0,076$), достоверно чаще – серозиты ($p=0,003$) и поражение почек ($p=0,003$), тогда как артрит выявлялся достоверно реже ($p=0,028$). Из гематологических нарушений НПН относительно чаще сопровождалась лейко/лимфопенией ($p=0,087$) и тромбоцитопенией ($p=0,077$). В целом группа пациентов с НПН характеризовалась большей полиорганностью поражения (число клинических проявлений в среднем 5,6 и 3,7, соответственно, $p < 0,0001$) при сопоставимости групп по иммунологическим нарушениям ($p=0,49$).

У всех пациентов манифестации нейролюпуса предшествовало снижение школьной адаптации и нарушения в эмоциональной сфере. В структуре НПН преобладало поражение ЦНС (89%). 15 пациентов (33,3%) имели более одного проявления нейролюпуса. Среди НПН выявлены: головные боли (28,9%), когнитивные нарушения (28,9%), цереброваскулит (24,4%), дистальная чувствительная полинейропатия (20%), эпизиндром (15,5%), инсульт (11,1%), тревожные расстройства (11,1%), психозы (8,9%), парезы (6,7%), хорея (4,4%). При нейролюпусе активность по шкале SLEDAI была достоверно выше ($22,0 \pm 9,5$) по сравнению с остальными пациентами, где этот показатель в среднем составил $12,9 \pm 6,5$ ($p < 0,0001$).

Заключение. Острый дебют, полиорганность поражения, наличие психологических проблем в виде расстройств настроения, школьной дезадаптации перед манифестацией СКВ требуют обязательного комплексного обследования для исключения нейролюпуса. Выявление поражения НС является показанием для неотложной интенсификации терапии с целью улучшения прогноза.

ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Каледа С.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Дать характеристику клиническому течению гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и ее внепищеводным проявлениям.

Материалы и методы исследования. В основу исследования были положены данные обследования 60 больных с ГЭРБ в возрасте от 25 лет до 70 лет, проходивших стационарное лечение в 5-ой городской клинической больнице г. Ташкента. В работе использовались клинические и инструментальные исследования (ФВД, УЗИ пищевода, рентгенография с контрастированием пищевода, ЭФГС).

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования была установлена ассоциация ГЭРБ с заболеваниями других органов, так в 67,2% с системой верхних дыхательных путей: оториноларингологические проявления (63,2%), бронхиальная астма (БА; 53,1%) и синдром некоронарогенных болей в грудной клетке (61,3%).

В последние годы некоторыми авторами доказаны патогенетически обоснованные взаимосвязи между ГЭРБ и БА. Среди больных БА в 72,1% встречались пациенты со среднетяжелым течением. Изжога, основной симптом ГЭРБ, встречалась у 53,1% пациентов, страдающих бронхиальной астмой. При этом имеется положительная корреляционная связь между тяжестью течения бронхиальной астмы и выраженностью клинических признаков ГЭРБ ($r=+0,565$). У данной категории больных ночные симптомы астмы наблюдаются достоверно чаще, чем у больных бронхиальной астмой без признаков ГЭРБ (у 47,7% и 30,7% пациентов, соответственно).

Поражения ЛОР-органов (хронические ринит, фарингит, ларингит, отит, ощущение кома в горле, полипы голосовых складок и другие) при ГЭРБ в наших исследованиях составили 63,2% от общего числа больных. Проведенное клиническое обследование показало, что изжога имела место у всех больных ГЭРБ, страдавших ЛОР патологией.

На основании вышеизложенного существует тесная взаимосвязь между ГЭРБ и возможностью развития хронической патологии бронхолегочной системы (бронхиальной астмы), верхних дыхательных путей (хронического фарингита) и полости рта (поражения слизистой оболочки, языка).

Выводы. Таким образом, во всех трудных случаях ведения больных, страдающих патологией

вышеназванных органов и систем, необходимо проведение комплексного обследования верхних отделов пищеварительного тракта, с целью выявления гастро-эзофагальной рефлюксной болезни.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Калимбетова А.Б., Толеуова А.С., Тайжанова Д.Ж.
Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить риск возникновения кровотечений при двойной антиагрегантной терапии после коронарного стентирования.

Материалы и методы. Дизайн исследования: случай-контроль. Были исследованы 60 пациентов, получавших лечение в Городской больнице №1 г. Караганды в отделении хирургии, Областном кардиохирургическом центре г. Караганды в 2017-2018 гг. Пациенты были разделены на две группы: основная – это больные, у которых кровотечение развилось на фоне двойной антиагрегантной терапии, и контрольная – пациенты, получающие традиционную медикаментозную терапию. В исследовании геморрагические осложнения оценивались по классификации BARC (Bleeding Academic Research Consortium), одобренной рабочей группой по Тромбозам (2011 г.). Обследуемые были в возрасте от 55±10 лет. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 10.0, рассчитывалось отношение шансов (ОШ), определялась корреляция Пирсона, а также проводилось сравнение длительности лечения с развитием кровотечения по критерию Стьюдента. Исследование одобрено комитетом по этике, также от каждого участника получено письменное информированное согласие.

Результаты. В результате проведенного исследования, по классификации BARC локализации более 50% кровотечений ограничивались носовыми и десневыми кровотечениями или кровоподтеками, экхимозами, и лишь следующими по частоте были кровотечения из желудочно-кишечного тракта. Это соответствует 1 и 2 типу кровотечений, легкие кровотечения по классификации консорциума академических исследователей. Однако острые желудочно-кишечные кровотечения можно отнести к 3 типу, к крупным кровотечениям, требующим остановки двойной антиагрегантной терапии. Количество больных, имеющих хроническую язву желудка и двенадцатиперстной кишки, составило 48%, хронический

гастрит наблюдался у 20%, у 32% пациентов язвенного анамнеза не было. В результате анализа данных фиброгастроуденоскопии было установлено, что у 10% больных имеющих хронический гастрит и язвенным анамнез, кровотечение возникало от 2 до 6 месяцев от начала дезагрегантной терапии. Острые язвы на интактном желудке были обнаружены у 15% больных. После 6-ти месяцев терапии кровотечение зафиксировано у 40% больных хроническим гастритом и язвенной болезнью и у 20% с интактным желудком. В результате анализа клинико-лабораторных данных показатели гемограммы в группах обследования достоверно не отличались, однако отмечается ускорение скорости оседания эритроцитов на 4% в основной группе. При вычислении отношения шансов это составило $OR=1,15$, что говорит, о том, что СОЭ может являться фактором риска развития кровотечений. По данным коагулограмм, растворимый фибрин мономерный комплекс положительный в основной группе, при вычислении отношения шансов он составил больше 1, что говорит о явном предрасполагающем факторе возникновения кровотечения ($OR=2,8$). При исследовании АЧТВ было выявлено, что удлинение АЧТВ выше на 18% в основной группе, чем в контрольной группе ($OR>1$). При сравнении длительности лечения по критерию Стьюдента выявлено, что риск развития кровотечений выше в основной группе после приема антиагрегантной терапии впервые 6 месяцев приема, а в контрольной группе после года получения традиционной терапии. Достоверность умеренная ($p\leq 0,039$).

Выводы. На основании полученных данных можно выделить следующие показатели – СОЭ, РФМК и АЧТВ которые могут рассматриваться как прогностические маркеры развития кровотечений в последующем. При этом необходимо проводить раннюю клинико-лабораторную диагностику до 6 месяцев от начала двойной антиагрегантной терапии, что помогло бы скорректировать медикаментозную терапию больных.

ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ДВЕ НОЗОЛОГИИ, ОДИН ПАТОГЕНЕЗ

Калыгин С.А., Искра Д.А.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Когнитивные расстройства, в том числе деменция – крайне распространенные нарушения функций центральной нервной системы ввиду нейродегенеративных и сосудистых заболеваний голов-

ного мозга. Они существенно влияют на качество жизни и считаются одной из основных причин инвалидизации пожилых людей в общей популяции. В мире насчитывается 47,5 млн. человек с данным диагнозом и ежегодно происходит увеличение на 7,7 млн. человек.

Одним из направлений, активно разрабатываемых последнее время в неврологии, является выявление возможных взаимосвязей патогенеза когнитивных нарушений и первичных цефалгий. Головные боли входят в число самых распространенных симптомов и/или заболеваний центральной нервной системы. Наиболее часто встречаемой формой краниалгий является головная боль напряжения. В этой связи, большая часть исследований по определению частоты встречаемости и выраженности когнитивных расстройств среди пациентов с цефалгиями проводится прежде всего в группах с головной болью напряжения.

Целью исследования. Являлось изучение проблемы патогенетической взаимосвязи когнитивных нарушений и головной боли напряжения по данным собственных исследований и литературных источников.

В результате исследования было установлено наличие у пациентов с хроническим болевым синдромом, в том числе с головной болью напряжения, дистрофических изменений в отделах головного мозга, участвующих в восприятии и регуляции боли (таламус, островок, префронтальная кора, кора передней части поясной извилины, постцентральная извилина, базальные ганглии, миндалины, гиппокамп). Также определяется некоторая прямая зависимость дисфункции глутаматергической и ГАМК-ергической медиаторных систем головного мозга от силы и длительности болевого синдрома, в частности головной боли напряжения. Известно, что некоторые участки головного мозга, относящиеся к ноци- и антиноцицептивной системе, отвечают и за когнитивные функции (префронтальная кора, кора поясной извилины и др.). У пациентов с хронической головной болью напряжения было выявлено уменьшение объема серого вещества в поясной извилине, островке, префронтальной коре и парагиппокампе. Доказано, что пациенты с сахарным диабетом, депрессией, черепно-мозговой травмой, артериальной гипертензией, дислипидемией, ишемической болезнью сердца, хронической обструктивной болезнью легких, инсультом и болезнью Паркинсона имеют больший риск развития когнитивных нарушений при наличии сопутствующей головной боли напряжения, чем без нее.

В настоящее время имеются некоторые гипотезы, определяющие головную боль напряжения как фактор риска развития когнитивных нарушений, и

данные, полученные в результате проведенных исследований, могут помочь в выявлении патофизиологических процессов, реализующихся при хроническом болевом синдроме, в том числе головной боли напряжения, посредством вышеуказанных медиаторных систем, и приводящих к нарушению когнитивных функций.

Таким образом, профилактика и лечение головной боли напряжения должны входить в перечень мероприятий, направленных на предотвращение развития когнитивных нарушений. Оценка когнитивных функций у всех пациентов с головной болью напряжения является необходимым диагностическим тестом для раннего выявления риска развития когнитивного дефицита.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2017 ГОДУ

Кароль Е.В.^{1,2}, Попова Н.В.¹,
Кузнецова Ю.И.¹, Белавина Е.А.^{1,2}

¹Главное бюро медико-социальной экспертизы
по городу Санкт-Петербургу,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) населения Санкт-Петербурга (СПб) по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2018 г., анализ структуры инвалидности по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) СПб. Методы исследования: анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. Инвалидность является одним из важнейших показателей здоровья населения и индикаторов качества и эффективности социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Абсолютное число впервые признанных инвалидами (ВПИ) граждан в возрасте 18 лет и старше в СПб в 2018 г. составило 20407 человека со снижением на 2,5% по сравнению с 2017 г. Интенсивный показатель (ИП) ПИ взрослого населения

в 2018 г. составил 45,8 на 10 тысяч взрослого населения (по РФ уровень ПИ в 2017 г. – 56,4). В трудоспособном возрасте уровень ПИ составил 30,6 (в РФ в 2016 г. – 37,5).

Среди граждан ВПИ женщины составили в 2018 г. 47%, мужчины – 53%. Анализ структуры ПИ по возрастным интервалам показал, что трудоспособный возраст составил 45,2%, в том числе: молодой возраст (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) – 15,5%; средняя возрастная группа (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) – 29,7%. Доля граждан пенсионного возраста составила 54,8%. В структуре ВПИ взрослого населения в 2018 г. преобладают инвалиды III группы – 44,1%; инвалиды II группы составили 39,5%, I группы – 16,4%. ИП I группы инвалидности составил 7,5; II группы – 18,1; III группы – 20,2 на 10 тыс. взрослого населения.

Анализ структуры ПИ по классам болезней показал, что первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (БСК) – 41,6%, на втором месте злокачественные новообразования (ЗНО) – 30,4; заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,1%; психические болезни составили 4,3%; болезни нервной системы – 3,7%; травмы всех локализаций – 1,8%. Структура ПИ вследствие БСК по нозологическим формам следующая: вследствие ИБС – 48%; вследствие ЦВБ – 38%; вследствие ГБ – 6,1%; вследствие хронических ревматических болезней сердца – 0,5%; прочие БСК составляют 10,2%. Структура ПИ вследствие ЗНО в зависимости от локализации: рак молочной железы – 20%; колоректальный рак – 16%; рак легких – 9%; рак предстательной железы – 7%; рак поджелудочной железы – 7%; рак желудка – 6,4%; рак шейки матки – 4%; рак поджелудочной железы – 2,1%. Анализ ПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций (СНФ) организма показал следующее: 33% – составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 28% – нарушения функций сердечно-сосудистой системы; 21% – нарушения нейромышечных, скелетных и статодинамических функций; 5% – нарушения психических функций; 2,7% – нарушения сенсорных функций; 2,2% – нарушения функций пищеварительной системы; 1,3% – нарушения функций эндокринной системы и метаболизма; 6,8% – другие нарушения функций.

Выводы. Анализ показателей ПИ среди взрослых граждан СПб в 2018 г. выявил преобладание лиц мужского пола, пенсионного возраста. В структуре ПИ по классам болезней ведущее место занимают БСК и ЗНО; по СНФ организма – нарушения функ-

ций системы крови и иммунной системы, сердечно-сосудистой системы, нейромышечных, скелетных и статодинамических функций.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2016-2018 ГОДАХ

Кароль Е.В.^{1,2}, Попова Н.В.¹, Кузнецова Ю.И.¹,
Иванова А.Г.¹, Хомчук М.А.¹

¹Главное бюро медико-социальной экспертизы
по городу Санкт-Петербургу,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

В течение нескольких десятилетий болезни системы кровообращения устойчиво занимают первое место в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности и взрослого населения Российской Федерации.

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в 2016-2018 гг., исследование структуры инвалидности как в трудоспособном, так и в пенсионном возрасте по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез. Рассчитывались показатели уровня первичной инвалидности на 10000 населения и структуры инвалидности, в зависимости от возраста, группы инвалидности, классов болезней.

Результаты и обсуждение. В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое ранговое место. При этом их удельный вес в динамике за 2016-2018 гг. увеличился с 40,4% до 41,6%.

Проведен анализ динамики интенсивных показателей (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие БСК среди взрослого населения

Санкт-Петербурга за 2016-2018 гг. ИП за 3 года с 18,6 до 19,1 на 10 тыс. взрослого населения. В структуре БСК: ИП инвалидности вследствие ИБС возрос с 8,4 до 9,1; вследствие ЦВБ снизился с 7,3 до 6,7; вследствие гипертонической болезни возрос с 0,9 до 1,2.

Проанализирована структура первичной инвалидности вследствие БСК по нозологическим формам. Инвалидность вследствие ИБС преобладает и составляла в динамике за 3 года 45,4-46,6-48,1%; доля инвалидности вследствие ЦВБ находится на втором месте, составляя в динамике 39,2-37,9-38,2%; инвалидность вследствие гипертонической болезни (ГБ) составляла, соответственно 4,7-4,6 6,1%.

ИП первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте в 2016 – 2018 гг. составил 11,0 - 10,8 - 11,1 на 10 тыс. трудоспособного населения. По отдельным нозологическим формам ИП составил, соответственно: при ИБС: 5,4– 5,2 – 6,0; при ЦВБ: – 3,8 - 3,5 – 2,8; при ГБ: 0,8 – 0,8 – 1,1.

ИП первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в пенсионном возрасте в течение 3 лет составил 35,2 - 36,5 - 35,7 на 10 тыс. населения. По отдельным нозологическим формам динамика ИП была следующей. При ИБС: 15,2– 15,2 – 15,6; при ЦВБ: – 15,8 - 16,6 – 14,9; при ГБ: 1,2 – 1,0 – 1,2.

РОЛЬ ЦИРКАДНЫХ КОЛЕБАНИЙ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Карпович О.А.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить взаимосвязь выраженности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с циркадными колебаниями уровня мелатонина.

Материалы и методы. Обследованы 29 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет с диагнозом ГЭРБ. Средний возраст обследуемых составил 43,0±9,5. Мужчин 19 (63%), женщин 11 (37%). Группу сравнения составили 24 человека без ГЭРБ. Выраженность основных симптомов ГЭРБ (изжоги и регургитации) оценивали с использованием трехбалльной шкалы Ликерта. Всем пациентам,

включенным в исследование, выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой дистального отдела пищевода.

Уровень мелатонина оценивали по содержанию его основного метаболита: 6-сульфатоксимелатонина (6-SM) в суточной моче и отдельно в дневной и ночной порциях на иммуноферментном анализаторе Sunrise TECAN.

Анализ полученных данных выполнялся с помощью статистического пакета Statistica 10.0. Числовые значения величин описывали при помощи медианы и интерквартильного размаха (Me (25; 75)). С учетом несоответствия большинства выборок критериям нормального распределения при анализе данных использовались методы непараметрической статистики. Сравнение количественных показателей между двумя независимыми выборками оценивали с использованием теста Манна – Уитни. Для выявления и оценки тесноты связи между двумя количественными показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Различия считали достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту и антропометрическим показателям. Жалобы на изжогу предъявляли 21 (72%) пациент из основной группы и 4 (17%) пациента из группы сравнения ($\chi^2=16,38$; $p < 0,001$). Регургитация отмечалась у 18 (62%) пациентов основной группы и 3 (13%) пациентов группы сравнения ($\chi^2=13,49$; $p < 0,001$).

Выраженность изжоги в основной группе составила $1,34 \pm 1,0$ балла, регургитации – $0,90 \pm 0,9$ балла. Выраженность симптомов ГЭРБ в группе сравнения составила 0 баллов. Уровень 6-SM в суточной моче пациентов основной группы был значимо ниже, чем в группе сравнения: 32,4 (8,1; 72,8) и 79,9 (33,4; 123,7) нг/мл соответственно, $p=0,003$. В дневной и ночной порциях мочи содержание 6-SM также было значимо ниже, чем в группе сравнения: 39,2 (8,8; 77,8) и 103,6 (28,0; 164,4) нг/мл в дневной порции, $p=0,020$; 44,1 (31,7; 61,1) и 75,1 (27,9; 157,1) нг/мл в ночной порции, $p=0,019$ соответственно.

При проведении корреляционного анализа у пациентов с ГЭРБ выявлено наличие обратной корреляционной связи между интенсивностью изжоги и уровнем 6-SM в суточной моче и дневной и ночной ее порциях: суточная моча ($r=-0,59$, $p=0,001$), дневная порция ($r=-0,54$, $p=0,002$), ночная порция ($r=-0,57$, $p=0,003$).

Выводы. У пациентов с ГЭРБ отмечается снижение суточной продукции мелатонина. Выявлена обратная корреляционная связь между уровнем мелатонина и выраженностью изжоги.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КУРСАНТОВ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ ФАКУЛЬТЕТА ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ДЛЯ ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ С.М. КИРОВА

Карташев В.А., Бондарчук С.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить качество жизни курсантов младших и старших курсов Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (ВМА).

Материалы и методы. Изучено качество жизни (КЖ) 86 курсантов, проходящих обучение на факультете подготовки врачей для военно-морского флота, из них 50% (43 человека) проходят обучение на первом и 50% (43 человека) на четвертом курсе. Все респонденты мужского пола. Средний возраст в первой группе составил 18, во второй 20,8 лет. Использовался опросник качества жизни MOS SF-36.

Результаты. При сравнении показателей качества жизни курсантов были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). У курсантов первого курса наиболее высокие значения КЖ отмечались по шкалам: Физическое функционирование (0,123772); Роль в физическом функционировании (0,004776); Энергия / усталость (0,0066); Социальное функционирование (0,261680); Изменение здоровья (0,120991).

У курсантов четвертого курса были выше результаты по шкалам: Роль в эмоциональном функционировании (0,033547); Эмоциональное благополучие (0,034287); Общее состояние здоровья (0,016704).

Выводы. Итогом данной работы стало выявление причины снижения качества жизни у курсантов. Для первого курса этим фактором является адаптация к новым условиям проживания, формирование воинского коллектива, резкая смена места жительства. У четвертого курса на снижение качества жизни влияет такой важный фактор как социальное функционирование. Это связано с тем, что курсанты больше времени уделяют дежурствам и клиническим дисциплинам, происходит эмоциональное выгорание, круг интересов сужается и по этой причине они меньше общаются с сокурсниками.

Подводя итог результатов проведенной работы, стоит отметить, что курсанты всех военно-учебных заведений Министерства Обороны на-

ходятся в таких же условиях и подвержены теми же факторами. Поэтому важно корректировать и обратить внимание за соблюдением режима труда и отдыха, дозировать физическую нагрузку, проводить культурно массовую работы: регулярное посещение театров, концертов симфонического оркестра музеев участие в научно-исследовательских форумах и конференциях оптимизировать расписание учебных занятий для лучшего усвоения материала. Все это позволит курсантам военно-учебных заведений Министерства Обороны поддерживать высокий уровень физической и умственной работоспособности, а также повысить качество жизни.

РЕДКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ

Карякина Л.А., Смирнова О.Н., Пирятинская В.А.,
Смирнов О.А., Карякин А.С.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. описание редкого дерматоза, кольцевидной эластолитической гигантоклеточной гранулемы.

Группа эластолитических гранулем включает в себя заболевания, нозологическая самостоятельность которых на сегодняшний день окончательно не определена. Общими признаками для них являются: преимущественная локализация на открытых участках кожи и характерные гистологические признаки повреждения эластических волокон. Причинами этих дерматозов могут быть наследственные, приводящие к синтезу дефектного эластина, активированию провоспалительного каскада цитокинов и развитию эластолиза, аутоиммунные и поствоспалительные процессы,

В клинике кожных и венерических болезней СЗГМУ имени И.И. Мечникова мы наблюдали пациентку, которой был установлен диагноз кольцевидная эластолитическая гигантоклеточная гранулема (КЭГКГ). Пациентка Х., 65 лет, больна около семи лет, когда впервые отметила появление высыпаний в области тыла кистей и подмышечных впадин без субъективных ощущений. С течением времени высыпания распространились на область верхних и нижних конечностей. Генерализация высыпаний возникла после бальнеотерапии. Неоднократно получала амбулаторное лечение и лечение в профильных стационарах с разными диагнозами «диссеминированная коль-

цевидная гранулема», «красный плоский лишай», «лимфоматоидный папулез». Системная терапия включала использование сосудистых препаратов, антигипоксантов, витаминов. Наружная терапия проводилась топическими глюкокортикостероидами высокой потенции. Высыпания частично разрешались, но не исчезали полностью. С учетом отсутствия клинического эффекта была госпитализирована в нашу клинику.

При осмотре на коже туловища и разгибательных поверхностей конечностей, и в области крупных складок множественные высыпания в виде милиарных и лентикулярных папул полушаровидной формы, розового цвета, плотных на ощупь. Элементы сыпи группировались в кольцевидные бляшки диаметром от 3 до 15 см, формирующих фигуры неправильной формы в виде колец и гирлянд с гипопигментацией и атрофией в центре.

Методы. С целью верификации диагноза проведены гистологическое и иммуногистохимическое исследование. При гистологическом исследовании отмечаются признаки фрагментации эластических волокон, пролиферация гистиоцитов с обширной эозинофильной цитоплазмой с мелкими светлыми ядрами, многочисленные многоядерные гигантские клетки. В цитоплазме немногочисленных гистиоцитов видны базофильно окрашенные фрагменты эластических волокон. Муцин и зоны некробиоза коллагена отсутствуют. Иммуногистохимически обнаружены гистиоцитарные клетки маркированные антителами CD4, CD163, CD68. В лимфоидном инфильтрате преобладают Т-лимфоциты, в которых выявлена экспрессия CD30, CD5, CD7; количество клеток с экспрессией CD4 или CD8 приблизительно одинаково. В периваскулярных скоплениях присутствуют единичные В-клетки и плазмциты, маркированные антителами CD138. На основании исследования был установлен диагноз кольцевидная эластолитическая гигантоклеточная гранулема. Проведено лечение: «Дипроспан» 2.0 мл однократно внутримышечно, гидроксихлорохин перорально 200 мг 2 раза в сутки, 3 курса по 10 дней с перерывами в 5 дней. Наружно: мазь мометазона фураат под окклюзионную повязку на область высыпаний 1 раз в сутки в течение 2-х недель. На фоне лечения в течение месяца процесс полностью регрессировал.

Выводы. Клиническая картина эластолитической гигантоклеточной гранулемы не является специфичной и требует обязательного гистологического и иммуногистохимического исследования как инновационного метода исследования для подтверждения диагноза.

СКРИНИНГ И ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Касаткин Е.В.¹, Лялина Л.В.²,

Лысогорская И.В.¹, Тимофеева Н.А.¹

¹Кожно-венерологический диспансер №8,

²Научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Ведущая роль вирусов папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки (РШМ) и значительная роль в развитии рака вульвы, влагалища, полового члена, предстательной железы, яичка, анальной области, гортани и ротовой полости, кожи установлена современными научными исследованиями. Это послужило основой для разработки и применения вакцин для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ). Некоторыми исследователями РШМ рассматривается как проявление инфекции, передаваемой половым путем (ИППП).

Цель исследования. Изучение распространенности различных генотипов ВПЧ в группе пациентов кожно-венерологического диспансера для обоснования и разработки мер профилактики ПВИ и ассоциированных с этой инфекцией других заболеваний.

В 2008-2018 гг. на наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) обследовано 6618 пациента при обращении в СПб ГБУЗ «КВД №8». Использовали наборы отечественного производства, разрешенных к применению в России в установленном порядке («Генлаб», Москва) для идентификации ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 типы – 1 группа пациентов, и 55, 56, 58, 59, 68, 73, 83 типы ВПЧ – 2 группа пациентов). Материал для исследования – соскоб со слизистой уретры, цервикального канала выполняемый универсальным уретральным зондом или цитощеткой. Среди обследованных были больные венерическими заболеваниями (гонорея, аногенитальные бородавки), другими инфекциями, передаваемыми половым путем, воспалительными заболеваниями нижних отделов мочеполового тракта, а также обследованные с профилактической целью.

Среди обследованных 3201 (48,4%) мужчины и 3417 (51,6%) женщин в возрасте от 13 до 66 лет. Наибольшее количество обследованных – в возрастной группе 20-29 лет (44,0%). ВПЧ ВКР обнаружены у 1748 пациентов, из них 903 мужчин (51,7%) и 845 женщин (48,3%). Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила $26,4 \pm 5,4\%$, причем у мужчин – $28,2 \pm 7,4\%$, у женщин – $24,7 \pm 7,7\%$. В группе 20-29 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ ($33,0 \pm 11,6\%$), несколько реже в возрастных группах 30-39 лет и 40 лет и старше ($26,0 \pm 8,6\%$ и $23,5 \pm 5,2\%$ на 100 обследованных соответственно). Важно отметить, что онкогенные ВПЧ обнаружены даже у детей в возрасте до 14 лет в $2,8 \pm 5,8\%$ случаев (только у девочек 0-14 лет – в $4,0 \pm 7,4\%$). Пациенты 1 группы составили 74,0% (1293 человека), среди них 697 мужчины (53,9%) и 596 женщин (46,1%), пациенты 2 группы составили 26,0% (455 человек), среди них 206 мужчин (45,3%) и 209 женщин (54,7%).

Инфицированность онкогенными ВПЧ в равной степени мужчин и женщин свидетельствует о примерно одинаковой потенциальной роли лиц обоего пола как источников ПВИ. Вместе с тем, известно, что уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов у мужчин существенно ниже, чем у женщин. Значение ПВИ инфекции в канцерогенезе у мужчин нуждается в дальнейшем изучении. Тем не менее, высокая распространенность ПВИ среди лиц мужского пола явилась основанием для того, что на европейской конференции EuroGIN 2013 г. было предложено проводить профилактическую работу (просвещение, обследование, вакцинация) не только среди женского, но и среди мужского населения.

Полученные результаты характеризуют высокую интенсивность эпидемического процесса ПВИ среди пациентов кожно-венерологического диспансера, которые представляют собой группу высокого риска заражения и распространения этого инфекционного заболевания. Особенно настораживает высокая распространенность ПВИ среди контингента репродуктивного возраста, что может иметь значительные социальные последствия. Все это свидетельствует о необходимости упорядочивания системы скрининга населения на наличие ВПЧ ВКР и регистрации этой инфекции, а также развития системы эпидемиологического надзора и первичной профилактики ПВИ, что в перспективе будет способствовать более раннему выявлению РШМ и, как следствие, снижению заболеваемости РШМ и другими вирус-ассоциированными заболеваниями.

ПРОФЕССОР С.П. БОТКИН И ЕГО ВЕЛИКОДЕРЖАВНЫЕ ПАЦИЕНТЫ

Катюхин В.Н.

Медицинский центр «Евромедика»,
Санкт-Петербург

Сергей Петрович Боткин в 1861 году стал ординарным профессором факультетской терапевтической клиники Императорской Медико-хирургической академии. Существуют документы внутри Двора, что за несколько дней до кончины (19 октября 1860 года) он консультировал в Александровском дворце Царского Села умирающую супругу Николая I Александру Федоровну Романову (принцесса Фредерика-Луиза-Шарлотта-Вильгельмина, дочь Фридриха Вильгельма III из династии Гогенцоллернов). Сближению С.П. Боткина с царской семьей способствовало успешное лечение им наиболее известного первого пациента – наследника цесаревича Александра Александровича (будущего императора Александра III). Поэтому 27 ноября 1870 года Министр Императорского двора уведомил управляющего Придворной медицинской частью о всемилостивейшем повелении врачу Боткину быть почетным лейб-медиком Двора Его Императорского Величества с оставлением его при занимаемых им должностях. Второй пациенткой из царской семьи стала императрица Мария Александровна. Это заставило его покинуть на время Петербург и сопровождать царственную особу в Ливадию. Позднее он должен был провести с императрицей две зимы на побережье Средиземного моря (в Сан-Ремо и в Канне). При Дворе он скоро приобрел доверие и из профессора, доктора Боткина превратился в Сергея Петровича, получившего свободный доступ к царской семье. В Крыму Боткин разрабатывал маршруты лечебных прогулок, а для своих монарших пациентов оценивал дворцовые курорты. Традиционные методы обследования больных женщин императорской фамилии не предполагали непосредственного осмотра, а диагностирование заболевания и определение методов его лечения врачи определяли только на основании сбора анамнеза. Первым из придворных медиков, кто начал ломать отжившие традиции и применять общепринятые методы диагностики в императорской семье, был профессор Боткин. Разрешение на эти «новаторские методики» в придворной медицине давал лично Александр II. Императрица никогда не отличалась крепким здоровьем, частые роды оказали на нее разрушающее воздействие, а на фоне долгого семейного неблагополучия еще и заболела

туберкулезом легких. Мария Федоровна стала вести замкнутый образ жизни, подолгу оставалась в своих комнатах и редко выезжала из дворца. Медицинские рекомендации нередко встречали с ее стороны сопротивление, поскольку, по причине глубокой религиозности, она не имела мотивации к лечению. В 1877-1878 годах С.П. Боткин пробыл около 7 месяцев на балканском фронте в качестве лейб-медика при царской ставке. Главной его задачей было наблюдение за здоровьем императора, которое было не слишком крепким. За поездку на театр военных действий С.П. Боткину был пожалован чин тайного советника. После окончания войны более 2 лет профессор постоянно опекал императрицу, но 22 мая 1880 года Мария Александровна скончалась. А 1 марта 1881 г. Боткина срочно вызвали в Зимний дворец в связи с покушением на Александра II. Участие Сергея Петровича в оказании помощи смертельно раненому императору никак не было отмечено. На этом придворная карьера С.П. Боткина была закончена. Свое личное время он посвятил кафедре, хотя продолжал числиться лейб-медиком Александра III. Новый самодержец «Всея Руси» Александр Александрович обладал завидным здоровьем, отличался любовью к вину и в услугах врачей не нуждался. Но все помнили, что в трудные минуты серьезной опасности своей жизни он получил спасение благодаря опытности, знанию и беспредельной преданности врача Сергея Петровича Боткина.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ СЫВОРОТНОГО НЕСФАТИНА-1 И ОСТЕОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Квливидзе Т.З.¹, Заводовский Б.В.^{1,2},
Ахвердян Ю.Р.², Полякова Ю.В.²,
Сивордова Л.Е.², Яковлев А.Т.¹

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучить корреляцию уровня несфатина-1(НФ-1) с композитным составом тела, маркерами костеобразования, резорбции и общей минеральной полностью костной ткани у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Было изучено 110 пациентов с РА (средний возраст 54,07±11,32; M±Std. dev). Диагноз РА установлен в соответствии с критериями ACR/EULAR для РА (2010). Все пациенты с РА были обследованы с использованием денситометра LUNAR DPX-Pro, прошли клиническое и лабораторное обследование. Уровень сывороточного НФ-1 в сыворотке крови измерялся с использованием коммерческой тест-системы (RaiBiotech, кат. EIA-NESF) согласно инструкциям, прилагаемым к набору.

Результаты и обсуждение. Средняя концентрация сывороточного НФ-1 у пациентов с РА составила 50,49±34,05 нг/мл. Пациентов с РА разделили на группы: 1-ю (n=44) – с нормальной концентрацией НФ-1 в сыворотке (<37,95 нг/мл) и 2-ю (n=66) – с повышенным уровнем НФ-1 (>37,95 нг/мл). Мы выявили статистически значимую корреляцию между НФ-1 и N-концевым телопептидом проколлагена типа I (P1NP) ($r=0,218$, $p=0,022$). В то же время группы не различались по уровню сывороточного C-концевого телопептида коллагена I типа. Существенной взаимосвязи между уровнями НФ-1 в сыворотке крови, минеральной плотностью костной ткани и композитным составом тела также выявлено не было.

Несфатин-1 – молекула, связанная с меланокортиновой сигнальной системой. Ранее было изучено влияние НФ-1 в регуляции аппетита, метаболизма глюкозы, липидов, процессах термогенеза, развития тревоги, депрессивных состояний, в работе сердечно-сосудистой и репродуктивной систем. Имеется информация о провоспалительной активности несфатина-1. Среди плейотропных эффектов НФ-1 заслуживает внимание его остеогенная активность. В эксперименте на овариоэктомированных крысах при внутривенном введении НФ-1 в течение 2-х месяцев доказано увеличение минеральной плотности костной ткани в позвонках и бедренных костях. Обработка НФ-1 мышинных преостеобластных клеток приводит к повышению их дифференциации и минерализации. Выявлено некоторое ингибирование остеокластогенеза у мышей. Степень активности биоактивных молекул зависит от экспрессии клеток мишеней, их функции могут отличаться в норме и патологии.

Выводы. Мы не выявили взаимосвязи между повышенным уровнем несфатина-1 в сыворотке крови, общей минеральной плотности костной ткани и композитным составом тела у пациентов с РА. Мы отметили значимую корреляцию между НФ-1 и маркером формирования костного матрикса P1NP, что подтверждает имеющиеся литературные данные о влиянии НФ-1 на дифференцировку и функции остеобластов.

МЕТОД СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель работы. Изучение эффективности гипотензивной терапии у лиц с метаболическим синдромом путем проведения метода суточного мониторинга артериального давления (СМАД).

Материал и методы. Под наблюдением находились 42 больных (24 женщины и 18 мужчины) с АГ и признаками метаболического синдрома, получающих гипотензивную терапию. Средний возраст составил 56,3±7,2 лет. Учитывали следующие клинические признаки: индекс массы тела (ИМТ), наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по данным ЭКГ. У всех пациентов при 2-х последовательных визитах в течение 2-3 недель были зарегистрированы нормальные показатели АД (<140/90 мм рт. ст.) и выполнено суточное мониторирование АД тонометром в амбулаторных условиях.

Результаты. Установлено что из 42 больных нормальные показатели АД по данным СМАД наблюдались у пациентов 28 (68%) – контролируемая АГ (кАГ). У 14 чел. (32%) выявлена скрытая неконтролируемая АГ (снАГ): средние показатели АД днем $\geq 135/85$ мм рт. ст. и/или в ночное время $\geq 120/70$ мм рт. ст. В группе пациентов со снАГ по сравнению с кАГ было больше мужчин (53% и 43%), выявлялись более высокие показатели возраста (59,1±7,8 и 54,3±6,2 лет), ИМТ (31,8±4,8 и 29,4±4,2 кг/м²) и в 1,9 раза чаще отмечалась ГЛЖ (76% и 40% соответственно). СнАГ чаще выявлялась у пациентов старше 55 лет по сравнению с более пациентами больными (39% и 25% соответственно) и у больных с ИМТ ≥ 30 кг/м² по сравнению с пациентами с меньшим ИМТ (48% и 21%). При анализе суточной динамики АД у 17 чел. (40%) зарегистрировано адекватное снижение АД в ночное время, у 9 чел. (22%) отмечалось избыточное снижение и у 16 чел. (38%) снижение АД в ночное время было недостаточным или отмечалось повышение АД. Частота выявления недостаточного ночного снижения АД увеличивалась с возрастом, составляя у больных старше 55 лет – 54%, а у больных ≤ 55 лет – 21%, а также при увеличении ИМТ: 52% – при ИМТ ≥ 30 кг/м² и 28% – при ИМТ < 30 кг/м².

Выводы. Таким образом, методом суточного мониторинга АД выявлена недостаточная эффективность гипотензивной терапии у трети больных с метаболическим синдромом, имеющих нормальные офисные показатели АД. СНАГ и недостаточное снижение ночного АД чаще выявлялись среди больных старше 55 лет с наличием ожирения и гипертрофии миокарда.

ВЫЯВЛЕНИЕ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные сахарному диабету (СД), данная патология остается одной из глобальных проблем медицины. Исследования показывают, что у больных сахарным диабетом развития возникновения анемии выше, чем в общей популяции, не страдающей сахарным диабетом.

Цель работы. Изучение изменений гемоглобина в анализе крови у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов находивших на учете с СД 2 типа с целью оценки проведенных исследований общего анализа крови у этих пациентов. Ретроспективно было изучено 35 карт пациентов с СД 2 типа.

Результаты. Установлено, что из 35 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, сниженный уровень гемоглобина был выявлен у 31 пациентов, т. е. у 88,5% от числа обследованных. Среди женщин в нашей исследуемой выборке анемия встречалась статистически значимо чаще, чем среди мужчин. У женщин уровень гемоглобина снижен в 67,7% случаев, у мужчин – в 33,3%. В анализах крови уровень гемоглобина 100 г/л был выявлен у 10 женщин, гемоглобин 90 г/л у 7 женщин, и гемоглобин 80 г/л у 4 женщин. В анализах крови среди мужчин гемоглобин 120/л был зарегистрирован у 7 пациентов и гемоглобин 100 г/л у 3 пациентов. При изучении характера анемии, оказалось, что анемия у больных СД 2 типа была легкой степени тяжести у 85% пациентов, у 15% анемия средней степени тяжести, у 75% анемия была нормохромная, у 11,5% гипохромная, у 2% гиперхромная. По результатам ретроспективного анализа амбулаторных карт больных СД 2 типа в 40% карт (в 14 из 35 просмотренных), имелась отметка об исследовании уровня гемоглобина в течение последних 3-х лет. Ретро-

спективный анализ амбулаторных карт показал, что в лечение больных СД 2 типа со сниженным уровнем гемоглобина не уделяется достаточного внимания. Из 31 пациентов с СД 2 типа со сниженным гемоглобином, только 25% пациентам было назначено лечение анемического синдрома.

Выводы. Таким образом, нами было выявлено, что у пациентов с СД 2 типа имеется частое сочетание анемии, возможные причины, приводящие к анемическому синдрому у больных СД, изучены недостаточно. Учитывая распространенность пониженного гемоглобина у пациентов с СД 2 типа, рекомендуется проведение дифференциального диагноза анемического синдрома с целью назначения этиологического лечения.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ВРАЧЕЙ

Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Выявление избыточной массы тела и ожирения у врачей.

Материал и методы. Работа была проведена среди врачей общей практики, находивших на обучение на нашей кафедре. Обследование прошли 37 врачей, 24 из них женщины и 13 мужчин. Проводилось измерение массы тела обследуемых врачей, массу тела измеряли на медицинских весах. Рост исследуемых врачей измерялся при помощи ростомера. Объем талии и объем бедер у врачей измеряли, используя сантиметровые ленты. Проводили расчет индекса массы тела (ИМТ), отражающий соотношение между весом и ростом и определяли тип ожирения. Проводилось анкетирование.

Результаты и обсуждение. В результате обследования выявлено, что обследование прошли врачи в возрасте от 37-58 лет. Было обследовано 13 мужчин, из них 6 мужчин имели нормальный вес, 4 – избыточный вес, и у 3 выявлено ожирение I степени. У мужчин с I степенью ожирения соотношение объема талии к объему бедер составил более 1. Объем талии у мужчин в среднем колебался от 90 до 100 см. Из 24 женщин, 8 имели нормальный вес, 9 избыточный вес, у 5 выявлено ожирение I степени. Средний возраст женщин с избыточным весом и ожирением и составил 40-56 лет. Объем талии у женщин в среднем колебался от 88 до 90 см. У женщин с I степенью ожирения соотношение объема талии к объему бедер составил 0,84-0,85. Если у мужчин имело место рас-

пространенность избыточного веса в возрасте старше 50 лет, то у женщин избыточный вес отмечался в возрасте 40-58 лет. В процессе работы мы выявили, что 9 (35%) врачей имели избыточный вес, и 7 (19%) врачей ожирение I степени. Встречаемость избыточного веса и ожирения у женщин больше чем у мужчин.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало высокую распространенность избыточного веса среди врачей. Полученные данные могут служить предпосылкой в планировании и реализации программ, направленных на снижение веса.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОНМК

Кемстач В.В.¹, Коростовцева Л.С.²,
Головкова-Кучерявая М.С.²

¹Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена,

²Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение взаимосвязи качества дыхания во сне и эффективности реабилитации когнитивного функционирования у пациентов после инсульта.

Методики нейропсихологического исследования. Диагностика афазий: Бернский тест на название слов (B-WFT); синдром игнорирования: тест на вычеркивание; внимание: тест психомоторной бдительности (PVT); исполнительные функции: тест следования по маршруту (Trail Making Test) – для измерения внимания, динамического фактора психической деятельности и гибкости мышления; тест Струпа – для оценки контроля торможения и интерференции; кратковременная вербальная и зрительная память: повторение цифр в прямом и обратном порядке (Digit Span), блоковый тест Корзи (визуально-пространственный тест); долговременная вербальная и зрительная память: тест Хопкинса на вербальное научение (Hopkins Verbal Learning Test), краткий тест на зрительно-пространственную память (BVMT-R).

Дизайн исследования: Комплексное клиническое исследование пациентов в остром и раннем восстановительном (90-й +/- 7 день) периодах ОНМК. Срок включения в исследование: 04.2018-09.2019, планируемое количество пациентов: 80 чел.

На данный момент проведен первый этап обследования 25 пациентов после ОНМК ишемическо-

го типа, включающий в себя оценку неврологического статуса по шкалам NIHSS (при поступлении и выписке) и Fugl-Meyer (4-7-й день), нейропсихологическое исследование по описанным выше методикам (4-7-й день), а также кардиореспираторный мониторинг (в период 24 ч. после поступления), включающий в себя оценку следующих показателей: индекса апноэ-гиппноэ (ИАГ, число эпизодов апноэ/гиппноэ в час сна), индекс десатураций (ИД, число эпизодов снижения насыщения крови кислородом в час сна), средний и минимальный уровни насыщения крови кислородом SpO₂, суммарная длительность гипоксемии менее 90% – продолжительность времени, в течение которого SpO₂ было менее 90%.

В дальнейшем планируется анализ динамики восстановления пациентов на материале повторного обследования через 3 месяца после ОНМК, на данном же этапе мы хотели бы представить предварительные результаты, полученные в остром периоде инсульта, во время нахождения пациента в стационаре. Была выявлена взаимосвязь между снижением результатов выполнения тестов: Trail Making Test A и Trail Making Test B (время обработки в секундах) с более низким уровнем насыщения крови кислородом ($p=0,04$), теста Струпа (время обработки в секундах) с более низким уровнем насыщения крови кислородом и более высоким ИАГ ($p=0,03$), теста на кратковременную память (объем цифровой памяти) с более низким уровнем насыщения крови кислородом ($p=0,003$), а также теста психомоторной бдительности (среднее время реакции) с с более низким уровнем насыщения крови кислородом ($p=0,007$).

Таким образом, в исследовании в данной группе выявлена связь между выраженностью СОАС и когнитивными расстройствами преимущественно лобно-подкоркового типа.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Кенжаев М.Л., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.

Республиканский научный центр
Экстренной Медицинской Помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Проведение догоспитального тромболитического является на сегодняшний день методом выбора в условиях развитых странах, который должен дополняться системным или спасательным перкутанным коронарным вмешательством.

Цель. Оценить эффективность тромболитической терапии при остром коронарном синдромом с подъемом сегмента ST догоспитальном этапе.

Материалы и методы. В исследование было включено 32 больным с клиническим установленным диагнозом «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST». Всем больным было проведено тромболитическая терапия с стрептокиназой. Соответственно, средний возраст пациентов был – 53,8±1,1 год и 51,0±1,2 года, все больные были разделены на 3 группы. В 1 группу включало 8 больных после 3 часа, а у 2 группы – 11 больных после 3-6 часов, и у 3 группы – больных 13 после 6-12 часов клинические проявления проводилось ТЛТ догоспитальном этапе в машине СМП. Всем больным проводилось ЭКГ до тромболитизиса и после тромболитизиса.

Результаты. При оказании медицинской помощи больным с ОКСпST, которым была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), у первой группы ангинозные боли, одышка, чувства нехватка воздуха, на ЭКГ снижение STсегмента до 60% уменьшился на 68,9% (n=5). А у второй группы клиническое проявление купировалось у 54,5% (n=6) и снижение ST сегмента до 40% у 7 больных наблюдалось. И у следующей группы больных клиническое проявление данного заболевания уменьшилось у 8 больных, а у 38,4% (n=5) отмечалось купированного ангинозных болей, одышку, чувства нехватка воздуха.

Заключение. Среди больных с ОКСпST, которым проведено ТЛТ, который важен интервал времени, у первой группы рубцевания наблюдалось только в двух отведениях, а у второй группы в четырех а, в у третьей группы зона некроза более увеличился. ТЛТ время играет важнейшую роль. Проведение ТЛТ догоспитальном этапе уменьшает зоны некроза.

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ МАТЕРИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ЗАДЕРЖКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Кислюк Г.И.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Курение в современном мире является одной из наиболее распространенных вредных привычек. В 2016 г. количество курящих в России достигло 36,4 млн, из них женщины составили 21,7%, причем более 40% из них находятся в фертильном возрасте. Число курящих во время беременности женщин варьирует от 48 до 55%.

Общеизвестна роль табакокурения в формировании патологического течения беременности (выкидыши, гестозы, недонашивание, предлежание и отслойка плаценты, кровотечение в родах); нару-

шении роста и развития плода (задержка внутриутробного развития, врожденные аномалии развития, интранатальная асфиксия). Отмечена прямая зависимость курения во время беременности с частотой перинатальной заболеваемости и смертности, с развитием у ребенка синдрома внезапной смерти.

Табакокурение играет отрицательную роль в развитии нарушений адаптации новорожденных к внеутробной жизни, в формировании легочной патологии (ОРВИ, бронхиты), патологии центральной нервной системы, приводит к задержке психомоторного и физического развития у детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучение состояния здоровья, особенности течения периода ранней адаптации у детей от курящих матерей.

Материалы и методы. Проведена оценка физического развития (Дементьева Г.М., 1985 г.) и исследование психомоторного статуса (Журба Л.Т., 1981 г.) у 101 ребенка. Основную группу составили 53 ребенка от матерей с табакокурением, контрольную группу – 48 детей от некурящих матерей. Для оценки тяжести абстинентного синдрома использована шкала L.P. Finnegan (1992 г.). Для статистической обработки показателей использован пакет программ Biostat.

Результаты собственных исследований. Средние антропометрические показатели в основной группе были достоверно ниже, чем в контроле (p<0,05).

У 37 (69,7%) новорожденных основной группы выявлен абстинентный синдром (АС): беспокойство – у 100%; хаотичные движения и тремор конечностей – у 93,9%; оживление оральной группы рефлексов врожденного автоматизма – у 83%; спонтанный рефлекс Моро – у 77,5%, нарушение сна – у 57,6%, вздрагивания – у 44%, горизонтальный или вертикальный нистагм – у 30% детей, болевой синдром («пронзительный» крик, непрерывный плач, напряженное выражение лица) – у 30,3% новорожденных.

Выводы. Табакокурение во время беременности существенно нарушает течение перинатального периода у детей:

- у них достоверно чаще обнаруживаются стигмы дизэмбриогенеза (низкое расположение, деформация ушной раковины, готическое небо, длинная глазная щель);

- чаще (54,6%) регистрируется задержка внутриутробного развития по диспластическому типу и абстинентный синдром (69,2%): легкой (56,6%) и средней степени тяжести – у 5,6% детей.

Манифестация синдрома отмены в первые сутки жизни зарегистрирована у 32 (86,4%), на 2-3 сутки жизни – у 5 (13,6%) новорожденных в виде синдрома гипервозбудимости и вегетативных нарушений.

БИЛИАРНАЯ АТРЕЗИЯ У ДЕТЕЙ

Кислюк Г.И.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Атрезия желчевыводящих путей (билиарная атрезия) – редкая врожденная патология, характеризующаяся отсутствием или нарушением проходимости внутрипеченочных и/или внепеченочных желчевыводящих протоков. По статистике билиарная атрезия встречается с частотой 1 на 15 000–30 000 новорожденных. Прогноз заболевания зависит от формы атрезии, ранней диагностики и безотлагательного лечения. В последние годы достигнут прогресс в лечении билиарной атрезии, благодаря ранней диагностике, раннему, в первые месяцы жизни, оперативному лечению – гепатохоластиоэнтеростомии по Касаи (1 этап) с последующей, при необходимости, трансплантацией печени (2 этап). В виду редкости патологии каждый клинический случай билиарной атрезии представляет интерес.

Цель исследования. Оценить исходы и особенности течения врожденной атрезии желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Проведен анализ 3 случаев врожденной билиарной атрезии у детей первых месяцев жизни. У двух детей была зарегистрирована некурабельная форма заболевания (тотальная внутри- и внепеченочная атрезия желчевыводящих путей). Оба ребенка погибли в возрасте до 6 мес.

Мальчик К, 9 мес., ребенок от 1 беременности, 1 родов у больной матери с аутоиммунным тиреоидитом, субклиническим гипотиреозом, бронхиальной астмой. Роды в срок. Вес при рождении 3930 г, рост 55 см. Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения удовлетворительное. Проявления умеренно выраженной желтухи появились на 2–3 сутки, в динамике желтуха носила волнообразный характер. Ухудшение состояния отмечено к концу первой недели жизни за счет интоксикации, желтушного синдрома, гепатомегалии (правая доля печени – 62 мм, левая доля – 30 мм). В биохимическом анализе крови на 10 сутки жизни выявлена гипербилирубинемия (общий 81,6 мкмоль/л, непрямой V_i – 40,6 мкмоль/л, прямой V_i – 41 мкмоль/л), АЛТ 44 ед/л, АСТ 54 ед/л, в лечение подключена желчегонная терапия (урсофальк).

В возрасте 1 месяц состояние мальчика резко ухудшилось: повышение температуры до фебрильных цифр, отказ от еды, многократная рвота, выраженная желтушность кожных покровов с зеленоватым оттенком, ахоличный стул. Ребенок по тяжести состояния был госпитализирован с диагнозом «Неонатальный гепатит. Атрезия желчевыводящих пу-

тей?». В анализах крови непрямая гипербилирубинемия (прямой V_i – 281,8 мкмоль/л, непрямой V_i – 10,3 мкмоль/л), признаки цитолиза (АЛТ283 ед/л, АСТ 161 ед/л); ультразвуковые признаки гепатомегалии (правая доля – 68 мм, левая доля – 44 мм, в динамике – до 81 мм и 51 мм соответственно) и спленомегалии (56x30 мм, в динамике – 66x30 мм). При проведении пункционной биопсии печени в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, куда был направлен ребенок для углубленного обследования, была обнаружена атрезия общего желчного протока, выраженное холестатическое поражение печени с явлениями фиброза (по Десмет 2 балла). В возрасте 4 месяца ребенку была проведена лапаротомия, портоэнтероанастомоз по Касаи, где был обнаружен рудиментарный желчный проток размером 1,5x0,5 см, с фиброзными изменениями в воротах печени. В послеоперационном периоде и в катмнезе (возраст 9 мес) состояние ребенка стабильное, самочувствие не страдает. Проведенное в динамике лабораторное и инструментальное обследование показало отсутствие патологии.

Таким образом, прогноз билиарной атрезии напрямую связан с уровнем и степенью обструкции желчевыводящих путей. Своевременная диагностика и ранняя оперативная коррекция с восстановлением проходимости желчевыводящих путей значительно улучшили прогноз у данного ребенка, хотя остается высокий риск развития холецистита, холангита и дискинезии желчевыводящих путей, что требует проведения лечебных и профилактических мероприятий, включая диетотерапию, пролонгированный прием антимикробных, желчегонных препаратов и др.

РОЛЬ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ

Кислюк Г.И.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Одной из важных задач первичной медицинской помощи является выявление факторов риска, проведение профилактических мероприятий и лечение заболеваний на ранних этапах развития. Снижение слуха у детей является актуальной проблемой, так как в последние годы отмечается прогрессирующий рост количества детей с тугоухостью и глухотой. Сурдологическое обследование является обязательным при оформлении ребенка в ДДУ и школу, при проведении ежегодных профилактических осмо-

тров, при направлении больных детей с патологией зрения, задержкой психо-речевого развития в специализированные образовательные учреждения. Сурдологический осмотр проводится детям с хроническим отитом, и, по показаниям, больным неврологического и соматического профиля.

Цель работы. Анализ факторов риска, частоты тугоухости у детей и оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с нарушениями слуха.

Материалы и методы. Проанализированы данные 5188 амбулаторных карт детей, прошедших обследование в сурдологическом центре г. Курск

Результаты исследования. Частота нарушений слуха в детской популяции Курского региона составляет 0,9-1,2%, вне зависимости от возраста. Однако, показатели тугоухости у школьников носят тенденцию к увеличению, а у дошкольников – к снижению.

Проведенный сравнительный анализ заболеваемости показал, что наибольшее количество обратившихся детей проживают в г. Железногорске – 19% и Курчатове – 16%, где расположены металлургический комбинат и атомная электростанция. В последние годы отмечается увеличение количества детей, у которых тугоухость сочетается с врожденными аномалиями ушных раковин, атрезией слуховых ходов, врожденными свищами и дефектами костного скелета. Подавляющее количество детей, состоящих на учете у сурдолога (60%), имеют тугоухость 3-4 степени или глухоту.

Односторонний процесс наблюдается у 28,5% больных с тугоухостью, двусторонний процесс – у 72,5%. Среди детей с глухотой одностороннее поражение выявлено у 13,3%, у остальных 87,7% обнаружен двусторонний процесс.

Одностороннее поражение слуха чаще является следствием перенесенной инфекции (грипп, эпидемический паротит), хронического отита (эпидемического мезотимпанит), баро- или акустической травмы уха, оперативного вмешательства на ухе и проч. Причины двустороннего поражения органов слуха (тугоухость и глухота) более разнообразны: врожденная – 17,6%, наследственная патология – 5,3%; органическое поражение ЦНС – 32,0%; ятрогения (прием ототоксических медикаментов) – 3,2%; инфекционный фактор – 10,3%; травмы – 0,2%.

Комплексное лечение тугоухости включает устранение причин тугоухости (удаление серных пробок, лечение хронической ЛОР патологии); медикаментозную терапию (сосудистые, рассасывающие средства, витаминотерапия); местное лечение (анемизация слизистой, пневмомассаж барабанных перепонок, продувание слуховых труб); физиотерапевтические процедуры (электрофорез, фонофорез, биоптрон). Результатом реабилитационных мероприятий является улучшение состояния – у 22-27%

больных, выздоровление – у 4,4-6,3% (дети с кондуктивной и смешанной формами тугоухости), состояние без перемен – у 66,7-70,1% (больные с нейросенсорной тугоухостью и врожденной патологией).

Выводы. Частота тугоухости в детской популяции в Курске составляет 0,9-1,2% вне зависимости от возраста. Нарушение слуха чаще регистрируется экологически неблагоприятных регионах, сочетается с врожденными аномалиями развития уха и скелета у детей. Односторонняя тугоухость чаще связана с инфекцией, баро/акустической травмой, чаще имеет благоприятный прогноз. Двустороннее поражение слуха чаще связано с врожденными аномалиями, органическим поражением нервной системы, ятрогенией и плохо поддается лечению.

ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА Д В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА Д

Ключева Е.Г., Голдобин В.В., Смирнова А.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Витамин Д являясь гормоном, обеспечивает классические эффекты: обмен кальция, фосфора, синтез паратгормона, дифференцировку и функцию остеобластов и остеокластов и неклассические: гипотензивный, липолитический, нормогликемический анаболический анальгетический, противовоспалительный иммуно-, ангиорегулирующий, антиапоптозный, что и определяет его участие во многих биологических процессах: в метаболизме функций мышечной, костной тканей, эндокринной, центральной нервной систем, иммунных процессах.

Цель исследования. Изучение частоты дефицитарных состояний, обусловленных недостаточностью витамина Д у пациентов в амбулаторной практике и возможность их коррекции с использованием холекальциферола.

Материалы и методы. Обследовано 200 пациентов в возрасте 35-80 лет, 159 (79,5%) женщин, 41 (20,5%) мужчин, обратившихся к неврологу на амбулаторном приеме. Всем пациентам наряду с общесоматическим, неврологическим осмотром, в крови определялись: концентрация 25-ОН (гидрокси) витамина Д, с целью дифференциальной диагностики – уровень витамина В12, ионизированный кальций, магний, фосфор, а так же клинический, биохимические анализы. Проводилась оценка статусу-

са витамина Д в организме: <10нг/мл выраженный дефицит; < 20нг/мл – дефицит; 20-30 нг/мл – недостаточность; 30-75нг/мл – адекватный уровень.

Результаты и обсуждение. Все пациенты предъявляли жалобы на общую, мышечную слабость, пониженное настроение, снижение аппетита, бессонницу, диффузный болевой синдром (92,3%), в том числе, головную боль тупого характера, ухудшение зрения (5,5%), пациенты с выраженным дефицитом витамина Д отмечали ощущение жжения языка и слизистой рта (5,0%), диффузную потливость во время сна (15,0%), снижение массы тела (18,5%).

Снижение уровня витамина Д было выявлено у следующих пациентов: пожилые люди с ограниченным пребыванием на солнце (по состоянию здоровья, со сниженной физической активностью) – 54 (27,0%), в эту группу вошли пациенты с болезнью Паркинсона, цереброваскулярной, Альцгеймера и другими нейродегенеративными заболеваниями. Пациенты с онкологическими заболеваниями и, получавшие повторные курсы химиотерапии по поводу онкологических заболеваний – 43 (21,5%), с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, в том числе, остеопороз – 32 (16,0%), с дисплазией соединительной ткани – 18 (9,0%), с тревожно-депрессивным синдромом – 23 (11,5%), с аутоиммунным тиреоидитом 9 (4,5%), с вторичным гиперпаратиреозом – 4 (2,0%), синдромом мальабсорбции – 5 (2,5%), пациенты после резекции желудка (7-12 лет) – 5 (2,5%), с метаболическим синдромом – 3 (1,5%), рассеянным склерозом – 2 (1%) и длительно (более 20 лет) принимавшие противосудорожные препараты – 2 (1,0%).

В неврологическом статусе обращало внимание у всех пациентов наличие чувствительных расстройств по типу сенсорной дистальной полиневропатии с нарушением болевой чувствительности в виде гипестезии на стопах «короткие носки», руках «короткие перчатки» и сохранении вибрационной чувствительности. У пациентов с вторичным гиперпаратиреозом, обусловленного дефицитом витамина Д, отмечалась повышенная мышечная возбудимость, что сопровождалось гиперкальциемией и гипофосфореимией.

Определение концентрации в сыворотке крови 25-ОН витамина Д выявило: у 19 пациентов выраженный дефицит (<10 нг/мл); у 116 – дефицит (<20 нг/мл); у 62 – недостаточность (>20<30 нг/мл), только у 3-х – норма (30,35,38 нг/мл). Полученные результаты определили необходимость назначения терапии холекальциферолом (Ультра Д, жевательные таблетки) с указанием рекомендуемой суточной дозы витамина Д₃. Дозы холекальциферола назначались индивидуально в соотношении с показателями уровня витамина 25(ОН)Д в крови: при дефиците – прием лечебных доз, при недостаточной концентрации (<30) – прием

высоких доз. В динамике контроль концентрации 25(ОН)Д в крови производили через 2 месяца приема холекальциферола, причем у большинства – 166 (83,0%) отмечалось повышение уровня витамина Д до уровня значений – 30-45 нг/мл. Коррекция дефицита витамина Д до целевых значений (≥ 30 нг/мл) сопровождалась улучшением субъективного состояния пациентов и уменьшением чувствительных расстройств в дистальных отделах конечностей.

Таким образом, при амбулаторном обращении пациентов, выявление указанных причин, сопровождаемых неспецифическими жалобами, с минимальными признаками сенсорных нарушений в дистальных отделах конечностей, должны обращать внимание клиницистов на необходимость исключения дефицитарного состояния, обусловленного недостаточностью витамина Д. Коррекция выявленного дефицита витамина Д с использованием холекальциферола, обеспечивала позитивный субъективный и объективный эффекты.

НАРУЖНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ВПЧ)

Ключарева С.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Кондиломы «condylomata acuminata» – это доброкачественные аногенитальные бородавки, вызываемые вирусом папилломы человека (ВПЧ), более чем в 90% случаев генотипов 6 и 11. Пациенты с видимыми бородавками могут быть также инфицированы высоко онкогенными вирусами папилломы человека типов 16 и 18, которые чаще всего вызывают субклинические поражения, связанные с интраэпителиальной неоплазией и аногенитальным раком. Несмотря на множество вариантов консервативного и инвазивного лечения ПВИ и ВПЧ-индуцированного папилломатоза, эффективность большинства существующих методик недостаточна высока. Частота рецидивов заболевания у пациентов, прошедших курс лечения, остается высокой, достигая величины в 20-50% и более. В настоящее время для лечения ОК стал применяться наружно препарат 5% крем имихимод (Кераворт), единственный наружный препарат влияющий на репродукцию ВПЧ, воздействуя на клетки иммунной системы.

Цель. Сравнительная оценка клинической эффективности применения препарата 5% крема

имихимод, для наружной монотерапии ОК и после эпителизации удаленных ОК аппаратным методом (CO₂, на парах меди лазеры).

Материалы и методы. Объектом исследования явились 71 пациент с диагнозом «первичная либо рецидивная ПВИ», м-42, ж-29, с давностью заболевания от 10 до 24 месяцев и клиническими проявлениями болезни в виде единичных, множественных, изолированных и сливных экзофитных ПВЧ-индуцированных новообразований, от 2 до 10 мм, при этом 26,5% больных отмечали в анамнезе прохождение курса лечения по поводу ОК не менее чем за 1 год до обращения, в том числе и лазерными технологиями. В первой группе – 39 пациентам наружно на патологические очаги назначался 5% крем имихимод, наносили на все наружные бородавки на ночь 3 раза в неделю в течение 12 недель или до исчезновения всех подвергавшихся лечению бородавок. Во второй группе – 32 пациентам применялась лазерная деструкция ОК, эпителизация происходила в течении 5-7 дней, после чего наружно назначался 5% крем имихимод по той же схеме но в течении 8 недель.

Основные параметры оценки: Количество пациентов, отметивших исчезновение всех бородавок, имевшихся на момент начала исследования, а также уровень рецидивирования бородавок. Кроме того, оценивали уменьшение площади поражения бородавками, время до полного исчезновения бородавок, а также частоту и выраженность побочных реакций

Результаты. Пациенты в первой группе – 18 (50%) отметили исчезновение всех исходных бородавок, на которые наносился крем в течение первых 4 недель лечения, у остальных ОК прошли к 8 недели, но терапия была продолжена до полного выздоровления – 12 недель. Наблюдение за пациентами обеих групп продолжилось до 4 мес.

Из всех пациентов рецидив отметили 2 (5%) в первой группе и 1 (3%) пациент во второй группе. Наиболее частой побочной реакцией после применения 5% крема имихимод была местная эритема, но у большинства пациентов в каждой группе не отмечено местных воспалительных реакций или их выраженность была незначительной.

Выводы. 5% крем имихимод (Кераворт), является эффективным и безопасным средством для самостоятельной терапии наружных аногенитальных бородавок при использовании 3 раза в неделю на ночь, длительностью курса до 12 недель. Отмечена низкая частота рецидивов.

Таким образом, 5% крем имихимод (Кераворт), эффективен при применении как мужчин, так и у женщин. Препарат выбора как в качестве монотерапии, так и в сочетании в другими методами абляции (удаления).

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ДНЯ «ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМЫ»

Ключарева С.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Явилась разработка алгоритма диагностики с новообразованиями кожи.

Объектом наших исследований были 130 пациентов с различными новообразованиями кожи, приносящими эстетические проблемы и требующими дифференциальной диагностики с меланомой кожи.

Методы исследования. Проведение всем пациентам дерматоскопии.

Результаты. Пациенты, обратившиеся за косметологической помощью в лазерный центр СЗГМУ им. И.И. Мечникова участвовали в международном дне «Диагностика меланомы». Исследования проводились в течение 3 лет. Все обратившиеся предъявляли жалобы на наличие неэстетических пигментных образований. Был создан алгоритм ведения пациентов с пигментными новообразованиями. Первый этап – дерматоскопическая диагностика. Второй – лазерная эксцизия новообразования с гистологическим исследованием.

При проведении дерматоскопии применялось правило ABCD, которое с течением времени хорошо зарекомендовало себя при оценке меланокитарных дерматозов. Оно основывается на определении четырех полуколичественных критериев: асимметрии, установлении границ, цвете и структурных различиях.

Благодаря расчетной формуле, можно подсчитать общий дерматологический индекс. Результат между 1 и 4,75 означает чаще всего наличие доброкачественного меланокитарного поражения кожи. Однако существуют некоторые доброкачественные меланокитарные образования, общий ДИ который может быть выше 5,45. Меланокитарные пигментные образования, общий ДИ которых варьируется от 4,75 до 5,45 должны рассматриваться как подозрительные. Помимо правила ABCD в настоящее время используется АЛГОРИТМ ХАОС. Необходимо отметить, что это клинические признаки, они так же могут быть достоверны для диагностики меланомы кожи. Присутствует ли ХАОС, определяется наличием Асимметрии Структуры либо Цвета (8 признаков). 8 признаков злокачественности: расположенные периферически бесструктурные области (любого цвета), толстые ретикулярные или развет-

вленные линии, серые или синие структуры, черные точки – расположенные периферически, радиальные линии или псевдоподии, белые линии, полиморфические сосуды, параллельные линии, гребешки. Следует определить, встречается ли один из восьми признаков злокачественности. Если ответ «ДА», следует удалить новообразование и взять биопсию. Если встречены однозначные признаки доброкачественного беспигментного кожного новообразования (себорейной бородавки, ангиомы, дерматофибромы) – новообразование можно оставить.

В результате полученных данных – при 6 дерматоскопических диагнозах подозрения на меланому, лишь в 4 случаях по данным гистологического исследования, произведенным в НИИ онкологии им. Петрова, была диагностирована меланома кожи. В остальных 2-х случаях диагноз был поставлен, как диспластический невус. Учитывая маленькую выборку, совпадение диагнозов составило лишь 66,7%.

Выводы. Очевидно, что дерматоскопическое правило ABCD не позволяет идентифицировать все типы меланомы. При ахромических и узелковых меланомах возможно встретить общие показатели ниже 5,45. До сегодняшнего дня мы смогли зафиксировать результаты ниже 4,75 только в случае ахромических злокачественных меланом. Вот почему, согласно нашим исследованиям общий ДИ кажется нам не всегда информативным и трудоемким. Поэтому применение АЛГОРИТМ ХАОС и 8 признаков злокачественности является более простой методикой и в тоже время информативной.

ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ КОЖА ЛИЦА И АКНЕ – ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИХ АСД

Ключарева С.В., Хаббус А.Г., Егорова В.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Изучение терапевтической эффективности комплекса препаратов «Айсида» при лечении 104 пациентов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились пациенты с акне (I, II степени) – 28 больных, с постакне – 20, с чувствительной кожей (сенситивный дерматоз) – 29, с контактным дерматитом после проведения пилингов, лазерных шлифовок лица – 27. Группа контроля 20 человек, сопоставимая по возрасту и полу, использовали традиционные наружные препараты. Критерии эффективности терапии:

1. Влияние используемых средств терапии на выраженность основных клинических признаков патологического процесса (критерий 1).

2. Терапевтический эффект (ГОТЭ) (вариант адаптации, применительно к условиям данного исследования) (критерий 2).

3. Частота возникновения побочных эффектов терапии (критерий 3). 4. Качество жизни пациентов в группах сравнения (ДИКЖ) (критерий 4).

Всем пациентам был наружно назначен препарат «Айсида». Действующее вещество средства лечебной косметики «Айсида» – компонент АСД (антисептик стимулятор Дорогова), заключенный в липосомальную форму, обеспечивающую целенаправленный транспорт действующего вещества в глубокие слои кожи, обладающий антиаллергическим, увлажняющим, противовоспалительным, антиоксидантным эффектами.

В результате использования крема-геля «Айсида» у 28 пациентов с акне (I, II степени), которые получали бальзам для проблемной кожи лица в течение 2 недель было отмечено значительное улучшение, все воспалительные элементы осели, гиперемия уменьшилась. У пациентов 2-й группы с постакне применялся в зависимости от типа кожи крем-гель для сухой и чувствительной кожи и крем-гель для жирной и комбинированной кожи лица «Айсида» с следующими положительными эффектами воздействия: удаление излишек кожного сала, уменьшение воспаления, застойного цвета элементов, сравнение текстуры кожи, сокращение пор, улучшение цвета лица благодаря локальному интенсивному питанию кожи и выравнивание атрофических рубцов при постакне. В третьей группе с чувствительной кожей пациентам была назначена косметика «Айсида» с целью подготовки перед косметическими процедурами (мезотерапия, массаж лица, пилинги). У всех пролеченных больных в течение 1 недели было отмечено исчезновение зуда, проявлений местной воспалительной репарации, снижение гиперемии, восстановление тургора кожных покровов, исчезновение шелушения. В четвертой группе пациентов, уже после проведения лазерных шлифовок лица, пилингов были назначено молочко «Айсида» и крем-гель для век. Препарат наносился сразу после процедуры тонким слоем и затем 2 раза в день в течение 1 недели. Было отмечено сокращение сроков эпителизации, гиперемии после процедуры и значительное выравнивание кожи лица. Эти эффекты не наблюдались в группе контроля.

Выводы. Полученный результат свидетельствует о действительном наличии у данной лекарственной формы препарата крем-гель «Айсида» свойств: омоложение кожи за счет восстановления водно-жирового барьера и поддержания гидролипидного баланса кожи.

Кроме того, препарат подтвердил наличие высоких потребительских свойств: ни одного из пациентов не было зафиксировано нежелательных побочных эффектов терапии, признаков индивидуальной непереносимости. Все выше изложенное является достаточным основанием к положительному заключению об эффективности, безопасности и переносимости препарата крем-геля «Айсид» при использовании его в качестве средства наружной терапии у пациентов с акне (I, II степени), с постакне, с чувствительной кожей, с контактным дерматитом после проведения пилингов, лазерных шлифовок лица. Отмеченная, по результатам проведенных исследований, высокая степень патогенетической обоснованности применения, а так же положительная оценка потребительских свойств.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Козлова А.В., Чудиновских Ю.С., Филимонова О.Г.
Кировский государственный
медицинский университет,
г. Киров

Цель исследования. Оценка частоты сопутствующих заболеваний и их связь с основной патологией у пациентов, страдающих остеоартритом.

Материалы и методы исследования. При исследовании была набрана группа пациентов в количестве 30 человек из терапевтического отделения НУЗ Отделенческой клинической больницы на станции Киров ОАО «РЖД».

У каждого больного был проведен опрос при помощи анкеты, которая включает в себя 9 вопросов: 1. ФИО пациента; 2. пол; 3. возраст; 4. профессия (оценка физической активности); 5. наследственность по заболеваниям суставов; 6. имеются ли в анамнезе врожденные заболевания суставов, травмы, операции на суставах; 7. какие имеются хронические заболевания; 8. какие препараты вы принимаете на данный момент, постоянно; 9. рост, вес (ИМТ).

Затем осуществлялась обработка полученных данных при помощи программного пакета Microsoft Excel.

Исследуемые пациенты разделялись по возрастной и половой группам: мужчины: 7 человек, женщины: 23 человека. Средний возраст пациентов составил 61 год.

В результате было выделено 2 возрастные группы: 50-60 лет; 60 лет и выше. Количество пациентов в каждой группе составило по 15 человек.

Пациенты разделялись по виду сопутствующих заболеваний: заболевания ЖКТ (гастрит, язва,

холецистит), болезни сердечно-сосудистой системы (ИБС, аритмии), болезни дыхательной системы (гайморит, бронхит), варикозное расширение вен, сахарный диабет (СД).

Результаты и обсуждение. 1) Самой частой локализацией остеоартрита в 1 возрастной группе является остеоартрит коленных суставов, самой редкой локализацией – остеоартрит плечевых суставов. Самой частой локализацией остеоартрита во 2 возрастной группе является артрит коленных суставов, самой редкой локализацией – остеоартрит тазобедренных суставов. 2) Выявлено, что в обеих возрастных группах, физическая активность в течение жизни была чрезмерной. 3) Самыми частыми сопутствующими заболеваниями в 1 возрастной группе являются ожирение, гипертоническая болезнь (ГБ), СД, реже встречаются хронический холецистит, варикозная болезнь нижних конечностей, хронический отит. Самыми частыми сопутствующими заболеваниями во 2 возрастной группе являются ожирение, ГБ, хронический гастрит; реже встречаются хронический отит, ИБС.

Выводы. Таким образом, мы выявили, что самыми частыми сопутствующими заболеваниями среди исследуемых пациентов являются ожирение, ГБ, хронический гастрит, редко встречаются – хронический холецистит, варикозная болезнь нижних конечностей.

Наиболее частой локализацией остеоартрита среди исследуемых пациентов является остеоартрит коленных суставов, реже встречается остеоартрит плечевых суставов.

Также мы подтвердили, что ожирение и чрезмерная физическая активность являются факторами риска развития остеоартрита, так как все пациенты страдают ожирением, и у большинства из них образ жизни связан с чрезмерной физической активностью.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Козлова В.И., Скрынник Е.И., Руденко Э.В.
Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных заболеваний суставов. В последнее время значительно расширили возможности терапии, в частности, за счет патогенетического лечения. Однако существенно увеличение продолжительности и качества жизни у пациентов

не произошло. Существенный вклад в эту ситуацию вносит коморбидная патология у пациентов с РА.

Цель. Изучить структуру и частоту встречаемости коморбидных заболеваний у пациентов с РА.

Материалы и методы. В работу были включены 130 пациентов (83,8% – женщины) с установленным диагнозом РА, подписавшие информированное согласие (средний возраст – средний возраст $48,15 \pm 10,89$ лет). Отбор пациентов проводился по обращаемости в 2016–2018 г. в Минске в Республиканский центр остеопороза. Проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование всех пациентов, которое включало оценку активности РА и эффективности терапии с использованием индекса DAS28, биохимический анализ крови. На каждого пациента была заполнена индивидуальная карта, состоящая из антропометрических и клинических данные. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 10,0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Коморбидная патология была выявлены 89% у пациентов с РА, у 35% из них имело место сочетание нескольких сопутствующих патологий. Ведущую роль в структуре коморбидности занимает кардиоваскулярная патология (42%). Среди сердечно-сосудистой патологии первое место занимает артериальная гипертензия (АГ) у 83,3% пациентов. Частота встречаемости ишемической болезни сердца составила 16,6%. На втором месте по коморбидности у пациентов с РА стоит патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 38%. Наиболее часто регистрировался гастрит – 47,7% пациентов. На втором месте по частоте встречаемости среди патологий ЖКТ язвенная болезнь желудка – 22,7%. У каждого четвертого пациента была зарегистрирована патология со стороны эндокринной системы (29%): у 20,5% пациентов – сахарный диабет, у 23,8% – гипотиреоз, у 36,5% – узловой зоб, у 5,6% пациентов – аутоиммунный тиреоидит.

Выводы. 1. Сопутствующая патология выявлена у 89% пациентов с РА. У 2/3 пациентов имеет место несколько коморбидных заболеваний, что часто создает дополнительные трудности в подборе базисной противовоспалительной терапии (БПВТ). 2. В структуре коморбидных состояний у обследуемых пациентов на ведущем месте стоит кардиоваскулярная патология, прежде всего АГ. 3. На втором месте стоит патология ЖКТ, в частности гастрит и ЯБЖ, что также диктует свои особенности в назначении БПВТ, в том числе глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Колмакова Е.В., Исачкина А.Н.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Анемия является одним из частых осложнений пациентов с продвинутыми стадиями хронической болезни почек (ХБП), влияющих на качество жизни и общую выживаемость больных. Снижение продукции эритропоэтина – наиболее важная причина анемии у больных с хроническими заболеваниями почек.

Цель работы. Изучение эффективности и безопасности антианемической терапии у пациентов, получающих различные виды заместительной почечной терапии (ЗПТ): ПГ и ПАПД.

Материалы и методы. Исследование проводилось на отделении диализа №2 СЗГМУ им. И.И. Мечникова. В исследование включены 89 пациентов (43 мужчины и 46 женщин) на ПГ и 37 пациента (17 мужчин и 20 женщин) на ПАПД. В группе пациентов ПАПД средний возраст составил $48,4 \pm 8,4$ года (от 27 до 68 лет). В группе ПГ – $54,9 \pm 12,1$ (30–87 лет). Длительность ЗПТ на момент начала наблюдения составила у пациентов на ПАПД $30,1 \pm 6,2$ месяцев и $41,9 \pm 16,3$ мес. у пациентов ПГ. Время наблюдения с января 2016г. по январь 2019 г. Оценивалась частота и дозы назначения эритропоэтинов (ЭПО), необходимость в назначении препаратов железа. ЭПО назначались пациентам, имеющим уровень гемоглобина ниже 100 г/л, после исключения других причин анемии и при удовлетворительных показателях обмена железа. Контроль гематологических параметров и показатели эритроцитов проводился ежемесячно. Контроль показателей обмена железа (уровни ферритина, железа в сыворотке, трансферрин и насыщение трансферрином) проводился раз в 3 месяца.

Результаты. Анемия, потребовавшая назначения ЭПО отмечалась у 18 из 37 пациентов (46,6%) на ПАПД и у 47 из 89 пациентов (52,8%) на ПГ. Достигнутый уровень гемоглобина у пациентов на ПГ составил $108,90 \pm 10,42$ г/л у пациентов на ПАПД $109,00 \pm 13,00$ г/л. Пациентам на ПГ преимущественно назначались ЭПО короткого действия, которые вводились с частотой 1–3 раза в неделю внутривенно. Месячная доза препаратов составила $15421,1 \pm 12062,8$ Ед (8000–72000 Ед.). Дополнительное введение препаратов железа потребовалось 18 пациентам (38,29%) в этой группе. Корректиров-

ка дозы препарата требовалась с частотой раз в 6,8 месяца. За время наблюдения тромбоз артерио-венозной фистулы отмечался у 6 пациентов. Лишь в одном случае тромбоз отмечался на фоне уровня гемоглобина более 125 г/л, т.е. мог быть связан с применением ЭПО. На фоне применения препаратов ЭПО уровень артериального давления существенно не изменялся и ни разу не потребовал дополнительного назначения антигипертензивной терапии. Препараты ЭПО длительного действия применялись у 5 пациентов на ПГ. Коррекция дозировки препаратов пролонгированного действия потребовалась дважды за все время наблюдения. Побочных действий, связанных с приемом препарата не отмечалось.

У пациентов на ПАПД так же использовались препараты ЭПО короткого действия 13 пациентов и ЭПО длительного действия у 5 пациентов. В отличие от пациентов на ПГ все препараты вводились подкожно. Дополнительное введение препаратов железа потребовалось лишь 4 пациентам (22,22%) в этой группе. Корректировка дозы препарата требовалась с частотой раз в 9,3 месяца. В этой группе побочных действий, связанных с приемом препарата не отмечалось.

Выводы. Современные методы позволяют успешно корригировать анемию у пациентов как на ПГ, так и на ПАПД. У пациентов на ПАПД чаще используются препараты ЭПО пролонгированного действия, реже требуется корректировка дозы препарата и реже развиваются признаки дефицита железа, требующие дополнительного назначения препаратов железа.

ФЕНОМЕН REDUCED AMPLITUDE ZONE ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ КАК КРИТЕРИЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Колосова К.С., Григорьева Н.Ю.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Более половины случаев общей смертности населения в возрасте старше 60 лет – следствие ИБС. Существует немало пациентов с бессимптомной ишемией миокарда, чей просвет коронарных артерий в ряде случаев может быть сужен на 60-70%. Одним из признаков ишемии миокарда является изменение ST сегмента на ЭКГ. Этот критерий имеет

высокую специфичность и очень низкую чувствительность – не более 20%. В 1986 г. группа доктора Abboud при исследовании высокочастотной ЭКГ обнаружила провалы амплитуды ЭКГ-сигнала в области QRS комплекса – феномен RAZ (“reduced amplitude zone”). Его чувствительность для 12-ти стандартных отведений ЭКГ составляет 80%, что для неинвазивного метода диагностики является хорошим результатом.

Цель работы. Изучение возможностей феномена RAZ высокочастотной электрокардиограммы как дополнительного критерия ишемии миокарда у пациентов со стабильными формами ИБС с коморбидностью.

Материалы и методы. С помощью высокочастотного электрокардиографа, были записаны ЭКГ в 12-и стандартных отведениях у 45 пациентов в возрасте 40-74 лет с различной коморбидностью, которым в дальнейшем предстояла селективная коронарография (СКГ). Пациенты имели в сопутствующих заболеваниях гипертоническую болезнь III ст., 3 ст., риск 4 (40 пациентов), сахарный диабет 2 типа (3 пациента), ХОБЛ средней степени тяжести, вне обострения (4 пациента). По результатам СКГ у 12-ти пациентов были диагностированы гемодинамически значимые поражения одной и двух коронарных артерий, у 20 пациентов были обнаружены гемодинамически незначимые поражения коронарной артерии, у 13 пациентов поражения коронарных артерий отсутствовали.

Длительность записи ЭКГ в 12-и общепринятых отведениях составляла 5 минут, анализ высокочастотных компонентов QRS комплекса проходил в частотном диапазоне 150-250 Гц.

Результаты и обсуждение. При визуальном анализе высокочастотных ЭКГ у пациентов без признаков стеноза коронарных артерий по результатам СКГ отсутствовали зоны сниженной амплитуды QRS комплекса (феномен RAZ).

У пациентов с гемодинамически значимыми и незначимыми стенозами коронарных артерий был обнаружен феномен RAZ в 2-х и более электрокардиографических отведениях в различных диагностических категориях. Исходя из литературных источников, данный критерий способен определять ишемию миокарда, соответствующую степени перекрытия просвета коронарных артерий.

Выводы. Результаты проделанной работы позволяют утверждать, что метод высокочастотной электрокардиографии может выявлять зоны ишемии с достаточно высокой чувствительностью для неинвазивного метода. Феномен RAZ способен различать гемодинамические стенозы и здоровые сосуды. Данный метод, конечно, не способен конкурировать с селективной коронарографией, но может участвовать в диагностике ИБС как дополнительный критерий.

НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Колобаева С.Н., Качнов В.А., Тыренко В.В.,
Бунтовская А.С., Мякошина Л.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить генетические предикторы заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) в молодом возрасте, которые могут привести к внезапному смертельному исходу.

Материалы и методы. С этой целью нами проведены молекулярно-генетические исследования в группе лиц (73 человека) со средним возрастом 19,7±2,1 лет, отнесенных по результатам предварительного анкетирования, которое разработано с учетом специфических жалоб и данных анамнеза, с вовлечением известных маркеров развития жизнеугрожающих аритмий, к группе повышенного риска возникновения внезапной сердечной смерти (ВСС). При этом, исследованы гены, не связанные с предрасположенностью к (ВСС), а ассоциированные с развитием гипертензии, тромбофилии, гены, осуществляющие биотрансформацию лекарственных препаратов и др.

Для выделения ДНК и проведения ПЦР в реальном времени использовали наборы фирмы «ДНК-технологии», Россия и наборы фирмы «Литех», Россия. Амплификацию проводили на приборе ДТ-прайм (ДНК-технология). В работе исследовали периферическую кровь, полученную при венопункции в пробирки с ЭДТА. В качестве контроля использованы данные литературы по нескольким регионам России.

Результаты и обсуждение. Из 25 генов, полиморфизм которых был исследован, в 2-х генах – фактор (F2) и (F5) свертывания крови результаты не отличались от контрольной популяции. В 18 генах не было выявлено каких-либо значимых изменений, поэтому они не рассматривались в данной работе.

В 5 генах (PAI-1, ITGA2-a2, AGT, F13A1, NOS) выявлено статистически достоверное увеличение ($p < 0,01$) числа мутаций по сравнению с контрольным уровнем. Так, в гене PAI-1 (антагониста тканевого активатора плазминогена), при замене 5G/5G на 5G/4G или 4G/4G происходит снижение фибринолитической активности крови, что в свою очередь увеличивает риск развития коронарных нарушений. 83% обследованных имели мутации в этом гене, что свидетельствует об очень высоком уровне развития этой патологии, учитывая, что уровень мутации гена PAI-1 в популяции в регионах России в среднем не превышает

8%. Замена в гене ITGA2-a2: 807 нуклеотида С на Т приводит к увеличению инфаркта миокарда (ИМ) и ишемического инсульта в 2,8 раза. У исследованных лиц уровень мутаций (72%) почти в 5 раз превысил уровень мутаций в контрольной популяции. Замена в гене AGT:704 нуклеотида Т на С повышает риск ИМ у пациентов с многососудистыми поражениями венечных артерий и ИБ сердца. При этом уровень мутаций в контрольной популяции составил около 15%. Замена гуанина на тимин в гене F13A1: Val34Leu G>T может привести к развитию геморрагического синдрома. Мутация этого гена выявлена у 48% обследованных, что более чем в два раза превышает контрольный уровень. Замена в гене NOS3: 786 тимина на цитозин снижает синтез оксида азота, что вызывает дисфункцию эндотелия и может привести к развитию вазоспастической стенокардии и ИМ, мутация в исследованной в настоящей работе когорте составила 63%. Нужно помнить, что исследуемые генетические факторы являются предрасположенностью и проявляются только при воздействии триггерных механизмов, многие из которых установить не всегда удается.

Выводы. 1. Необходимо дифференцировать ВСС от внезапной смерти, наступившей от других причин нарушения деятельности ССС. 2. При постановке диагноза следует учитывать высокий уровень мутаций PAI-1, ITGA2-a2, AGT, F13A1, NOS в когорте лиц с высоким уровнем риска возникновения ВСС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА (ТОФА) У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА)

Комаров В.Т., Никишина А.Ю., Носанова М.Н.,
Никишин А.В., Хичина Н.С.
Пензенская областная клиническая больница
имени Н.Н. Бурденко,
г. Пенза

Цель исследования. Оценка результатов лечения ТОФА больных РА в реальной клинической практике.

Материал и методы. Нами обобщен опыт применения ТОФА у 7 пациентов (2 мужчин и 5 женщин, средний возраст 47,5 лет) с продолжительностью болезни 14,1 года и высокой активностью воспалительного процесса (DAS 28=5,2). У 3 больных диагностирована развернутая стадия РА, у 4 больных - поздняя стадия, у 4 выявлялась 11 рент-

генологическая стадия, у 3 – 111 стадия рентенологическая стадия заболевания. 4 пациента страдали сопутствующими заболеваниями: сахарный диабет 11 типа, артериальная гипертония, ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Основным показанием для назначения ТОФА была недостаточная эффективность предшествующей базисной терапии. До начала терапии ТОФА все пациенты получали метотрексат 15 мг/неделю, нестероидные препараты и преднизолон 5 мг/сутки, 2 пациента без эффекта в течение года получали лечение адалимумабом 40 мг один раз в 2 недели. Всем пациентам ТОФА назначали по схеме 5 мг утром и 5 мг вечером в сочетании с метотрексатом 15 мг/неделю в течение 48 недель. Перед началом лечения больным определяли: рентгенографию органов грудной клетки, диаскин-тест, рентгенография обеих кистей и стоп, С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), проводилась консультация фтизиатра. Для оценки эффективности терапии определяли динамику индекса DAS 28, число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), СОЭ крови, СРБ, РФ, визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) через 12 и 24 недели.

Результаты и обсуждение. Достоверное снижение индекса DAS 28 отмечено начиная с 24 недели лечения, а через 48 недель он снизился в среднем с 5,2 до 4,7, к этому времени у 4 больных достигнута низкая степень активности заболевания. Лечение ТОФА привело к уменьшению ЧБС 11,5 до 7,7, ЧПС 4,2 до 2,1, а также к уменьшению утренней скованности. Интенсивность боли при ходьбе по ВАШ на 48 неделе снизилась по оценке пациента с 70 до 45 мм и по оценке врачом с 56 до 34 мм соответственно. В результате 48 недельного лечения ТОФА СОЭ крови уменьшилась с 32,8 до 27,4 мм/час, уровень СРБ – с 34,2 до 12,5 мг/л, РФ крови снизился с 55 до 31 ед/л. Переносимость препарата была хорошей, побочных действий не отмечалось. У одного больного через 24 недели лечения после консультации фтизиатра выявлена латентная туберкулезная инфекция, на СКТ-органов грудной клетки патологии не было выявлено. Назначена превентивная терапия фтивазидом на 12 недель, по окончании лечения через 12 и 24 недели диаскин-тест нормализовался, фтизиатром констатировано выздоровление и больной продолжил лечение ТОФА.

Выводы. Таким образом, опыт применения ТОФА 10 мг/сутки в комбинации с метотрексатом 15 мг/неделю свидетельствует о высокой эффективности комбинированной терапии больных с высокой степенью активности РА, не отвечающих на стандартную базисную противовоспалительную терапию.

ПРЯМЫЕ И НЕПРЯМЫЕ ЗАТРАТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Кондратьев А.В.¹, Артюхов И.П.¹, Шульмин А.В.¹, Шнайдер Н.А.², Петрова М.М.¹

¹Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск,

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Введение. Головная боль (ГБ) является важной медико-социальной проблемой. ГБ кроме бремени страдания пациентов причиняют экономическое бремя, включающее прямые и не прямые затраты.

Цель настоящей работы. Анализ доступной отечественной и зарубежной литературы, посвященной экономическим (прямым и косвенным) затратам вследствие ГБ.

Материалы и методы. Проведен поиск русскоязычных и англоязычных статей в базах данных РИНЦ (<http://elibrary.ru>), PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), Oxford University Press (<https://global.oup.com/academic>) по ключевым словам: головная боль (headache), экономическое бремя (economic burden), стоимость (cost), стоимость лечения (cost of treatment), фармакоэкономика (pharmacoeconomics), прямые затраты (direct costs), не прямые затраты (indirect costs), менеджмент (management), прямые потери (direct loss), не прямые потери (indirect loss). Анализировались доступные полнотекстовые статьи, исключались тезисы конференций и учебные пособия. Глубина поиска составила 20 лет (1996-2016 гг.). По ключевым словам найдено 3113 статьи, из них 34 полностью удовлетворили критериям поиска.

Результаты и обсуждение. Средняя стоимость лечения ГБ в России в 2014 г. составляла 455 – 494 руб./месяц на одного пациента. Экономическое бремя мигрени для страны в 2008 г составляло 88,4 млрд. руб./год. Ежегодные косвенные расходы вследствие первичных ГБ достигают 22,8 млрд. \$, что равно 1,75% от валового внутреннего продукта.

В Калифорнии (США) средняя стоимость 1 визита к врачу по поводу ГБ составила 253 \$. В Орландо (США) стоимость визита к врачу по поводу ГБ вместе со стоимостью выписанных лекарств в среднем составила 363,8 \$. Общая ежегодная стоимость лечения пациента с хронической мигренью в США была около 8243 \$, эпизодической мигренью – 2649 \$. В Северной Каролине (США) опрошено 648 больных мигренью, каждый тратил около 529 \$ в год на лечение. Издержки работодателей достигали 17,2

млрд. \$ / год из-за снижения производительности и пропущенных в связи с мигренью рабочих дней.

В Италии прямые расходы в среднем за год составили: для пациента с хронической мигренью 2250,0±1796,1 €, для пациента с эпизодической мигренью 523,6±825,8 €. Во Франции ежегодные прямые затраты на 1 человека с мигренью в 1999 г. составили 128 €, что соответствует 1044 млн. € на всех пациентов с мигренью. Годовые затраты на лечение пациента с ГБ в Германии составляют около 1200 €.

По одним опубликованным сведениям, мигрень стоит Европейскому обществу 27 млрд. € / год. По другим, ежегодная стоимость лечения ГБ населения Европы достигала 173 млрд. €.

В Китае затраты на лечение ГБ составили 2,1-3,7% от доходов домашних хозяйств.

Выводы. В России прямые затраты на лечение 1 пациента с ГБ оценены в 3600 руб. / год, а за рубежом этот показатель колеблется от 128 до 2250 € в Европе, от 529 до 8243 \$ в США. Большинство средств расходуется на покупку лекарственных препаратов.

В России потеря рабочих дней из-за ГБ достигает 8 дней / год на 1 пациента, а потеря дней домашней работы до 14. За рубежом потери дней работы на производстве оценены как 4 – 6,8 дней в году, 4,2 дней работы по дому. Наиболее затратной нозологией в России и за рубежом является мигрень.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ДАННЫЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Кондратьева Л.В., Попкова Т.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Известно, что ревматоидный артрит (РА) и сахарный диабет (СД) 2 типа являются самостоятельными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инфаркта миокарда (ИМ). Не ясно, насколько увеличивается частота ИМ при сочетании двух заболеваний.

Цель. Оценить влияние СД 2 типа на развитие ИМ и проведение операций по реваскуляризации миокарда у больных РА

Материал и методы. Проводили ретроспективный анализ 237 больных РА: 27 пациента с сочетанием РА и СД 2 типа (1-ая группа) и 210 больного с РА без нарушений углеводного обмена в анамнезе и с нор-

мальным уровнем глюкозы натощак при обследовании (2-ая группа сравнения), последовательно госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой в течение 6 месяцев. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности и активности РА, проводимой противовоспалительной терапии. Критерии включения: возраст на момент обследования > 45 лет, длительность РА >1 года, наличие информированного согласия; критерии исключения: СД 1 типа, гипергликемия натощак или прием сахароснижающих препаратов при отсутствии данных о СД в анамнезе, беременность. СД 2 типа развился до РА или был диагностирован одновременно с ним у 13 (48,1%) пациентов, после РА – у 14 (51,9%) больных. Учитывали зафиксированные в медицинской документации случаи первичного ИМ и операций по реваскуляризации миокарда после постановки диагнозов РА и СД 2 типа для 1-ой группы и после диагностирования РА – для 2-ой группы.

Результаты. Суммарная длительность наблюдения в 1-ой группе составила 113 лет, во 2-ой группе – 2305 лет. За эти периоды ИМ перенесли 1 (3,7%) пациент в 1-ой группе и 2 (1,0%) – во 2-ой группе, стентирование коронарных артерий – 1 (3,7%) и 4 (1,9%) больных, соответственно. При сочетании РА с СД 2 типа первичная заболеваемость ИМ и частота операции по реваскуляризации миокарда оказались выше, чем при отсутствии нарушений углеводного обмена (8,8 против 0,9 случаев на 1000 пациенто-лет и 8,8 против 1,3 случаев на 1000 пациенто-лет, соответственно).

Выводы. По данным ретроспективного анализа у пациентов с сочетанием РА и СД 2 типа отмечалось увеличение заболеваемости ИМ по сравнению с больными изолированным РА более чем в 9,5 раз, а частота операций по реваскуляризации миокарда – более чем в 6,5 раз.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ РИТУКСИМАБ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Конева О.А., Десинова О.В.,
Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б.,
Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

При системной склеродермии (ССД) развиваются хроническая поликлональная В-лимфоцитарная

активация и нарушение иммунологической толерантности. В ряде клинических исследований показано, что деплеция В-клеток может быть эффективна для лечения ССД. Однако отсутствуют убедительные доказательства эффективности Ритуксимаба (РТМ) для лечения интерстициального поражения легких (ИПЛ) при ССД, нет четких рекомендаций по выбору оптимальных доз и длительности применения препарата.

Цель исследования. Оценить влияние а-В-клеточной терапии препаратом РТМ на легочную функцию пациентов ССД с ИПЛ.

Материалы и методы. В исследование включено 54 пациента ССД с ИПЛ, получивших терапию РТМ. Давность ССД составила $6,5 \pm 5,7$ лет; соотношение мужчин и женщин – 1:4,4; диффузной и лимитированной формы – 1,3:1, средний возраст – $48,5 \pm 12,9$ лет. Длительность наблюдения от первого введения РТМ была $25,7 \pm 16,7$ мес., средняя кумулятивная доза РТМ на момент последнего осмотра составила $2,1 \pm 1,2$ гр. В общей группе и в подгруппах пациентов с давностью болезни ≤ 5 лет (А, $n=29$) и > 5 лет (В, $n=25$) в динамике оценивались форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ%), диффузионная способность легких (ДСЛ%), индекс активности ССД. Клинически значимым изменением показателей ФЖЕЛ и ДСЛ считалось 10 и более %.

Результаты. В общей группе пациентов на фоне терапии РТМ отмечено достоверное нарастание ФЖЕЛ с $74,5 \pm 19,6\%$ до $82,5 \pm 22\%$ ($p=0,000006$). Медиана прироста ФЖЕЛ составила 7,5%. Клинически значимое нарастание ФЖЕЛ выявлено у 20 (37%), снижение – у 2 (4%) пациентов. Отмечалась прямая корреляция дельты ФЖЕЛ с суммарной дозой РТМ ($R=0,28$, $p<0,05$) и обратная – с индексом активности ССД на момент последнего осмотра ($R=0,3$, $p<0,05$). В подгруппе А по сравнению с подгруппой В нарастание ФЖЕЛ было более отчетливым ($80,4 \pm 8,9\%$ – $90,2 \pm 21,5\%$, $p=0,017$ и $67,7 \pm 19,1\%$ до $73,9 \pm 19,7\%$, $p=0,06$).

В общей группе на фоне терапии РТМ уровень ДСЛ значимо не изменился ($47,4 \pm 22,1\%$ и $49,4 \pm 20,9\%$, $p=0,4$). Медиана прироста ДСЛ составила 0,97%. Клинически значимое нарастание ДСЛ отмечено у 7 (13%), снижение у 4 (7%) пациентов. Дельта ДСЛ прямо коррелировала с суммарной дозой РТМ ($R=0,29$, $p<0,05$) и обратно – с индексом активности ССД на момент последнего осмотра ($R=0,3$, $p<0,05$). В подгруппах А и В показатели ДСЛ также значимо не изменились ($51,7 \pm 19,3\%$ – $52,8 \pm 18,5\%$ и $35,3 \pm 12,5\%$ – $39,2 \pm 12,4\%$, соответственно).

Выводы. На фоне терапии РТМ отмечено достоверно нарастание ФЖЕЛ и стабилизация ДСЛ. Более отчетливое нарастание ФЖЕЛ отмечено у пациентов с давностью ССД до 5 лет. Повышение

ФЖЕЛ и ДСЛ прямо коррелировало с суммарной дозой РТМ и обратно с индексом активности ССД на момент последнего осмотра.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ СХЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МОФЕТИЛА МИКОФЕНОЛАТА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В.,
Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Старовойтова М.Н.
Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить влияние микофенолата мофетила (ММФ) на клинические проявления системной склеродермии (ССД) в открытом проспективном исследовании. Сравнить эффективность ММФ в отношении ИПЛ в качестве индукционной терапии и в качестве поддерживающей после индукционной терапии циклофосфамидом (ЦФ).

Материалы и методы. В исследование включено 45 больных ССД, (средний возраст – 49 ± 13 лет, соотношение мужчин и женщин – 1/10, давность ССД – $7,6 \pm 6,3$ лет, соотношение диффузной и лимитированной формы – 1/1,3) с ИПЛ, подтвержденным данными мультиспиральной компьютерной томографии. Пациенты в течение 12 месяцев (13 ± 2) получали ММФ в дозе 2 гр/сут в сочетании с преднизолоном (9 ± 5 мг/сут), из них 22 (группа А) ММФ назначался в качестве индукционной терапии, 23 – в качестве поддерживающей терапии (группа В) после индукционной терапии ЦФ (суммарная доза – $20,9 \pm 18,2$ гр). В динамике оценивались класс одышки (NYHA), форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ %), диффузионная способность легких (ДСЛ%), кожный счет (КС, баллы), индекс активности (ИА, баллы), жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), фракция выброса левого желудочка, наличие диастолической дисфункции желудочков, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт. ст.) (по данным ЭХО-КГ), наличие нарушений ритма и проводимости сердца, число пациентов с дигитальными некрозами, уровень аутоантител (а-Scl-70, ед/мл и АСА, ед/мл) и АНФ-НЕР-2.

Результаты. На фоне терапии ММФ отмечено достоверное уменьшение КС (с $7,5 \pm 6,9$

до $4,8 \pm 3,9$, $p=0,0006$), ИА (с $1,9 \pm 1,5$ до $1,22 \pm 0,9$, $p=0,005$), числа пациентов с нарушением проводимости сердца (13/29% и 5/11%, соответственно, $p=0,03$), уровня α -Scl-70 (с 144 ± 67 до $118,5 \pm 76,9$, $p=0,02$).

Нарастание ФЖЕЛ на $\geq 10\%$ отмечено в 6 (13%), снижение – в 4 (9%) случаях. Средние значения ФЖЕЛ значимо не изменились как в общей группе ($90,3 \pm 20,8$ и $92,2 \pm 21$, соответственно, $p=0,09$), так и в группах А ($92,2 \pm 18,3$ и $94,3 \pm 19$, соответственно, $p=0,2$) и В ($87,9 \pm 22,5$ и $90,2 \pm 21,9$, соответственно, $p=0,3$).

Нарастание ДСЛ на $\geq 10\%$ выявлено в 3 (7%), снижение – в 2 (4%) случаях. ДСЛ значимо не изменилась как в общей группе ($52,2 \pm 17,4$ и $51,9 \pm 17$, соответственно, $p=0,86$), так и в группах А ($60,3 \pm 19$ и $62,6 \pm 18,8$, соответственно, $p=0,5$) и В ($49,6 \pm 17,9$ и $48,9 \pm 17,5$, $p=0,5$). У 10 (22%) больных в общей группе отмечено уменьшение класса одышки. Динамики остальных показателей не отмечено.

Выводы. Применение ММФ в течение года у пациентов ССД способствовало уменьшению плотности кожи, проявлений кардиопатии, выраженности иммунологических нарушений, активности ССД. Данные, полученные при оценке вентиляционной функции позволяют применять ММФ у больных при ССД с ИПЛ как в качестве индукционной, так и в качестве поддерживающей терапии после лечения ЦФ.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Конюх Е.А.¹, Осипова-Егорова Е.А.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная детская клиническая больница, г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В современной детской нефрологии достаточно хорошо изучены причины, приводящие к развитию хронической болезни почек (ХБП). К сожалению, ее прогрессирование с переходом в терминальную стадию хронической почечной недостаточности (ХПН), требующей заместительной почечной терапии, происходит еще в детском возрасте.

Цель работы. Проанализировать причины, длительность и динамику ХПН на различных стадиях заболевания у детей г. Гродно и Гродненской области.

Материал и методы исследования. Изучены истории болезни, биопсийные карты, консультативные заключения и выписки Республиканского Центра детской нефрологии и заместительной почечной терапии 21 ребенка с хронической болезнью почек в додиализных и терминальных стадиях ХПН. Данные представлены на 01.01.2019 по отчету детской нефрологической службы Гродненской области.

Результаты. По данным медицинской и отчетной документации на учете с диагнозом ХПН I-III стадии (додиализные) состоит 14 детей. Из них 2 девочки (14,3%) и 12 мальчиков (85,7%). Возраст пациентов составляет от 1,5 до 18 лет. I стадия ХПН – выявлена у 5 человек (35,7%), II стадия – у 6 детей (42,9%), III стадия – у 3 пациентов (21,4%). При анализе причин, которые привели к развитию ХПН, установлено, что у 71,4% детей (10 человек) формирование почечной недостаточности произошло на фоне врожденных аномалий мочевой системы, при этом у 3 детей диагностирована врожденная ХПН. У 2 человек (14,3%) ХПН явилась исходом гемолитико-уремического синдрома, у 1 ребенка – развилась на фоне хронического тубулоинтерстициального нефрита единственной левой почки после комплексной терапии нефробластомы и нефрэктомии справа. Длительность ХПН на додиализных стадиях составляет от 6 месяцев до 8 лет.

Один пациент с терминальной стадией ХПН получает заместительную почечную терапию постоянным автоматическим перитонеальным диализом. Детей, получающих терапию гемодиализом, в настоящий момент в области нет.

По данным на 01.01.2019 на учете и под постоянным наблюдением, в том числе нефрологов Республиканского центра детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска, находятся 6 детей после трансплантации почки. Возраст пациентов составляет от 6 до 16 лет. У 5 человек произведена трансплантация органа от трупного донора, у 1 ребенка донором явился отец. Причинами, приведшими к развитию терминальной стадии ХПН, явились нефронофтиз Фанкони, гемолитико-уремический синдром, опухоль Вильмса, фокально-сегментарный гломерулосклероз, иммунная гломерулопатия, врожденный нефротический синдром французского типа. Самым «молодым» реципиентом был ребенок с врожденным нефротическим синдромом, трансплантация которому была проведена в возрасте 4-х лет. Длительность функционирования трансплантатов у наблюдаемых пациентов составляет от 2 до 7,5 лет.

Таким образом, развитие хронической почечной недостаточности чаще отмечается у мальчиков; основной причиной являются врожденные заболевания и аномалии развития мочевой системы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Корнелюк И.В.

Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

В последние все большее внимание уделяется гибридной терапии пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), включающее использование антиаритмической терапии после радиочастотной абляции легочных вен (РЧА ЛВ) для повышения эффективности последней.

Цель работы. Разработать метод определения длительности антиаритмической терапии пациентов с пароксизмальной неклапанной фибрилляцией предсердий после радиочастотной абляции легочных вен на основе выявления дополнительных факторов риска рецидивов.

Материал и методы. В исследование включено 38 пациентов (в т.ч. 28 мужчин и 10 женщин) с неклапанной пароксизмальной ФП, которым выполнена РЧА ЛВ. В исследование не включались пациенты с наличием доказанных факторов риска рецидива ФП (возраст старше 65 лет, увеличение левого предсердия более 50 мм, сахарный диабет, клапанная патология сердца, сердечная недостаточность III-IV функционального класса). Средний возраст составил 51 [45,5; 57,5] год. По критерию наличия или отсутствия рецидива в сроки от 3 до 6 месяцев после РЧА пациенты разделены на 2 группы: с рецидивом 16 человек (42,1%) и без рецидива – 22 пациента (57,9%). Изучались показатели: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ), чреспищеводная ЭхоКГ, тест 6-минутной ходьбы, лабораторные показатели (коагулограмма, липидограмма, уровень СРБ, гомотеина, pro-BNP и ИЛ-6).

Результаты и обсуждение. По данным предоперационного обследования группы были сопоставимы по основным клинико-anamnestическим показателям: пол, возраст, длительность анамнеза и частота пароксизмов ФП, основная и сопутствующая патология. Данные исходной ЭхоКГ также были сопоставимы. Большинство изучаемых лабораторных показателей также не различались, за исключением ИЛ-6. В группе рецидива предоперационный уровень ИЛ-6 был достоверно выше ($p=0,03$). Было определено пороговое значение ИЛ-6 – 1,77 пг/мл. Установлено, что

при ИЛ-6, превышающем пороговое значение, вероятность рецидива выше в 7 раз (ОШ 7 [1,01; 79,88]). В группе без рецидива эпизоды ФП регистрировались достоверно реже через 1 неделю, 1, 3, 6 и 12 месяцев после РЧА ЛВ ($p=0,0015$, $p=0,02$, $p=0,02$, $p=0,02$, $p=0,048$ соответственно). При регистрации ФП через 1 и/или 3 месяца после РЧА ЛВ по результатам СМ ЭКГ вероятность рецидива у пациентов с пароксизмальной ФП выше в 20,6 раз (ОШ 20,6 [2,16; 196,1]).

Выводы. 1. Повышение уровня интерлейкина-6 >1,77 пг/мл по данным предоперационного обследования является независимым предиктором развития рецидива через 3-6 месяцев после радиочастотной абляции легочных вен у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий. 2. Пациентам с высоким риском рецидива показано назначение антиаритмической терапии на срок более 3 месяцев после радиочастотной абляции. 3. Пациентам с высоким риском рецидива показано назначение антиаритмической терапии на срок более 3 месяцев после радиочастотной абляции.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ЖАЛОБАМИ НА ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС

**Корнишева В.Г., Раводин Р.А., Левина Ю.В.,
Миллер Е.В., Ильдимирова Н.П.**

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Выпадение волос – одна из частых причин, по поводу которой обращаются пациенты, как с нерубцовой, так и с рубцовой алопецией.

Цель. Проведение анализа заболеваемости больных с жалобами на выпадение волос.

Методы. В течение двух лет (с 2017 по 2018 гг.) на консультативном приеме в горКВД г. Санкт-Петербурга осмотрено 38 пациентов с жалобами на выпадение волос. Распределение по половому признаку: мужчины – 12 (31,6%) человек, женщины – 26 (68,4%). Средний возраст пациентов – 45 лет 9 мес. ± 13 лет 11 мес. Сезонность обращений не прослеживалась. Для верификации диагноза больным с рубцовой алопецией проводили гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение. При обследовании 38 больных почти в 2 раза больше проконсультировано пациентов с нерубцовой алопецией (24), чем с рубцовым облысением (14). В 95% случаев больные с рубцовой алопецией были направлены на консультацию с диагнозом нерубцовой алопеции (гнездная алопеция). Структура заболеваемости 24 больных

с нерубцовой алопецией: у 58,3% диагностирована гнездная алопеция, у 29,2% – хроническое диффузное телогеновое выпадение волос, у 8,3% – андрогенетическая алопеция, у 4,2% – трихотилломания. После проведения гистологического исследования 14 больных с рубцовой алопецией поставлены следующие диагнозы: кожная красная волчанка волосистой части головы (50%), волосистой плоский лишай (28,6%), декарвирующий фолликулит (14,3%), псевдопеллада Брока (7,1%). Таким образом, с жалобами на выпадение волос на консультацию направлено в 2 раза больше больных с нерубцовой алопецией, из которых в 58,3% случаев были пациенты с гнездной алопецией.

Из 14 больных с рубцовым облысением у половины обследованных диагностирована кожная красная волчанка волосистой части головы, у 28,6% – волосистой плоский лишай. При первичной рубцовой алопеции волосистой фолликул является основной целью поражения, при котором воспалительные инфильтраты локализуются в верхней части волосистого фолликула, захватывая выпуклую зону, к которой присоединяется мышца, поднимающая волос. Эта часть наружного волосистого влагалища является местом расположения плюрипотентных стволовых клеток, которые отвечают за обновление верхней части волосистого фолликула и сальных желез. Для постановки диагноза больным с первичной рубцовой алопецией показано проведение диагностической биопсии. Биоптат следует брать с пограничной зоны очага рубцовой алопеции, где сохранены волосы и идет активный процесс воспаления. При дискоидной красной волчанке ведущим, а иногда и единственным, симптомом на волосистой части головы была рубцовая атрофия. Шелушение и эритема выражены умеренно и наблюдались по периферии очагов алопеции.

Клиника первичной рубцовой алопеции, как при кожной красной волчанке, так и при волосистой плоском лишае (lichen planopilaris), сходная и в постановке правильного диагноза главная роль отводится гистологическому исследованию.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ РИСКА

Корольчук И.С.

Кубанский государственный
медицинский университет,
г. Краснодар

Цель исследования. Диагностика хронической болезни почек (ХБП) в группе риска (пожилые пациенты с артериальной и диабетической нефропатией).

Материалы и методы. Проведен анализ 68 амбулаторных карт (Ф.№25-в) пациентов из группы риска развития ХБП, состоящих на Д-учете у терапевта и эндокринолога с диагнозами артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа. Из них 35 пациентов были с нефропатией артериального генеза (мужчин – 21 чел., средний возраст – 62,5±3,8 года, женщин – 14 чел., средний возраст – 64,3±4,6 года), 33 пациента – с нефропатией диабетического генеза (мужчин – 12 чел., средний возраст – 60,6±4,3 года, женщин – 21 чел., средний возраст – 65,4±4,6 года). Для уточнения наличия у пациентов нефропатии была выявлена альбуминурия в 2-х порциях утренней мочи (документально) и определен его уровень в суточном количестве. Группы больных были репрезентативны по полу и возрасту. В исследование не включались пациенты с нестандартными размерами тела и мышечной массой. Стадию ХПБ определяли, вычисляя скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с использованием формулы СКД-ЕРІ (2009 г., модификация 2011 г.). При обработке данных использовали программное обеспечение Statistica 6.0 и Biostat.

Результаты. Проведенное исследование показало, что диагноз ХБП был установлен и зафиксирован в листе уточненных диагнозов у каждого второго пациента с гипертонической болезнью – 48,5% случаев (n=17), у каждого третьего пациента с сахарным диабетом 2 типа – 39,3% случаев (n=13). Вместе с тем, все больные (n=68) из группы риска имели маркеры почечного повреждения в течение длительного времени (альбуминурию), т.е. признаки ХПБ (в 100% случаев). Стратификация тяжести ХБП по уровню СКФ определила следующие стадии почечной недостаточности при гипертонической нефропатии: С2 – 8,4% случаев, С3А – 25,7%, С3Б – 17,1%, С4 – 20,0%, С5 – 28,6% случаев, соответственно, а при диабетической нефропатии: С2 – 18,2% случаев, С3А – 30,3%, С3Б – 15,2%, С4 – 6,1%, С5 – 30,2% случаев, соответственно. Уровень суточной экскреции альбумина в исследуемой группе был в диапазоне 10-29 мг/л (А1 степень) – у 45,4% больных, 30-229 мг/л (А2 степень) – у 32,6% и более 300 мг/л (А3 степень) – у 22,0%, соответственно.

Обсуждение. Важно отметить, что каждый четвертый пациент с диабетом или артериальной гипертензией, находящийся под диспансерным наблюдением врача относился к группе высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, а каждый третий – к группе очень высокого риска терминальной почечной недостаточности. В большей степени такая негативная тенденция отмечалась у больных с диабетической нефропатией. Стадия С1, когда еще эффективна кардио и нефропротективная стратегия, у данной категории больных не диагностирована.

Выводы. Диагноз ХБП с различной степенью хронической почечной недостаточности был установлен в группе риска (пожилые с артериальной и диабетической нефропатией) более, чем у половины (55,8%) больных несвоевременно, что указывает на несоблюдение стандартов диагностики ХБП на амбулаторном приеме; значительный удельный вес в данной группе пациентов с очень высоким риском как сердечно-сосудистым, так и развития терминальной недостаточности указывает на объективную необходимость применения концепции ХБП в амбулаторной практике, а это возможно путем привлечения внимания врачей поликлиник к данной проблеме на циклах повышения квалификации в рамках непрерывного медицинского образования и внедрения более доступных и менее трудоемких методов оценки СКФ (таблицы СКD-EPI и калькуляторы).

ПРИЧИНЫ АМПУТАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Корольчук И.С.¹, Ескина Е.Н.¹, Геворкян Р.К.²

¹Кубанский государственный
медицинский университет,

²Городская поликлиника №7,
г. Краснодар

Цель исследования. Анализ причин развития язвенно-некротических и гнойных осложнений диабетической стопы (ДС), требующих хирургического вмешательства, для улучшения стратегии профилактики осложнений сахарного диабета (СД). Материалы и методы: проведен клинико-экспертный анализ 46 историй болезни пациентов с ДС – 26 мужчин (средний возраст – 64,0±4,1 года) и 20 женщин (средний возраст – 66,9±4,6 лет), направленных в отделение гнойной хирургии ККБ глубиной 3 года. При обработке данных использовали программное обеспечение Statistica 6.0 и Biostat.

Результаты. Среди оперированных превалировал диагноз СД 2 типа (84,8% случаев). Основной причиной для хирургического вмешательства (100%) явились гнойно-воспалительные осложнения: флегмона стопы – в 30,4% случаев, дактилит – в 26,1%, остеомиелит – в 17,4%, гангрена или язвы стопы – в 15,2%, некроз пальцев – 8,9% случаев, соответственно. Всем пациентам были выполнены первичные ампутации: на уровне пальцев – каждому второму (54,3% больных), на уровне стопы – 8,7% больных, на уровне голени – 18,6% и на уровне бедра – 17,4% случаев. Повторные

операции были проведены 27 пациентам (58,7%) с одинаковой частотой как мужчинам, так и женщинам.

Среди осложнений СД 2 типа наиболее часто диагностировали: нейроишемическую форму ДС в 86,6% случаев и нейропатическую форму – в 13,4% случаев; ишемию нижних конечностей (окклюзию артерий нижних конечностей, хроническую артериальную недостаточность) – в 23,9% случаев; ИБС, стенокардию – в 43,5%, нарушение ритма – в 15,2%, ХСН – в 78,3%; диабетическую нефропатию – в 56,7% случаев, соответственно. Среди сопутствующей патологии наиболее часто регистрировались: гипертоническая болезнь (95,6%), абдоминальное ожирение (40,0%), железодефицитная анемия (20,0%) и патология щитовидной железы с гипотиреозом – 8,7% случаев, соответственно. Средний стаж СД 2 типа был 13,1±1,0 года, уровень гликированного Нв – 10,4±1,2%. На момент госпитализации все пациенты в течение последнего года получали комбинированную терапию пероральными сахароснижающими препаратами. По нашим данным, в 80% случаев хирургическое лечение потребовалось вследствие позднего обращения пациентов (на момент госпитализации длительность от появления язвенного дефекта до обращения составила 3,2±0,3 месяца), а в 20% случаев – систематического нарушения лечебных мероприятий. Важным является следующий факт: у каждого пятого больного (17,4%) проведена ампутация, причиной которой явилась механическая травма мягких тканей стопы: натер обувью, гипсовой лангетой, наступил на острые предметы, ударился.

Обсуждение. Причиной ампутаций у больных СД 2 типа, учитывая длительный стаж заболевания, высокий уровень гликогемоглобина и частоту выявления нейроишемической ДС, а также других макро и микроангиопатических осложнений явились – несвоевременное выявление диабетической нейропатии, неадекватное лечение СД (несоблюдение диеты, нарушение рекомендуемых лечебных схем, в т.ч. своевременного назначения инсулинотерапии), а также отсутствие специальных знаний по уходу за стопой и позднее обращение за медицинской помощью.

Выводы. В связи с лидирующими позициями нейроишемической формы «диабетической стопы» в структуре осложнений, необходимо проводить ее активное выявление и эффективное лечение на амбулаторном этапе; для повышения эффективности профилактических мероприятий в отношении осложнений СД 2 типа и раннего выявления ДС необходима активизация работы по организации школ больных СД (особенно для категории пожилых пациентов) и кабинетов «Диабетическая стопа» в крупных поликлиниках города.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ И ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ПАЦИЕНТА С ПРОТЕЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Корякова Н.В.¹, Романовская Д.В.¹,
Везикова Н.Н.¹, Васьков А.А.²

¹Петрозаводский государственный университет,

²Республиканская больница имени В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Цель. Представить клинический случай развития геморрагического и ишемического инсульта у одного пациента с искусственным клапаном сердца.

Материалы и методы. Проанализированы данные истории болезни пациентки М., 70 лет. Из анамнеза известно, что за 2 месяца до поступления в стационар пациентке была выполнена резекция аневризмы восходящей аорты, протезирование аортального клапана, восходящей аорты клапаносодержащим кондуитом «Мединж» 24/28 мм с имплантацией устья левой коронарной артерии, правой коронарной артерии на сосудистой площадке по методике Bentall-De Bono; наложение фистулы Cabrol; аутовенозное аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии; экзопротезирование дистального анастомоза, дистального отдела восходящей аорты. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. За несколько дней до госпитализации амбулаторно была выявлена выраженная гипокоагуляция (международное нормализованное отношение (МНО) – 12,0), в связи с чем варфарин был отменен. Пациентка была госпитализирована в Республиканскую больницу с симптомами дезориентации в собственной личности, пространстве и времени. С помощью спиральной компьютерной томографии (СКТ) головного мозга диагностирован геморрагический инсульт, спонтанная внутримозговая гематома левой затылочной доли (80 мл), внутрижелудочковое кровоизлияние на фоне коагулопатии. Была выполнена остеопластическая трепанация в левой теменно-затылочной области, удаление внутримозговой гематомы. Через 10 дней после операции пациентке был назначен фраксипарин в лечебной дозе, через 7 суток гепаринотерапии подключен варфарин. В течение 2-х недель на фоне терапии оральными антикоагулянтами МНО колебалось от 1,75 до 2,9; МНО более 2,5 было зарегистрировано всего дважды. Через 32 дня после дебюта геморрагического инсульта у больной развился ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне левой среднемозговой артерии с общемозговым синдромом, тотальной афазией, центральным парезом 7

пары черепных нервов, бульбарными нарушениями, правосторонней гемиплегией. Источником кардиоэмболии стало подвижное образование, прикрепленное к протезу клапана, флотирующее в выводной отдел левого желудочка (ЛЖ), выявленное с помощью чреспищеводной ЭХО-кардиоскопии. С учетом перерыва в антикоагулянтной терапии и недавней операцией по протезированию клапана и аорты диагностическое представление сложилось о тромбозе и раннем инфекционном эндокардите (ИЭ). На 6-е сутки повторного инсульта пациентка скончалась. Результаты аутопсии: образования на эндокарде были представлены тромботическими наложениями с включениями мицелия грибка рода *Aspergilla*, одно из которых от основания протеза выстояло в просвет ЛЖ размерами 2,5x1,8x1,5 см, второе – вытянутой формы размерами 5x1,5 см выстояло в просвет аорты. В области устья протеза пристеночный тромбоз без признаков организации. В зоне манжеты протеза очаги некроза миокарда с признаками гнойного расплавления.

Обсуждение. Профилактика геморрагических осложнений у пациента с искусственным клапаном сердца основана на более тщательном контроле терапии варфарином. В качестве антитромботической терапии после геморрагического инсульта, согласно Европейским рекомендациям, необходимо назначать гепарины как можно скорее по решению мультидисциплинарной бригады. Необходима особая осторожность в отношении ИЭ у пациента с протезированным клапаном, особенно при развитии кардиоэмболического события. Выводы: Пациент с протезом клапана сердца имеет очень высокий риск развития кардиоэмболического инсульта вследствие тромбоза и ИЭ, а также высокий риск геморрагических осложнений на фоне выраженной гипокоагуляции.

НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ И ИЗУЧЕНИЯ СВОЙСТВ КРОВИ ДОНОРОВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Косякова Г.П.^{1,2}, Гуськов Е.А.³

¹Институт экспериментальной медицины,

²Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии имени Р.М. Горбачевой,

³Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет,

Санкт-Петербург

Возрастающая потребность онкологических лечебных учреждений в компонентах и препаратах крови диктует необходимость разработки изучения свойств крови доноров. Донорство – это доброволь-

ное предоставление части крови, ее компонентов, а также других тканей или органов для лечебных целей. Лица, добровольно дающих свою кровь и ее составные части, называют донорами. Существенное условие участия в донорстве – соответствие уровня здоровья донора определенным медицинским критериям.

Цель исследований. Изучение клеток костного мозга колониестимулирующих доноров и не стимулированных по % митотического индекса и фаз. Проблема донорства крови и ее компонентов является одной из очень важных для государства и ключевых для отечественного здравоохранения. От ее решения зависит сама возможность и качество оказания высокотехнологичной медицинской помощи в мирное время при заболевании лейкоз и в чрезвычайных ситуациях.

Материал и методы. Материалом для исследования служил костный мозг, который получали через прокол ости повздошной кости или поверхностного слоя грудины в ²НИИ детской онкологии и гематологии им. Р.М. Горбачевой, НИИ детской онкологии и гематологии им. Р.М. Горбачевой. Это делали под местной или общей анестезией. Нами была исследована миелограмма клеток костного мозга доноров. Миелограмму выполняют для диагностики патологических изменений системы крови, в частности лейкоза. Оценку миелограммы проводят в сопоставлении с клиническим анализом крови. Помимо этого, данный анализ позволяет определить некоторые другие заболевания, например лейшманиоз и системную красную волчанку. Препараты клеток костного мозга фиксируют 2 минуты май-грюнвальдом, затем окрашивают 17 минут красителем романовским -гимза и просматривают на микроскопе под увеличением в 100 раз.

Результаты и обсуждение. При оценке миелограммы у колоннестимулирующих доноров % митозов в среднем по группе 1,2%, что в 2 раза выше чем у доноров не стимулированных 0,76%. По фазам митоза у женщин доноров колоннестимулирующих в среднем 0,96%, напротив у мужчин на 1,2%. А у не стимулированных доноров митозы просматриваются в среднем от 0,72 до 0,76%. Стимуляцию клеток костного мозга делают для качественной трансплантации. У стимулированных доноров выше пролиферативный индекс, который влияет на быстрое обновление клеток у реципиентов на трансплантированные клетки, что ведет к качественному размножению и приживлению клеток костного мозга у больных лейкозом. По митотическим фазам у стимулированных доноров в среднем 6 митозов в основном профаз 1,8, а у не стимулированных 3,7 митозов в основном метафаз 1,1. Мегакариоциты и миелокариоциты в норме, клеточность хорошая. Соотношение лейкоцитов к эритроцитам 4:1, индекс созревания нейтрофилов 0,6-0,8, индекс созревания

эритробластов 0,8-0,9, количество бластов в норме 0,1-1,1%. Не наблюдается увеличенного количества клеток выше нормы разных пулов кроветворения.

Выводы. Мы провели оценку миелограммы костного мозга доноров. Из анализа данных следует, что стимуляция клеток костного мозга делает более качественную трансплантацию, так как клеток в трансплантате больше в два раза.

А также донорство воспитывает в человеке высокие нравственные принципы – гуманизм, доброту, отзывчивость, патриотизм, в которых так нуждается современное общество.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОФИБРАТА И КАРМИЗОЛА НА ТРИТОНОВОЙ МОДЕЛИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ И АТЕРОСКЛЕРОЗА

Косякова Г.П.^{1,2}, Лизунов А.В.¹, Шалыпин П.В.²

¹Институт экспериментальной медицины,

²Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет,

Санкт-Петербург

По мере старения, в организме человека происходит возрастное увеличение количества жировой ткани, развивается гиперлипидемия и артериальная гипертензия, сочетание которых повышает вероятность поражения сосудов сердца, головного мозга и смерти. Поэтому, для снижения риска применения лекарственных препаратов в клинике у этой категории пациентов, необходимо проводить доклинические исследования с учетом особенностей их действия на людей пожилого возраста.

В настоящее время мы доклиническое изучение лекарственных препаратов проводили на здоровых лабораторных животных. Основной причиной этого является сложность воспроизведения в эксперименте на животных ряда патологических состояний, адекватных заболеваниям человека. Между тем, хорошо известны возрастные различия в фармакокинетики лекарственных средств и, соответственно, эффективности лечения.

Нами исследованы препараты в токсикологическом эксперименте на модели гиперлипидемии и атеросклероза, которую вызывали с помощью атерогенной диеты с добавлением тритона на крысах.

Цель исследования. Изучить возможность применения модели экспериментально воспроизведенной гиперлипидемии и атеросклероза у крыс при токсикологическом изучении гиполлипидемических лекарственных средств кармизола синтезированного в ИЭМ и известного препарата фенофибрат.

Материалы и методы. Исследования выполнены на 27 самцах белых нелинейных крысах (исходная масса тела – 180-200 г), которых разделили на группы: 1-интактный контроль (6 крыс), П-крысы с воспроизведенной гиперлипидемией и атеросклерозом и тритоном (2 группа крысы с диетой и тритоном) 3 и 4 группы вводили фенофибрат и кармизол. Указанную патологию получали с помощью атерогенной диеты (гиперхолестериновая диета с добавлением витамина С и внутрибрюшинно тритона), которую скормливали крысам в течение недели. В течение опыта изучали интегральные, гематологические, биохимические показатели, проводили исследование функционального состояния сердечно-сосудистой и выделительной систем. После эвтаназии животных определяли коэффициенты массы внутренних органов.

Результаты и их обсуждение. Скармливание диеты в течение недели вызывало увеличение массы тела крыс по сравнению с интактным контролем. Животные, получавшие атерогенную диету имели неопрятный внешний вид, взъерошенную шерсть. Содержание животных на атерогенной диете приводило к развитию анемии (снижение количества эритроцитов, уровня гемоглобина), постепенно нарастающей лейкопении и тромбоцитозу, а также появлению клеток с микроядрами в крови. Через неделю скармливания диеты крысам отмечали значимое увеличение содержания общих липидов, триглицеридов и общего холестерина в сыворотке крови и ткани печени. На увеличение экспрессии генов интереса – аполипопротеин А-1, SREBP, SR – B1, аполипопротеин С2, PDIA2, в печени крыс которые превышали соответствующие показатели у интактных животных. У крыс II группы отмечены функциональные нарушения сердечно-сосудистой и выделительной систем.

Таким образом, длительное скармливание атерогенной диеты крысам приводит к развитию гиперлипидемии и атеросклероза.

Выводы. Предложенная модель гиперлипидемии и атеросклероза воспроизводит патологические процессы, происходящие в организме пожилых людей, и удачно подходит для доклинических экспериментальных токсикологических исследований лекарственных средств, предназначенных для лечения людей пожилого возраста. Модель атеросклероза у крыс в нашем опыте характеризовалась развитием гиперлипидемии, увеличением вязкости крови, атеросклеротическими изменениями в стенке сосудов и внутренних органах. Экспериментальное изучение безопасности – нового препарата кармизола синтезированного в ИЭМ прошло успешно. Препарат не проявляет аллергизирующие, мутагенные, иммуно-токсические и канцерогенные свойства.

ХИЩНЫЕ БАКТЕРИИ КАК СРЕДСТВО БОРЬБЫ С БИОПЛЕНКАМИ

Косякова К.Г.¹, Ширяева А.И.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины, Санкт-Петербург

Проблема подавления и разрушения микробных биопленок является чрезвычайно актуальной задачей, поскольку классические методы антибиотикотерапии инфекционных процессов зачастую малоэффективны или непредсказуемы из-за высокой устойчивости возбудителей в биопленках. В настоящее время не существует эффективных средств элиминации «оседлых» форм микроорганизмов, так как биопленки обладают повышенной устойчивостью к антимикробным воздействиям. Данный факт связан не только с резистентным фенотипом клеток, но и с наличием диффузного барьера, накопления в матриксе экзоферментов, физической недоступностью клеток. Кроме того, сниженный метаболизм клеток приводит к формированию антибиотикотолерантности.

В этой связи перспективным направлением этиотропной терапии является разработка альтернативных методов антимикробного воздействия на клетки в составе биопленок. Установлено, что проникать в матрикс и лизировать микробные клетки способны хищные бактерии родов *Bdellovibrio*, *Bacteriovorus* и *Micavibrio*, являющиеся облигатными или факультативными паразитами бактерий разных видов. Исходом такого взаимодействия является гибель клетки-хозяина и выход из нее потомства бактерии-хищника. Преимуществом хищных бактерий является широкий диапазон хозяев, специфичность в отношении бактерий, безвредность для многоклеточных организмов, низкая начальная доза.

Экспериментально показано, что *Bdellovibrio bacteriovorus* в количестве 10^2 КОЕ/ лунку проникают через биопленку *Escherichia coli* толщиной 30 мкм и уменьшают ее биомассу на 90% через 30 мин. В модельных экспериментах на кроликах и хищных животных показана возможность элиминации *Shigella flexneri* из желудочно-кишечного тракта, *Klebsiella pneumoniae* из респираторного тракта и других патогенов при инфекциях различной локализации. В опытах *in vitro* доказана эффективность хищных бактерий, в том числе для инактивации биопленки *E. coli* O157:H7 на поверхности нержавеющей стали. Следует от-

метить, что способность микроорганизмов формировать биопленки на поверхности имплантов, катетеров и т.п. является частой причиной развития тяжелых септических состояний, трудно поддающихся терапии. Кроме того, до 60% инфекций вызываются «оседлыми» формами бактерий, формирующими биопленки в очаге воспаления, что ведет к хронизации инфекционного процесса и низкой эффективности антимикробной терапии.

Таким образом, применение хищных бактерий предоставляется перспективным направлением лечения и профилактики инфекционных состояний, вызванных микробными биопленками.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ КРИПТОКОККОЗ У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Котлова К.Д., Фролова О.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Демонстрация клинического случая генерализованного криптококкоза у ВИЧ-инфицированного пациента с летальным исходом.

Материалы и методы. Больной К. 46 лет, переведен в ГПТД 27.12.2017 г. с подозрением на диссеминированный туберкулез легких в фазе распада на фоне ВИЧ-инфекции для дообследования и дальнейшего лечения. При поступлении состояние пациента расценивалось как тяжелое за счет явления интоксикации смешанного генеза. Больной предъявлял жалобы на выраженную слабость, малопродуктивный кашель, одышку при физической нагрузке. Из анамнеза заболевания: ранее туберкулезом не болел, туберкулезный контакт не установлен (возможен в МЛС с 2009 по 2012 гг.). ФЛГ обследование проходил нерегулярно, последнее-более 5 лет назад (снимок не представлен). ВИЧ инфекция 2009 г.: СПб ГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний» никогда не наблюдался, АРВТ не получал. Активный потребитель ПАВ (героин, метадон), злоупотреблял алкоголем. Ухудшение самочувствия с сентября 2017 г. - фебрилитет до 39.0 С, слабость, одышка. За медицинской помощью обратился 25.12.2017 г. СМП госпитализирован в ГБ №20, где при рентгенологическом контроле выявлен диссеминированный процесс в легких с подозрением на специфическую природу изменений, 27.12.2017 г. переведен в ГПТД для подтверждения диагноза.

Результаты и обсуждения. На основании отрицательных результатов (микроскопии и посева мокроты, ИФА с туберкулезным антигеном, реакции Манту и пробы с АТР (Диаскин-тест) диагноз вызывал сомнения. По клинико-рентгенологической картине, сопровождаемой положительным результатом T-Spot, процесс расценен как диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-) на фоне прогрессирующей ВИЧ-инфекции. 11.08.2018 на фоне ухудшения состояния пациента проведен альюмбальная пункция. В СМЖ обнаружены споры грибов рода *Cryptococcus*; при цитологическом исследовании: ликвор бесцветный, слабомутный, белок 0,66 г/л, сахар (-), реакция Панди (+), реакция Нонне-Апельта (+). Наличие дрожжевых грибов рода *Cryptococcus* подтверждено и при молекулярно-генетическом исследовании ликвора. По результатам дообследования установлен диагноз: Криптококковый менингит. С 12.01.2018 г. к лечению была добавлена антифунгальная терапия (АмфотерицинВ). На фоне проводимой антифунгальной, противотуберкулезной, инфузионно-детоксикационной и противовоспалительной терапии отмечалась тенденция к улучшению состояния в виде уменьшения интоксикационного синдрома. Однако через 4 суток констатирована смерть больного. По данным аутопсии установлен диагноз.

Основной: ВИЧ-инфекция, 4В ст., прогрессирование без АРВТ. Генерализованный криптококкоз: криптококковая полисегментарная пневмония, интерстициальный нефрит, менингоэнцефалит.

Осложнения: Кахексия, энцефалопатия, гидроцефалия, атрофия скелетных мышц, паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек; расширение полостей сердца, венозный застой печени, отек мозга.

Сопутствующий: Хронический вирусный гепатит «С» низкой степени активности. Закрытый перелом скуловой кости и верхней челюсти слева.

Смерть больного 46 лет последовала от ВИЧ-инфекции с развитием в качестве вторичного заболевания криптококкоза, генерализация которого вызвала интоксикацию, явившуюся непосредственной причиной смерти. Данных за диссеминированный туберкулез легких не получено.

Выводы. 1. У ВИЧ-инфицированных пациентов, несмотря на типичную рентгенологическую картину туберкулеза при отрицательных результатах молекулярно-генетических и микроскопических исследований, необходимо дообследование на микотическую инфекцию. 2. Положительный T-SPOT не является единственным основанием для установления туберкулезной природы заболевания.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кошиц Е.М., Зверко О.И., Лакотко Т.Г.

Гродненский государственный
медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В основе развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) лежит необратимая обструкция бронхов, обусловленная различными механизмами. Регуляция бронхиальной проходимости обеспечивается на нервном (симпатическом и парасимпатическом) и гуморальном уровнях. Одним из патогенетических звеньев развития ХОБЛ является наличие нейрогуморального дисбаланса. В связи с этим имеет значение оценка состояния автономной нервной системы у пациентов с ХОБЛ.

Цель. Провести анализ показателей функции внешнего дыхания у пациентов с ХОБЛ в зависимости от вегетативного тонуса.

Материалы и методы. На базе пульмонологического отделения УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно» было обследовано 22 пациента с ХОБЛ GOLD 2 без тяжелой сопутствующей патологии, которая могла бы повлиять на результаты исследования. Средний возраст составил $61,8 \pm 8,7$, среди них 8 (36%) женщин и 14 (64%) мужчин.

Пациенты были обследованы согласно протоколов диагностики МЗ РБ. Для определения функции внешнего дыхания выполнялось спирометрическое исследование. С целью оценки состояния вегетативной нервной системы (ВНС) обследуемым производилось запись кардиоинтервалограммы с последующим анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР).

На основании преобладающего тонуса ВНС пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 10 пациентов с ХОБЛ средней степени с преобладанием тонуса парасимпатического отдела ВНС, 2 группа – 12 пациентов с ХОБЛ средней степени с отсутствием преобладания тонуса парасимпатического отдела ВНС. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Статическая обработка проводилась при помощи непараметрических методов в пакете программы «Statistica 10.0». Сравнение показателей между двумя независимыми выборками оценивали с помощью теста Манна-Уитни. Для установления корреляционных взаимосвязей рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена. За статистически значимый принят уровень $p < 0,05$.

Результаты. По результатам спектрально анализа ВСР у пациентов с ХОБЛ отмечалось преоблада-

ние в мощность спектра вклада волн высокой частоты (HF) над низкочастотным диапазоном (LF), а индекс ваго-симпатического взаимодействия (LF/HF) составил 0,60 (0,31; 1,10).

При анализе спирометрического исследования обнаружено, что 1 группе пациентов по сравнению со 2 группой наблюдались достоверно более низкие значения объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) (%) 57 (56; 64) и 78 (66; 79), индекса Тиффно (%) 61 (55; 65) и 69 (67; 70) и более высокие значения резервного объема вдоха (РО вд) (л) 2,8 (2,6; 3,0) и 1,3 (0,9; 1,6).

При расчете коэффициента корреляции Спирмена была установлена значимая умеренная положительная взаимосвязь между ОФВ₁ и LF ($r=0,53$), между ОФВ₁ и LF/HF ($r=0,46$). Аналогичная положительная корреляция обнаружена между показателем индекса Тиффно с LF ($r=0,64$) и с LF/HF ($r=0,59$). Кроме того, установлена значимая умеренная отрицательная взаимосвязь между показателем индекса Тиффно с HF ($r=-0,59$). Аналогичная отрицательная корреляция получена между показателем LF и РО вд ($r=-0,48$).

Выводы. 1. Состояние вегетативного тонуса у пациентов с ХОБЛ характеризуется преобладанием влияния парасимпатического отдела ВНС. 2. Гиперпарасимпатикотония у пациентов с ХОБЛ ассоциируется со снижением спирометрических показателей, характеризующих нарушения по обструктивному типу. 3. Наличие корреляционных взаимосвязей между спирометрическими показателями бронхиальной проходимости и спектральными данными ВРС может оправдывать их использование для оценки нейровегетативной регуляции кардиореспираторной системы.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОРАКОМИОФАСЦИАЛЬНЫХ КАРДИАЛГИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: СЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИКА

Кравчук А.В., Наджарьян Л.Г.,
Латышев Ю.В., Бязров М.Ш.

2 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии России,
г. Пятигорск

Введение. Проблема кардиалгий является актуальной для развивающегося в последующие годы клинической альгологии. Кардиалгии широко распространены в популяции и встречаются в практике как терапевта и кардиолога, так и неврологов. Вопросы систематизации и семиотики торакомиофасциальных кардиалгий окончательно не разработаны.

Цель исследования. Уточнение вопросов систематизации основных клинико-патологических вариантов торакомиофасциальных кардиалгий с целью повышения качества дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии.

Материал и методы. Изучались клинические проявления торакомиофасциальных кардиалгий у 40 пациентов в возрасте от 32 до 65 лет, средний возраст – 46,5±10,4 лет.

Результаты и обсуждения. В структуре торакомиофасциальных кардиалгий выделялись 3 варианта: вертеброгенные; грудинно-реберные; миофасциальные. Вертеброгенные кардиалгии, ассоциированные с остеохондрозом грудного отдела позвоночника наблюдались в 20 случаях. Вегетовисцеральные проявления остеохондроза грудного отдела позвоночника часто приводят к диагностическим ошибкам и в связи с этим к неправильному лечению. При поражении среднегрудных узлов боль иррадиировала в грудь, лопатки, межлопаточное пространство, область сердца, нижнюю часть грудной клетки; нижних грудных симпатических узлов – подлопаточный отдел, нижний отдел груди, в области живота, иногда в нижние конечности. Клиника кардиалгического синдрома характеризовалась длительными – до суток, с постепенным началом или приступообразными с пролонгацией болевого синдрома до 1-1,5 часа, давящими, сверлящими болями в области сердца, его верхушке или загрудинно. При приступообразном начале большинство больных жаловались на сопутствующее боли сердцебиение; по данным ЭКГ отмечалась наджелудочковая тахикардия и экстрасистолия, однако не было изменений, характерных для ишемии миокарда и приступ не купировался приемом нитроглицерина или валидола, а уменьшался после применения простых анальгетиков. Обязательным компонентом терапии вертеброгенных кардиалгий являлось назначение анальгетиков, антидепрессантов и противосудорожных препаратов при наличии нейропатической боли. В 8 случаях грудинно-реберные боли были обусловлены остеохондропатией реберно-хрящевых и грудинно-реберных сочленений. Боль у 5 больных имела четкую локализацию, 3 случаев была разлитой. Часто боли усиливались при глубоком дыхании, наклонах в стороны, носили приступообразный характер, но были продолжительными и уменьшались после приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Одно- или двустороннее поражение грудинно-ключичных суставов в 2 случаях сочетались с остеохондритами в рамках синдрома Титце. Миофасциальные боли отмечались у 10 пациентов. Гипертонус имел как вертеброгенный генез, так и местные (воспаление или повреждение энтезов – мест крепления мышц к костям), и системные (экстрапирамидные расстройства) причины. Она уменьшалась или исчезала при назначении противоспазмических средств (толперизон, баклофен, тизанидин) и после проведения лечебных блокад.

Вывод. Систематизация торакомиофасциальных кардиалгий, имеющих различный патофизиологический механизм, выраженный клинический полиморфизм, позволяет повысить качество дифференциальной диагностики, дифференцированного назначения медикаментозной терапии, что прямым образом влияет на купирование болевого синдрома и повышения качества жизни этих больных.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Красильщикова Е.Н.¹, Спицина С.С.^{1,2}

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель. Изучить основные факторы риска, структуру и частоту ишемической болезни сердца (ИБС) у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Под наблюдением были 100 больных с достоверным диагнозом РА, находящихся в ревматологическом отделении ГУЗ ГКБ СМП №25 г. Волгограда. Среди обследованных было 76% женщин и 24% мужчин. Средний возраст больных 53,7±12,25, а средняя продолжительность заболевания 6,13±3,69 лет. Большинство пациентов страдали РА от 1 до 5 лет – 53 человека, 5-10 лет – 37, более 10 лет – 10 человек. Серопозитивный РА выявлялся у 63 пациентов. Ранняя стадия была у 18% больных, развернутая – 40%, поздняя – 42%. Высокую степень активности имели 97 человек (DAS28-CRP(4)>5,2). Наиболее часто диагностировались II и III рентгенологические стадии – у 64%. Висцеральные проявления (церебральный васкулит, аутоиммунная анемия) наблюдались у 9 человек. Все больные получали нестероидные и базисные противовоспалительные препараты, 32% – преднизолон в дозе 10 мг ежедневно. Проводилось комплексное обследование включенных больных (клиническое, лабораторное, инструментальное). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ SSPS 20.0.

Результаты и их обсуждение. Патология сердечно-сосудистой системы была выявлена у 84% больных. Из них у 45% диагностированы различные

формы ИБС. Для данной группы больных был характерен высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск по шкале SCORE. Метаболический синдром встречался у 18%, атеросклероз аорты по данным Эхо-КГ – у 14% пациентов. Стабильная стенокардия напряжения была выявлена у 32% больных группы с ИБС, нарушения ритма и проводимости сердца – у 38%, безболевого ишемия миокарда – у 8%, кардиосклероз, включая постинфарктный, – у 22%. По данным электрокардиографии выявлялись следующие нарушения: диффузные и ишемические изменения миокарда, замедление внутрисердечной проводимости, перегрузка левого желудочка, блокады левой и правой ножек пучка Гиса, экстрасистолия. Среди больных РА с верифицированным диагнозом ИБС отмечались традиционные факторы кардиоваскулярного риска. В эту группу вошли пациенты с увеличенной окружностью талии, наличием курения и отягощенной наследственностью в анамнезе, артериальной гипертензией, признаками атеросклероза аорты, гиперхолестеринемией, признаками хронической болезни почек. Также, отмечались факторы, ассоциированные с РА. Проявления ИБС чаще регистрировались у пациентов с серопозитивным РА, длительным течением, высокой активностью, приемом НПВП и ГКС, наличием внесуставных проявлений (анемии).

Выводы. Таким образом, у 45% диагностированы различные формы ИБС. Стабильная стенокардия напряжения была выявлена у 32% больных группы с ИБС, нарушения ритма и проводимости сердца – у 38%, безболевого ишемия миокарда – у 8%, кардиосклероз, включая постинфарктный, – у 22%. У пациентов с РА риск сердечно-сосудистых осложнений связан как с традиционными факторами, так и с ассоциированными с заболеванием (длительностью РА более 5 лет, высокой активностью, серопозитивностью, внесуставными проявлениями, приемом НПВП и ГКС).

ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА

Кудинова А.Н.¹, Ковалев С.В.², Гордиенко А.В.¹, Сотников А.В.¹, Носович Д.В.¹

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

²1586 Военный клинический госпиталь, г. Смоленск

Цель работы. У мужчин моложе 60 лет оценить влияние на легочную гемодинамику в острой и

подострой периоды инфаркта миокарда (ИМ) сезонной периодичности для оценки возможностей совершенствования профилактики легочной гипертензии.

Материалы и методы. Изучены результаты стационарного лечения в Санкт-Петербурге в 2000-2015 гг. 566 мужчин моложе 60 лет по поводу ИМ со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) СКД-ЕРІ 30 и более мл/мин/1,73 м². Пациенты разделены на сопоставимые по возрасту группы в зависимости от исхода ИМ (выжил (536)/умер (30 пациентов)), нарушения функции почек (СКФ 30-59 (61)/60 и более (мл/мин/1,73 м²) (351)), сезонов года (зимнего (168), весеннего (136), летнего (149), осеннего (113)). Сезонные изменения изучали, разделяя случаи по климатическим периодам на основании среднесуточной температуры воздуха метеостанции Санкт-Петербурга. Легочную гемодинамику оценивали при эхокардиографии в первые 48 часов (1) и в конце 3 недели ИМ (2). Определяли: среднее давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст) по А. Kitabatake и общее легочное сопротивление (ОЛС, дин×с×см⁻⁵). Показатели сравнивали на основе критериев Манна-Уитни, Краскела-Уолеса с апостериорным критерием и Вилкоксона. Для оценки многолетних изменений все случаи распределили на периоды, I: 2000-2005 (251 наблюдение), II: 2005-2010 (224) и III: 2010-2015 гг. (91), которые анализировали с помощью метода временных рядов.

Результаты. При изучении СДЛА (1: зима – 31,4±11,3; весна – 32,8±14,2; лето – 32,1±14,1; осень – 31,1±12,2; 2: зима – 27,3±8,2; весна – 26,7±8,2; лето – 28,3±8,9; осень – 28,1±7,9 (мм рт.ст.)) и ОЛС (1: зима – 526,5±284,4; весна – 523,7±305,6; лето – 511,9±272,0; осень – 526,8±282,9; 2: зима – 337,6±150,1; весна – 363,8±192,4; лето – 397,8±205,3; осень – 357,2±145,4 (дин×с×см⁻⁵)) у обследованных значимых сезонных различий не выявлено. Отмечено превышение СДЛА₁ нормальных уровней во все периоды года. Выявлена тенденция к более высоким значениям СДЛА в весенний период. Наблюдалось значимое снижение СДЛА₂ зимой, весной и летом и ОЛС₂ – во все периоды с нормализацией первого и с тенденцией к нормализации второго показателя. Отмечена тенденция к большим значениям СДЛА₂ и ОЛС₂ летом и осенью.

У больных со сниженной СКФ отмечены более высокие значения СДЛА₂ и ОЛС₂ в зимний период (30,0±6,9 и 26,5±7,3 мм рт.ст. соответственно, p<0,05).

При сравнении пациентов по исходу заболевания значимых различий показателей, как в целом, так и в группах по сезонам года не выявлено.

При оценке динамики показателей по многолетним периодам значимых отличий по СДЛА₁, а также ОЛС₁ не получено. Значения ОЛС₂ III пери-

ода превышали аналогичные для I ($p < 0,05$). При оценке данных методом временных рядов выявлен незначительный положительный тренд этого показателя (1,802; $R^2 = 11,6\%$; $p < 0,05$; оценка сезонности: зима: $-1,8\%$; весна: $-0,3\%$; лето: $4,4\%$; осень: $-3,1\%$; $R^2 = 13,4\%$; $p < 0,01$). Сезонные изменения выявлены для СДЛА₁ (зима: $-6,9\%$; весна: $2,8\%$; лето: $6,0\%$; осень: $-4,1\%$; $R^2 = 7,4\%$; $p < 0,05$) и СДЛА₂ (зима: $-0,7\%$; весна: $-4,7\%$; лето: $2,1\%$; осень: $3,8\%$; $R^2 = 11,0\%$; $p < 0,01$), что свидетельствует о менее благоприятных изменениях СДЛА₁ весной и летом и летом и осенью – СДЛА₂.

Выводы. У обследованных отмечается повышение СДЛА₁ и ОЛС₁ с последующей нормализацией СДЛА₂ и снижением ОЛС₂, не достигая нормальных значений. Зависимость СДЛА и ОЛС от изменений сезонных факторов не выражена. Однако она достоверно выявляется при оценке многолетних исследований и у пациентов с нарушенной функцией почек. Сезонные отличия ОЛС и СДЛА носят вторичный характер по отношению к клиническим закономерностям частоты регистрации осложнений ИМ.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА РЕЧЕВУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.¹, Шалькевич Л.В.¹, Литвинова О.С.²

¹Белорусская медицинская академия
последипломного образования,

²Городской клинический
детский психиатрический диспансер,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить влияние ПЭЛС на речевую функцию у детей с РАС в сочетании с эпилепсией (или субклиническими эпилептиформными изменениями на ЭЭГ). Провести сравнительный анализ результатов назначения конкретных ПЭЛС на речевой статус исследуемых пациентов.

Материалы и методы. Проведено когортное ретроспективное изучение данных 27 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст 7 лет 5 месяцев \pm 28,7 месяцев) с РАС в сочетании с эпилептическими нарушениями. Среди этих пациентов у 48% ($n = 13$) был установлен диагноз эпилепсия, у 37% ($n = 10$) – пароксизмальные состояния эпилептического генеза и у 15% ($n = 4$) – субклинические эпилептиформные изменения по

результатам ЭЭГ. Всем пациентам была назначена монотерапия в среднетерапевтических дозах одним из нижеперечисленных ПЭЛС продолжительностью не менее 1 года. Из 27 пациентов 56% ($n = 15$) получали препараты вальпроевой кислоты, 26% ($n = 7$) – топирамат, 7% ($n = 2$) – карбамазепин/окскарбазепин, 4% ($n = 1$) – леветироцетам, 4% ($n = 1$) – клоназепам и 4% ($n = 1$) – ламотриджин. Побочных эффектов от принимаемого лечения ни у одного из пациентов зарегистрировано не было. Всем пациентам, включенным в исследование, было проведено двукратное (до и через 12 месяцев после лечения) комплексное логопедическое обследование с целью определения уровня речевого развития ребенка.

Результаты. До назначения ПЭЛС пациенты, включенные в исследование, были распределены по уровню речевого развития следующим образом: 1 уровень речевого развития – 51,8% ($n = 14$), 2 уровень речевого развития – 37% ($n = 10$), 3 уровень речевого развития – 11,1% ($n = 3$). После 12 месяцев приема ПЭЛС распределение было следующим: 1 уровень речевого развития – 14,8% ($n = 4$), 2 уровень речевого развития – 59,3% ($n = 16$), 3 уровень речевого развития – 25,9% ($n = 7$). Таким образом, было отмечено достоверно значимое улучшение уровня речевого развития, что заключалось в повышении его уровня ($\chi^2 = 8,54$ $p = 0,014$). При сравнительном анализе эффективности различных видов ПЭЛС в отношении их влияния на функцию речи у пациентов детского возраста с сочетанием РАС и эпилепсии (или субклинических эпилептиформных разрядов на ЭЭГ) было установлено, что улучшение уровня речевого развития отмечалось при назначении препаратов вальпроевой кислоты в 26,7% ($n = 4$) случаев, топираматов – в 85,7% ($n = 6$), карбамазепина/окскарбазепина – в 100% ($n = 2$) и при применении других ПЭЛС – в 66,7% ($n = 2$) случаев. Следовательно, коррекция логопедического статуса у изучаемой когорты пациентов чаще отмечалась при применении топираматов и карбамазепина/окскарбазепина ($\chi^2 = 9,10$ $p = 0,028$).

Выводы. Сопоставление данных логопедического обследования позволяет оценить влияние назначения антиконвульсантов на речевую функцию у пациентов детского в возрасте с сочетанием эпилептических нарушений и РАС. Выявлена статистически значимая эффективность противоэпилептических препаратов в отношении коррекции речевых нарушений в виде улучшения уровня речевого развития. Установлено, что топираматы и производные иминостельбена обладают сравнительно более высокой эффективностью в отношении коррекции расстройств функций речи и общения.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ УРЕМИЧЕСКОЙ САРКОПЕНИИ

Кузярова А.С.¹, Гасанов М.З.¹,
Батюшин М.М.¹, Голубева О.В.²

¹Ростовский государственный
медицинский университет,
²ООО «Гемодиализный центр Ростов»,
г. Ростов-на-Дону

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) является частым осложнением у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), получающих заместительную почечную терапию. При этом большая распространенность нутритивного дисбаланса выявлена у пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе и составляет, по разным данным, от 20 до 70%. Нарушение питательного статуса оказывает неблагоприятное влияние на выживаемость, заболеваемость и возможности реабилитации данной группы больных, прежде всего за счет развития уремической саркопении. Саркопения ассоциирована с уменьшением массы мышечной ткани, заменой ее на жировую, что клинически выражается в снижении мышечной силы. В связи с этим прогностическое значение имеет определение компонентного состава тела в динамике. Наиболее доступным и информативным методом оценки мышечной массы является биоимпедансометрический анализ (БИМ).

Цель. Оценить изменение показателей БИМ при развитии БЭН у пациентов с ХБП 5 стадии (ХБП5Д), получающих терапию хроническим гемодиализом. Материалы и методы: обследовано 80 пациентов: 47 мужчин и 33 женщины, средний возраст которых 51,7±11,6 лет. Все пациенты имели ХБП5Д стадии и получали лечение ГД, средней длительностью 33,5 (0,5; 236) месяцев. Нутриционная оценка включала анализ диеты, антропометрию и лабораторные параметры. Стадия БЭН оценивалась по методике Bilbrey-Cohen. Компонентный состав тела определялся методом биоимпедансометрии («Диамант АИСТ-мини», Россия), мышечная сила оценивалась с помощью кистевой динамометрии и теста с поднятием ноги. Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных программ Mic. Off. Excel-2016 (Microsoft Corp., USA) и Statistica-12.0 (StatSoft Inc., USA).

Результаты. В поведенном исследовании распространенность БЭН составляла 90%, распределяясь преимущественно между легкими (61,25%) и умерен-

ными (27,5%) нутритивными нарушениями, у 1,25% выявлена тяжелая степень БЭН. Снижение мышечной силы определялось у 12,8% мужчин и 27,3% женщин. Нами был рассмотрен комплексный ранжированный параметр зависимости прогрессирующего снижения мышечной силы конечностей при наличии БЭН, где 0 – отсутствие изменений динамометрических параметров в ответ на развитие БЭН, 1 – снижение мышечной силы нижней или верхней конечности при развитии белково-энергетического дефицита, 2 – снижение силы мышц руки и ноги у пациентов с белковым дефицитом. Исследуемый параметр имел отрицательную корреляционную связь со снижением как активной клеточной массы ($p < 0,05$), так и общей безжировой массы тела ($p < 0,05$) по данным БИМ, что может быть объяснено уменьшением массы мышечной ткани. Регрессионный анализ продемонстрировал снижение мышечной силы на фоне увеличения общего объема жидкости ($p = 0,034$), преимущественно за счет внеклеточного компонента ($p = 0,029$), что, наиболее вероятно, связано с отклонением от сухого веса пациента за счет значительной прибавки в весе в междиализный период, что, по данным смежных исследований, ассоциировано с неблагоприятным прогнозом.

Выводы. Определение в динамике компонентного состава тела методом биоимпедансометрии позволяет косвенно судить о выраженности БЭН и имеет важное прогностическое значение для выявления уремической саркопении. Выявление на ранних этапах признаков нутритивного дисбаланса у больных с ХБП5Д, получающих терапию хроническим гемодиализом, позволит своевременно скорректировать диетические рекомендации и оптимизировать медикаментозную терапию с целью улучшения прогноза и продолжительности жизни данных пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МИОСТАТИНА И ПРОТЕИНКИНАЗЫ- β ПРИ РАЗВИТИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Кузярова А.С.¹, Гасанов М.З.¹,
Батюшин М.М.¹, Голубева О.В.²

¹Ростовский государственный
медицинский университет,
²ООО «Гемодиализный центр Ростов»,
г. Ростов-на-Дону

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) – состояние, ассоциированное со снижением почечной функции. По последним данным, при ХБП 3Б наличие БЭН отмечается у 4,2%, при ХБП4

стадии – у 21,3%, при снижении скорости клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин до 74,5% больных. Наиболее выражены нарушения нутритивного статуса у пациентов, получающих заместительную почечную терапию хроническим гемодиализом. Сегодня доказано, что важную роль в патогенезе БЭН играет не только алиментарный дефицит белка, но и активация катаболических контуров в мышечной ткани. Одним из ведущих механизмов деградации белка является подавление протеинкиназы- β в результате активации миостатина, что представляет существенный исследовательский интерес.

Цель исследования. Оценить изменение активности миостатина и протеинкиназы- β при развитии БЭН у пациентов с ХБП5Д, получающих терапию гемодиализом.

Материалы и методы. Обследовано 80 человек обоего пола (47 мужчин и 33 женщины) с ХБП5Д стадии, получающих лечение хроническим гемодиализом, медиана которого – 33,5 (0,5; 236) месяцев. Средний возраст – 51,7 \pm 11,6 лет. У всех обследуемых собирались клинико-anamnestические данные, проводилось антропометрическое и лабораторное исследование. Уровень MSTN и АКТ оценивался в сыворотке крови методом непрямого иммуноферментного анализа (ELISA Kit, США). Стадия БЭН определялась по методике Bilbrey-Cohen. Анализ данных осуществлялся с использованием программ «Statistica 10.0» и «Microsoft Office 2016».

Результаты. Средний уровень MST составил 8,47 \pm 1,27 нг/мл, АКТ – 3,15 \pm 2,15 нг/мл. В проведенном исследовании не было отмечено прямой взаимосвязи исследуемых маркеров с БЭН, которая диагностирована у 91,5% мужчин и 87,9% женщин. С целью комплексной оценки влияния MSTN и АКТ на процессы мышечного гомеостаза, предложен индекс катаболизма мышечной ткани (ИКМТ), где: 0 – низкий уровень катаболизма (АКТ>MSTN), 1 – относительное равновесие процессов синтеза и деградации белка (АКТ=MSTN), 2 – значительное преобладание катаболизма (MSTN>АКТ). Регрессионный анализ показал увеличение ИКМТ при прогрессировании БЭН с 28% (при ее отсутствии) до 68% при легкой стадии, при умеренных нутритивных нарушениях – до 85%, до 93% при выраженном белковом дисбалансе ($p<0,05$). Нарастание ИКМТ ассоциировано с более частым приемом кетоаналогов аминокислот, что также отмечалось при увеличении MSTN ($p<0,05$). Подобные взаимосвязи можно объяснить преобладанием катаболических процессов в мышечной ткани с возможной медикаментозной коррекцией. Также определена корреляционная зависимость пониженного содержания трансферрина в крови при нарастании ИКМТ ($p=0,03$), что по данным смежных исследований коррелирует с развитием БЭН.

Выводы. Проведенное нами исследование позволило подтвердить участие миостатина и протеинкиназы- β в процессах мышечного гомеостаза, при этом полученные результаты свидетельствуют о преобладании комплексного влияния изучаемых биомаркеров на мышечный метаболизм. Таким образом, предложенный индекс катаболизма позволяет оценить степень деградации мышечной ткани, и может быть использован для более ранней диагностики БЭН у пациентов на гемодиализе.

ДИАЛИЗНЫЕ ПЕРИТОНИТЫ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭТИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Куприна Т.В.¹, Рябкова Н.Л.^{1,2}

¹Петрозаводский государственный университет,
²Республиканская больница имени В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Перитонит является достаточно частым и серьезным осложнением перитонеального диализа (ПД). Тяжелый или длительный перитонит приводит к структурным и функциональным изменениям перитонеальной мембраны, что в конечном итоге является причиной перевода пациента на хронический гемодиализ. Существующие на данный момент рекомендации по эмпирической антимикробной терапии требуют учитывать локальные особенности микробного пейзажа.

Цель исследования. Изучить частоту, особенности течения и этиологическую структуру диализных перитонитов (ДП) в Республике Карелия.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни всех пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» в 2015г. по поводу диализного перитонита. Результаты исследования обрабатывались с помощью IBM-совместимого компьютера с процессором Pentium с использованием Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение. В 2015 г. заместительную почечную терапию методом ПД в Республике Карелия получали 43 пациента, из них у 26 диагностирован ДП. Всего зафиксировано 39 случаев ДП, при этом однократно – у 16 пациентов, у 5 – дважды, у 3 – трижды и у 1 пациента – 4 раза за год. Основными заболеваниями, послужившими причиной для развития ХБП, у больных ДП явились хронический гломерулонефрит (42,30%) и сахарный диабет (СД) (26,92%). Среди пациентов, неоднократно перенесших ДП, одинаково часто в качестве пер-

вичной нозологии выступали хронический гломерулонефрит и СД, при этом в структуре СД преобладал диабет 1 типа (75%). Средний возраст пациентов с ДП составил $54,77 \pm 10,46$ лет, преобладали женщины (53,85%). Срок от начала ПД до первого эпизода ДП в среднем – $9,16 \pm 8,8$ мес., между рецидивами при повторных случаях ДП – $4,5 \pm 3,0$ мес.

Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование, в 46,4% случаев получена микрофлора. Наиболее часто выделялись представители *Staphylococcus* spp. (86,67%), из них были устойчивы к оксациллину (MRSA, MRSE) 23,08%. Также из диализата выделялись: *Enterococcus* spp., *Klebsiella pneumoniae* и смешанная микрофлора (2 возбудителя). Энтерококк отличался чувствительностью практически ко всем антимикробным препаратам, а *Klebsiella pneumoniae* в половине случаев продуцировала бета-лактамазы расширенного спектра.

Выводы. Частота выявления ДП у больных ПД составила 0,6 эпизода на 1 больного в год. Среди пациентов с повторными эпизодами ДП преобладали больные с хроническим гломерулонефритом и СД. Более чем в половине случаев микрофлора не выявлена, что не позволяет проводить адекватную этиотропную терапию и указывает на необходимость более жесткого контроля за методикой забора и транспортировки биоматериалов. Основным возбудителем явились представители *Staphylococcus* spp., в 23,08% устойчивые к оксациллину, что необходимо учитывать в случае неэффективности стартовой терапии при отрицательных результатах микробиологических исследований.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА GP1BA И ЕГО ВЛИЯНИЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Курупанова А.С., Ларева Н.В.

Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита

Одна из актуальных проблем медицины – это сердечно-сосудистые заболевания. Несмотря на достигнутый прогресс в их лечении, сохраняется высокая смертность. Понимание генетического вклада в функцию тромбоцитов может иметь клиническое значение. Для анализа был взят ген GP1BA, кодирующий тромбоцитарный рецептор к фактору фон Виллебранда. Полиморфизм C145T влияет на структуру гликопротеина GPIb, приводя к повышенному риску тромбоза.

Цель исследования. Определить частоты полиморфизмов гена GP1BA у мужчин и женщин с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКССПСТ), определить ассоциацию генотипов с факторами риска, анамнестическими данными, клиническими событиями и исходами.

Материалы и методы. В исследование включены 75 мужчин и 75 женщин с диагнозом ОКССПСТ, поступившие в Региональный сосудистый центр Краевой клинической больницы г. Читы с ОКССПСТ. Средний возраст мужчин составил 58 [49; 63], женщин 64 [58; 68], $p < 0,0001$. Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование для определения SNP в гене GP1BA (C145T) методом полимеразной цепной реакции «SNP-экспресс» в режиме реального времени. Использованы стандартные наборы праймеров НПФ «Литех» – «SNP-экспресс-PB». Всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ) с последующей реваскуляризацией при необходимости. Через 1 год оценивали прогноз с учетом следующих комбинированных конечных точек (ККТ). Первичная ККТ включала случаи фатальных сердечно-сосудистых событий. Вторичная ККТ охватывала проведение пациентам реваскуляризации по показаниям, госпитализации по поводу ухудшения течения ИБС. Для сравнения двух независимых выборок применяли хи-квадрат и критерий Фишера при ожидаемом явлении менее 5. Статистическая обработка проведена с помощью программы «STATISTICA 10.0».

Результаты. Генотип TT, увеличивающий проторомботический эффект, был установлен у 1 мужчины (1,3%) и у 3 женщин (4%). Генотип ST был выявлен у 20 мужчин (26,7%) и у 12 женщин (16%). Генотип CC встречался у 57 (72%) мужчин и у 60 (80%) женщин. Статистически достоверной разницы аллельных вариантов между группами мужчин и женщин не было выявлено. Анализировалась связь аллеля T и таких факторов риска, как наследственность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, такие анамнестические данные, как перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), предшествующее ЧКВ, связь с симптом-зависимой артерией по КАГ в настоящую госпитализацию. В группе женщин была выявлена ассоциация аллеля T с достижением целевого АД ($n=12$, $p=0,04$), с предшествующим ЧКВ ($n=2$, $p=0,018$). В группе мужчин с этими же факторами риска не было обнаружено связи с данным аллелем. При исследовании связи полиморфизмов гена GP1BA и клинических событий (отек легких, кардиогенный шок, пароксизм фибрилляции предсердий, желудочковые нарушения ритма, полная AV-блокада, тромбоз стента), конечных точек, была выявлена ассоциация аллеля T у мужчин с вто-

ричной ККТ ($n=2$, $p=0,018$). В группе женщин наблюдалась тенденция с ассоциацией к отеку легких ($n=3$, $p=0,07$).

Выводы. Таким образом, определена распространенность полиморфизма С145Т среди пациентов с ОКССПST у жителей Забайкальского края. Найдена его ассоциация у мужчин со вторичной конечной точкой, у женщин с предшествующим ЧКВ, достижением целевого АД и наблюдалась тенденция с ассоциацией полиморфизма и отека легких. Таким образом, можно говорить о том, что отмечается разное влияние данного полиморфизма у мужчин и женщин.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧРЕЗБРОНХИАЛЬНОЙ БИОПСИИ ЛЕГКОГО

Курчавая Е.Г., Маменко И.С.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявление диагностической эффективности бактериологического и молекулярно-биологического методов исследования в верификации диагноза туберкулеза легких при использовании чрезбронхиальной биопсии легкого (ЧББЛ).

Материалы и методы. В исследование включены 220 пациентов с инфильтративными изменениями легких (ИИЛ) и диссеминированными процессами легких (ДПЛ), находившихся на обследовании в ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ в 2017-2018 гг. Для верификации диагноза всем пациентам была выполнена ЧББЛ из пораженного сегмента легких. Помимо гистологического исследования, материал ЧББЛ направлялся на бактериологическое исследование с целью выделения культуры микобактерий туберкулеза (посев на жидкие и плотные питательные среды) и молекулярно-биологическое исследование с целью выделения ДНК микобактерий туберкулеза (полимеразная цепная реакция – ПЦР). Диагноз туберкулеза считался верифицированным на основании выделения возбудителя туберкулеза любым из вышеуказанных методов и обнаружения гранулематозного процесса в легочной ткани при ЧББЛ.

Результаты. 1. По результатам комплексного обследования пациентов у 33% выявлен туберкулез; у 28% – злокачественные опухоли; у 17% – саркомы; у 15% – интерстициальные заболевания; у 4% – пневмония; у 3% – микобактериоз.

2. У пациентов с ДПЛ чувствительность использования бактериологического метода для верификации туберкулеза составила 44%; специфичность – 100%; точность – 85%; прогностическая ценность положительного ответа (ПЦПО) – 100%; прогностическая ценность отрицательного ответа (ПЦОО) – 84%.

3. У пациентов с ДПЛ чувствительность использования ПЦР для верификации туберкулеза составила 59%; специфичность – 80%; точность – 76%; ПЦПО – 51%; ПЦОО – 85%.

4. У пациентов с ИИЛ чувствительность использования бактериологического метода для верификации туберкулеза составила 59%; специфичность – 100%; точность – 74%; ПЦПО – 100%; ПЦОО – 70%.

5. У пациентов с ИИЛ чувствительность использования ПЦР для верификации туберкулеза составила 48%; специфичность – 82%; точность – 69%; ПЦПО – 64%; ПЦОО – 70%.

Выводы. 1. Бактериологическое исследование материала ЧББЛ на микобактерии туберкулеза является высокоспецифичным исследованием (специфичность метода составляет 100%), но обладает низкой чувствительностью (40-44%). Исследование материала ЧББЛ на ДНК микобактерий туберкулеза методом ПЦР позволяет повысить эффективность диагностики туберкулеза за счет большей чувствительности метода (48-59%). 2. ЧББЛ с комплексным исследованием полученного материала (гистологическое исследование + молекулярно-биологическое и бактериологическое исследование на микобактерии туберкулеза) позволяет в большинстве случаев (80-82%) верифицировать диагноз туберкулеза при включении в алгоритм обследования больных с инфильтративными изменениями легких и диссеминированными процессами легких.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Кучина А.И.¹, Панина О.А.¹, Шульга М.А.²

¹Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,

²Воронежская областная детская клиническая больница №1,
г. Воронеж

Актуальность. Ввиду высокой распространенности, смертности и инвалидности, эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) представ-

ляет собой одну из самых актуальных проблем современной медицины. Увеличение заболеваемости и смертности обусловлено низкой эффективностью системы первичной и вторичной профилактики ССЗ. Это создает мотивационную основу для совершенствования способов прогнозирования и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Так же результаты исследований последних лет свидетельствуют о высоком уровне депрессивных расстройств в общей медицинской практике, превышающей частоту депрессий в популяции.

Цель исследования. Оценить результаты ведения больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и депрессивными расстройствами в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. Проведено обследование 93 больных с ИБС, сочетающейся с депрессивными расстройствами. Для выявления уровня депрессии и ее динамики в процессе наблюдения (6 месяцев) применялся опросник CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) и шкала Гамельтона.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов с ИБС составил $58,3 \pm 5,9$ лет. Средний возраст мужчин $55,8 \pm 5,7$ лет, женщин $59,5 \pm 4,9$ лет. Все отобранные для наблюдения больные имели симптомы депрессии с показателями оценочной шкалы от 19 до 28 баллов по шкале CES-D, среднее значение $21,2 \pm 1,1$ (легкая депрессия). Фармакотерапия ИБС проводилась согласно клиническим рекомендациям с включением антидепрессантов в основную группу наблюдения. Динамика показателя уровня депрессии проводилась по шкале Гамельтона и выявила снижение ее уровня в основной группе на $48,2\%$ (с $17,1 \pm 3,7$ до $8,7 \pm 2,4$ баллов, $p=0,001$), в контрольной группе уровень депрессии имел тенденцию к снижению на $8,7\%$ (с $17,6 \pm 3,4$ до $16,1 \pm 3,9$ баллов, $p>0,05$). У больных основной группы статистически значимо отмечено снижение частоты приема нитратов, статистически значимое снижение артериального давления (исходный уровень САД $138,1 \pm 6,7$; ДАД $80,7 \pm 5,0$, через 6 месяцев: САД $121,9 \pm 5,6$; ДАД $75,8 \pm 5,8$, $p=0,013$). На фоне антидепрессантной терапии наблюдалась положительная динамика в психологическом статусе у больных основной группы, что выражалось в снижении показателей ипохондрической тревоги, повышении активности и настроения, улучшении социально-психологической адаптации, более адекватной реакции на жизненные ситуации, улучшении качества жизни пациентов.

Выводы. Мультидисциплинарный подход к ведению больных с ИБС, ассоциированной с депрессивными расстройствами, приводит не только

к редукции симптомов депрессии, но способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений, повышает социально-психологическую адаптацию и улучшает качество жизни пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Лагутина С.Н., Перцев А.В., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Лихорадочные состояния – это важный и часто встречающийся в терапевтической практике универсальный диагностический симптом, за которым может скрываться широкий спектр заболеваний. Прежде всего к ним относятся болезни инфекционного характера, неопластические и воспалительные системные заболевания, включающие немало жизнеопасных патологий. Отдельного внимания заслуживают лихорадки неясного генеза, характеризующиеся стойким (от 3 недель) повышением температуры выше 38°C при отсутствии инфекционной или локальной симптоматики и невозможности постановки диагноза после рутинного обследования длительностью 7 дней.

Цель. Оценить структурную характеристику лихорадочных состояний больных с различной клинической картиной терапевтического профиля и возможности их дифференциальной диагностики на этапе стационара.

Материалы и методы. В исследование было включено 80 человек, которые находились на обследовании или лечении по поводу наличия лихорадочного состояния длительностью более 5 дней в терапевтическом, пульмонологическом и кардиологическом отделениях БСМП. Данным пациентам на этапе приемного отделения были проведены рутинные диагностические мероприятия (общие анализы крови и мочи, биохимические исследования), по показаниям – рентгенография органов грудной клетки, КТ, УЗИ внутренних органов. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» и кафедры факультетской терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2018 по 2019 год. Обследуемым всех групп были проведен стандартный спектр диагностических мероприятий, необходимых для постановки окончательного диагноза. Регистрация и обработка полученных о пациентах, данных осуществлялась с применением программы STATISTICA 6.1.

Результаты и их обсуждение. Из 80 обследованных нами лихорадящих больных было выявлено на стационарном этапе 32 случая пневмонии (из них 10 диагнозов было поставлено уже на этапе поликлиники), 6 случаев бронхита, 14 – инфекционного эндокардита, 5 – хронического гепатита алкогольной этиологии, 2 случая системной красной волчанки, 2 – псевдосептического варианта ревматоидного артрита, 10 – острого пиелонефрита и 9 – опухолей различной локализации. При наличии симптомов пневмонии из 32 исследуемых больных только у 24-х определялся лейкоцитоз со сдвигом влево (75% случаев), а инфильтрация в легких в первые 3 дня – у 28 пациентов (88%), что затрудняло диагностическую задачу на первом этапе. Наиболее частыми причинами возникновения лихорадочного состояния у исследуемых больных были следующие заболевания: пневмония, пиелонефрит, инфекционный эндокардит.

Выводы. Подробный анализ наблюдаемой клинической картины с учетом выявления групп риска и в сочетании с достаточным объемом и качеством лабораторно-инструментальных исследований в большинстве случаев позволяет правильно дифференцировать причину возникновения лихорадочного состояния у больных на поликлиническом и стационарном этапах. При этом некоторые полученные показатели могут оказаться малоинформативными и требуют повторения диагностической процедуры для уточнения диагноза.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА

Лагутина С.Н., Перцев А.В., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Проблема дифференциальной диагностики систолического шума на верхушке сердца по-прежнему является актуальной. Систолический шум, выслушиваемый на верхушке сердца, может быть связан с различными заболеваниями, поражением, как клапанов, так и неклапанных структур. Дифференциальная диагностика при этом может быть сопряжена с определенными трудностями, тактика зачастую оказывается различной - наблюдение, медикаментозная терапия, оперативное лечение. Все это требует систематизации знаний врача терапевта, кардиолога, умения интерпретировать результаты как простых, так и сложных методов диагностики.

Цель. Изучить структуру заболеваний и методы дифференциальной диагностики у пациентов с наличием систолического шума на верхушке сердца, а также выработать тактику врача при том или ином состоянии.

Материалы и методы. Всего обследовано 57 больных в возрасте от 20 до 58 лет с преимущественной локализацией систолического шума на верхушке сердца, находившихся на лечении в кардиологических и терапевтическом отделениях больницы скорой медицинской помощи. Всем больным, помимо рутинных методов клинического и биохимического исследования крови и мочи, проводились ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца с использованием методик импульсно- и постоянно-волнового доплеровского исследования, цветного доплеровского картирования.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частой причиной систолического шума в области верхушки сердца оказался пролапс митрального клапана. Он был выявлен у 27 больных. Из 27 больных с установленным диагнозом пролапса митрального клапана у 12 были жалобы на ноющие и колющие боли в области сердца, у 5 – перебои в работе сердца, у остальных жалобы отсутствовали. При осмотре грудной клетки у 3 пациентов была выявлена «грудь сапожника», у 2 – «куриная грудь». Перкуторно границы сердца у всех обследуемых были нормальными. При аускультации у 8 пациентов определялся систолический шум (у 4х – поздний), у 5 – систолический щелчок и поздний систолический шум, у 2х – изолированный систолический щелчок, у остальных изменений аускультативной картины выявлено не было. При ультразвуковом исследовании сердца у 12 пациентов выявлен пролапс передней створки митрального клапана, у 6 – задней створки, у 9 – пролапс обеих створок митрального клапана. При рентгенологическом исследовании у данной категории больных отклонений выявлено не было.

Выводы. 1. Систолический шум на верхушке сердца является наиболее частой аускультативной находкой. 2. Причиной систолического шума на верхушке сердца в 27 случаях явился пролапс створок митрального клапана, в 23 – недостаточность митрального клапана той или иной этиологии, в 5 случаях – гипертрофическая кардиомиопатия, в 5 – стеноз устья аорты с максимальной интенсивностью шума на верхушке. 3. Дифференциальная диагностика должна базироваться на тщательном анализе клинической картины, данных современных инструментальных методов исследования. 4. Своевременное выявление того или иного порока митрального клапана является залогом его успешной коррекции.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАРНИЦЕТИН ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Латышев Ю.В., Наджарьян Л.Г.,
Бязров М.Ш., Кравчук А.В.

2 Военный клинический госпиталь войск
национальной гвардии России,
г. Пятигорск

Введение. Значимой проблемой медицины является вопрос лечения больных сахарным диабетом, в комплексе клинических проявлений которых, имеется полиневритический синдром. Когда речь идет о сахарном диабете, для избежания полипрагмазии целесообразно выбирать препараты, сочетающие эффекты активации метаболизма, улучшения гемодинамики и нормализации углеводного обмена.

Цель исследования. Оценить влияние препарата карнитин на динамику клинических проявлений диабетической полиневропатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Исследовалась динамика неврологических нарушений у 20 больных сахарным диабетом 2 типа. В исследование были включены 12 женщин и 8 мужчин в возрасте от 46 до 56 лет, средний возраст $52,3 \pm 4,6$ года. Продолжительность диабета составила от 3 до 11 лет, средняя продолжительность диабета $6,8 \pm 3,1$ года. У всех больных выявлялась симметричная сенсомоторная периферическая полинейропатия, стадии 2а – у 12 пациентов, 2б – у 8 пациентов, связанная с диабетом. Карнитин применялся в комплексной терапии полинейропатии у 10 больных с сахарным диабетом 2 типа в течение 14 дней в дозировке 250 мг (1 капс.) 4 раза в день перорально во время еды. В качестве контрольной группы исследовались 10 пациентов, получавших общепринятую терапию, сопоставимых по возрасту, полу, стажу заболевания, тяжести полинейропатии и выраженности болевого синдрома. Электромиографическое исследование проводилось для подтверждения наличия полинейропатии до начала исследования у всех больных. Выявлялось диффузное снижение скорости проведения в исследуемых нервах в сочетании с менее выраженным снижением М-ответов, что отражало наличие у больных аксонально-демиелинизирующего процесса. Наличие очаговой демиелинизации при диабетической полинейропатии способствует появлению зон гипервозбудимости, что объясняет возникновение у больных парестезий и крампи. Каждые 7 дней проводилась оценка выявленных неврологических нарушений по шкале TSS (Total Symptom Score). В динамике оценивались все составляющие.

Результаты и обсуждение. Общая оценка выраженности полинейропатии у пациентов основной группы по шкале TSS до начала лечения составляла $10,18 \pm 2,91$, в контрольной группе счет баллов по шкале TSS составил $10,16 \pm 2,53$. После окончания первой недели лечения было выявлено снижение общего счета TSS в обеих группах, однако, в группе больных, получавших карнитин, снижение было значительно с $10,18 \pm 2,91$ баллов до $9,11 \pm 2,81$ ($-1,07$) vs $10,16 \pm 2,53$ – $9,42 \pm 2,64$ ($-0,76$). На второй неделе лечения (день 7 – день 14) происходило еще более значительное снижение общего счета TSS в каждой группе. В группе больных, получавших карнитин, общий счет по TSS на 14 день составил $8,29 \pm 2,93$ балла ($-2,19$) ($p=0,039$), в контрольной группе снижение было менее значительным $8,59 \pm 2,85$ балла ($-1,49$) ($p=0,11$). Полученные нами результаты связаны с положительным воздействием L-карнитина на патогенетические механизмы митохондриальной дисфункции, лежащей в основе патофизиологических механизмов нейропатических заболеваний. Учитывая патофизиологическую обоснованность действия карнитина, безопасность и широкий спектр показаний рекомендуем также использовать этот препарат в комплексной терапии больных с диабетической полинейропатией.

РАСПОЗНАЮЩИЕ ГЛИКОПАТТЕРНЫ СИСТЕМЫ ЭРИТРОПОЭТИНА: УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КЛЮЧ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ (ГЛИКО) БЕЛКАМ

Лахтин В.М., Лахтин М.В.

Московский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Цель. Обобщить собственные о лектиновых системах (ЛС, распознающих и обратимо связывающих паттерны гликоконъюгатов [ГК]) эритропоэтинов (ЭПО: эритроцитин, эпокрин, рекормон и других, а также эндогенных комплексных ЭПО человека).

Методы. Использовали изоэлектрофокусирование в пластине геля, электроблоттинг, проявление биотин-стрептавидиновой системой с применением иммунного сэндвича, полимерных мультивалентных водорастворимых конформационно адаптируемых синтетических имитирующих муцины ГК, флюоресценции красителя на белок (SYPRO Blot Stain) и пероксидазной хемилуминесценции ЛС в режиме реального времени в системе BioChem System (UVP).

Способность ЭПО к распознаванию и связыванию мишеней сопоставлена с биологическими активностями (по литературным данным).

Результаты. 1. Сеть (ЛС ЭПО)-ГК функционирует в вариантах распознающих систем (мажорных и минорных) «Лектин-Ранжированный по сродству и доступности ряд ГК» и «ГК-Ранжированный ряд компонентов ЛС ЭПО». Выраженность (ЛС ЭПО)-ГК меняется, в зависимости от мозаики (комплексных) форм белка типа (типов) ГК. ЛС ЭПО характеризуются повышенным сродством к наборам ГК (LacNAc-ГК, L-Fuc-ГК) > Man-ГК (комбинации ГК могут рассматриваться как настроечные/ надстроечные модуляторы мозаики косвенно сцепленных активностей ЭПО).

2. В сравнении с эпокриновой (эукариотической) гликозилированной СНО-системой экспрессии), эритроцитная система (бактериальная негликозилированная, с экспрессией в *E. coli*) ЭПО характеризуется усилением ГК-визуализации/ сродства/ распространения в мишенях соответствующих сайтов связывания.

3. При сборке/агрегации комплексы ЭПО формируют мегапаттерновые участки распознавания ГК (межсубъединичные, межмолекулярные, криповые), усиливается выраженность ГК-связывания (например, Sia-ГК или SO₃-ГК-связывания).

4. Регистрируется синергизм между антитела- и ГК-взаимодействием/связыванием, а также между типами ГК.

5. В сравнении с исходными системами ЭПО (формы ЭПО могут быть комплексными), ЛС ЭПО-ГК визуализуются как ассиметричные с проявлением новых сигнальных форм (эндогенных и рекомбинантных).

6. Регистрируются ЛС ЭПО в каскаде (ЭПО-ГК и ЭПО-Иммунный сэндвич-ГК).

Выводы. 1) Предположили, что каскадные ЛС-ГК ЭПО, формируясь, последовательно и прогрессивно влияют на другие вторично зависимые от ЭПО упорядоченные/сцепленные в тьюнинг системы клеточных рецепторов (обеспечиваются уровни возбуждения/готовности поверхностноклеточных рецепторов к коммуникациям и последующим событиям в направлениях выбора для реализации организмом одной или набора активностей системного ЭПО. 2) Полученные результаты, в сопоставлении с данными о разнообразии активностей ЭПО, отличающихся от главной функции – повышать снабжение тканей кислородом, указывают на ключевое (дежурное) участие ГК-паттернов в инициации и модуляции мозаик рецепторов, модулирующих действие ЭПО. 3) Сформирована концепция о роли распознающих гликопаттерны каскадных системах терапевтического (глико)белка как базисных, вспомогатель-

ных, предварительных, иницирующих, для тонкой настройки лиганд-рецепторных межклеточных коммуникаций, в том числе белковых гормонов (на примерах ЭПО).

ПЕРСПЕКТИВЫ С4В И С4А ДЛЯ ТЕРАПИИ, В ПРОГНОСТИКЕ РИСКА И ДИАГНОСТИКЕ АУТОИММУННЫХ, СИСТЕМНЫХ И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Лахтин М.В., Лахтин В.М.

Московский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричевского,
Москва

Цель. На основе собственные данные суммировать потенциал функционального анализа изотипов С4В и С4А (связывающих преимущественно углеводы/гликоконъюгаты [ГК] или белки, соответственно) крови, дополняющего их анализ как антигенов, в мониторинге врожденного иммунитета, прогностике и диагностике болезней.

Методы. Использовали собственные методы функционального твердофазного (в микропанели и на блоте) иммуноферментного (пероксидазного цветного и хемилюминесцентного в живом изображении в системе BioChem System, UVP) анализа (ФТИФА) С4В и С4А сыворотки крови пациентов и здоровых доноров. Белок окрашивали посредством SYPRO Protein Blot Stain (Bio-Rad Lab.).

Результаты. 1. Разработаны варианты микропанельного ФТИФА изотипов (в том числе их одновременное определение). Предложенный алгоритм оценки дефицитов функционально активных компонентов комплемента применен в прогностике и диагностике болезней язв желудка и двенадцатиперстной кишки, системной красной волчанки (СКВ), фосфолипидного синдрома (ФЛС), СКВ и ФЛС, ревматоидного артрита и других. Взаимодействие изотипов с ГК (агрегированным IgG/IgG3 человека или ЛПС сальмонелл препарата Пирогенал) проходило по типу лектин-ГК-распознавания. Выявлено функциональное сходство изотипов с системными WGA и PNA – фитолектинами (с наборами изоформ) с действием против линий опухолевых клеток.

2. Впервые разработаны хемилюминесцентные варианты ФТИФА изотипов и их субизотипов (до 5-7 форм в изотипе) на блоте в новой – сборочной диагностико-прогностической области (pI 3,5-5) после

изоэлектрофокусирования сыворотки (0,3-7 мкл) в полиакриламидном геле в градиенте рН 3-5. Описано визуально (имэджевое) и количественно контролируемое десалирование сывороток пациентов силиказно-протеолитическим коктейлем в условиях термообработки, повышающее диагностический потенциал. При регистрации субизотипов использован, помимо основного, дополнительный сайт пероксидазы хрена – участок связывания ацетатного аниона, что улучшило как фон, так и разрешающую способность процедуры. ФТИФА на блоте позволял ранжировать сыворотки пациентов по абсолютным значениям содержания в них комплексных С4, С4В, С4А; выявлять полные дефициты С4 (С4А+С4В), С4В или С4А; надежно группировать сыворотки с относительно небольшими дефицитами С4 с преимущественным содержанием С4В или С4А, что важно для установления тенденций болезней или их риска.

3. Результаты ФТИФА полных и частичных дефицитов С4В и С4А, соотношения частичных дефицитов изотипов С4В и С4А, полного отсутствия изотипов, полученные в микропанели и на блоте, подтверждали друг друга.

Выводы. 1) Результаты указывают на перспективы ФТИФА С4В и С4А сывороток в прогностике и диагностике болезней. 2) Рассмотрение (суб)изотипов и их комплексов как распознающих гликопатерны потенциальных терапевтических белков расширяет прогностико-диагностический потенциал ФТИФА. 3) Открыта перспектива каскадного типирования субизотипов с помощью антител и затем ГК (www.lectinity.com) для расширения возможностей и повышения чувствительности прогностики и диагностики болезней. 4) Методология и алгоритмы ФТИФА перспективны для отбора терапевтических комплексов субизотипов в модельных экспериментах.

ГЛИКОКОНЬЮГАТЫ И ПРОБИОТИЧЕСКИЕ ЛЕКТИНЫ, ПОДДЕРЖАЮЩИЕ МУКОЗАЛЬНЫЙ СТАТУС ЗДОРОВЬЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ТЕРАПИИ

Лахтин М.В., Лахтин В.М.

Московский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии
имени Г.Н. Габричешовского,
Москва

Цель. На основе собственных данных обобщить потенциал ГК и пробиотических лектинов (ПЛ) в поддержке мукозального иммунитета.

Результаты и обсуждение. Нами получены и исследованы препараты ПЛ (взаимодействуют с полимерными поливалентными водорастворимыми конформационно адаптирующимися имитирующими муцины ГК) культур пробиотических штаммов лактобацилл и бифидобактерий (лектинов: ЛЛ и ЛБ) слизистой человека. ПЛ имитируют активности пробиотиков; опережают действие пробиотических клеток (не требуется их предварительный требующий времени биосинтез и накопление в среде); проявляют действие против мукозальных стафилококков (*S. aureus*) и кандид всех трех главных эпидемиологических групп (*C. albicans*, *C. tropicalis* [группа I], *C. krusei* [группа II] и *C. glabrata* [группа III]), в том числе раннее (2-3-й дни культивирования суспензий) и пролонгированное (до трех месяцев в культурах на твердых средах) действие против штаммов с повышенной резистентностью к антибиотикам; обладают сходным с ГК и синергичным с ними влиянием (в зависимости от типа, как в случаях D-Man-ГК, D-GalNAc-ГК или L-Fuc-ГК) на миграцию внутрибрюшинных макрофагов; характеризуются межлектиновым синергичным антимикробным действием (кислые [ки] и катионные [ка] ЛЛ, киЛБ и калБ, киЛЛ и калБ, киЛБ и калЛ, калБ и D-GalNAc-ГК-связывающие лектины лекарственных трав [лапчатки белой и звездчатки средней]); синергичны с антибиотиками (такими антимикотиками как нистатин, кетоконазол, итраконазол, амфотерицин-В); независимы от присутствия антибиотиков (в отличие от пробиотических клеток) и действия других антимикробных факторов; синергичны в атаке (с участием ЛЛ и ЛБ) в отношении индикаторных патогенов-мишеней, в том числе фенотипически измененных при патологиях в условиях цервиковагинальных болезней; поддерживают системные нормальные экспонированные ГК-декоры слизистых. L-Fuc-ГК обладают потенциалом L-Fuc-ГК-защиты и пребиотического влияния в отношении рода бифидобактерий и их консорциумов.

Выводы. 1. Данные указывают на широкие перспективы ГК, взаимодействующих с ПЛ, наборов ПЛ, а также комплексов ПЛ-ГК в антипатогенной и антиопухоловой поддержке сдерживающего мукозального иммунитета. 2. К такого рода перспективам относятся не только профилактические процедуры комбинированного применения ГК и ПЛ, но и потенциал для терапии, когда ПЛ и их комплексы могли бы использоваться как факторы: а) снижающие применяемые в лечении дозы антибиотиков, б) преодолевающие проблему элиминации антибиотикорезистентных патогенов, в) положительно влияющие на межклеточные коммуникационные пути

врожденного и адаптивного иммунитета в рамках функционирования в организме пробиотических метаболических осей.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К САМОЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДА КУРСКА

Левашова О.В., Шагинян Ф.А., Скрипкина А.А.
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Главной характеристикой самолечения является ответственность пациента за свое здоровье. С ростом доступности медицинской информации происходит учащение случаев неправильного, бесконтрольного использования лекарственных средств населением, самовольного изменения или отмены схемы лечения, назначенной лечащим врачом. Некоторые лекарственные препараты могут не только не принести пользу при их нерациональном назначении, а наоборот, ухудшить состояние больного. Во время беременности контроль за назначением тех или иных препаратов должен быть увеличен в разы, так как даже широко используемые и разрешенные при беременности медикаментозные лекарственные средства могут вызвать различные осложнения у плода. Следовательно, концепцию «ответственного самолечения» во время беременности применять не рекомендуется и любой препарат должен быть назначен только врачом после соотнесения «риска» и «пользы» его использования в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Провести анализ результатов анкетирования беременных женщин и оценить степень их приверженности к самолечению.

Материалы и методы исследования. Было проанкетировано 60 беременных женщин в условиях женской консультации г. Курска за 2018 год. Анкета включала следующие вопросы: место жительства, профессия, образование, возраст, срок беременности, какая беременность по счету, наличие хронических заболеваний, назначенные в настоящее время врачом лекарственные препараты, принимает ли женщина назначенные лекарства, если нет, то по какой причине; какие препараты женщина принимает самостоятельно и какие препараты женщина принимает эпизодически.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что возраст большинства анкетированных составляет от 24

до 30 лет – 43,33%, старше 30 лет – 30%, от 17 до 23 лет – 26,67% женщин. Среди опрошенных преобладали женщины с высшим образованием – 66,67% (40 человек). 39 беременных женщин (65%) работали, 21 (35%) – безработные. У 37 человек (61,67%) на момент анкетирования была первая беременность. При анализе приверженности к лечению беременных женщин было выявлено, что все пациентки в 100% случаев принимают все лекарственные средства, назначенные врачом. 100% опрошенных отмечает высокое доверие к врачу. 28 беременных женщин (46,67%) имели хронические заболевания: гастрит, пиелонефрит, бронхит, гайморит, ЖКБ, панкреатит, тонзиллит, миопия. 32 женщины (53,33%) считали себя полностью здоровыми и принимали, как правило, витаминно-минеральные комплексы с целью профилактики. 4 респондентки (6,67%) принимали фитопрепараты без консультации врача.

Выводы. В ходе проведенного исследования было выяснено, что приверженность у беременных женщин к самолечению низкая. Ни советы друзей и родственников, ни информация из средств массовой информации не способствовали инициализации самостоятельного лечения имеющихся заболеваний. В настоящее время беременные женщины очень заинтересованы в получении информации о возможных пагубных эффектах, которые могут оказать лекарственные средства на развитие ребенка. Независимо от возраста, уровня образования, количества беременностей, целей терапии, все опрошенные беременные женщины доверяют своему врачу и выполняют полученные рекомендации. Данное исследование подтверждает эффективность мероприятий, направленных на минимизацию самовольного применения лекарственных средств.

ПРЕБИОТИКИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ

Леденцова С.С., Селивёрстов П.В.,
Орешко Л.С., Радченко В.Г.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Акне – относится к наиболее распространенным заболеваниям кожи человека. Его лечение проводится в зависимости от степени тяжести (выделяют легкую, среднюю, тяжелую и очень

тяжелую степени) и включает, как системную, так и наружную терапию. Согласно Национальным рекомендациям 2015 года препаратами первой линии при лечении тяжелой и очень тяжелой форм акне являются системные ретиноиды, а препаратами второй и третьей линий системные антибиотики. Побочные эффекты при лечении антибактериальными препаратами наблюдаются в виде резистентность *P. acnes*. и нарушения кишечного микробиоценоза, что негативно влияет на приверженность к лечению и качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить влияние пребиотика Закофалька на переносимость и эффективность системной антибактериальной терапии акне, а также профилактику развития дисбиоза кишечника на фоне лечения акне разной степени тяжести.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 53 больных в возрасте $18,9 \pm 5,2$ лет, с акне средней степени тяжести, подтвержденной клинико-лабораторными, инструментальными методами обследования. Все пациенты были рандомизированы на две группы: основная группа (ОГ) – 31 больных, получавших терапию в виде доксицилина 100 мг в сутки перорально с общей длительностью терапии 8 недель на фоне приема препарата Закофальк по 1 таб 3 раза в день, и группа сравнения (ГС) – 22 человек, получающих только основную терапию. В каждой группе было проведено общеклиническое обследование до и после лечения: сбор анамнеза, клинический анализ крови (КАК), биохимический анализ крови (общий белок, С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, липаза, глюкоза, общий холестерин), липидограмма, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ПЦР кала на дисбиоз. Клиническая оценка эффективности проводимой терапии акне была проведена на основании следующих критериев: выраженность эритемы, инфильтрации по 4-х балльной системе (0 – нет; 1 – умеренно выражены; 2 – выражены; 3 – резко выражены); индекс клинического течения (индекс тяжести), оцениваемому по 4 балльной системе от 0 до 3 баллов (0 – количество комедонов, папулопустул до 5; 1 – количество комедонов и папулопустул – от 5 до 10; 2 – количество комедонов и папулопустул – 10-20; 3 – количество комедонов и папулопустул – более 20). Сумму всех баллов выражали в виде общего счета (ОС), максимальное число равно 9. Регистрацию всех показателей проводили до лечения, затем еженедельно до окончания курса терапии. Срок наблюдения за пациентами составил 8 недель.

Результаты. Через 8 недель в обеих группах отмечался регресс эритемы, достигающий наименьших значений при всех методах лечения: в ОГ с 2,6 до 0,7; в ГС – с 2,5 до 0,9 к концу 8 недели лечения. Регресс инфильтрации был более значителен у пациентов в ОГ: с 2,4 до 0,6 к 8-й неделе лечения, тогда как в ГС с 2,5 к данному сроку его величина соответствовала 0,9. Число воспалительных элементов значительно уменьшилось к 8 неделе в обеих группах: с 2,4 до 1,0 балла; с 2,3 до 1,3 балла. Более выраженный терапевтический эффект отмечен при комплексном лечении в ОГ, общий счет снизился с 7,4 до 2,3. При лечении антибиотиком без поддержки пребиотиком вышеуказанный показатель снизился с 7,3 до 3,1. К окончанию терапии у больных ОГ клиническое выздоровление отмечено у $64,4 \pm 8,5\%$ больных, значительное улучшение у $16,1 \pm 5,8\%$, улучшение – у $13,0 \pm 5,2\%$, без эффекта – у $6,5 \pm 2,7\%$. Препарат хорошо переносился пациентами, не зарегистрировано ни одного побочного эффекта в процессе лечения. В группе больных, получавших традиционную терапию, результаты были следующими: $50,0 \pm 10,8\%$, $18,2 \pm 6,8\%$, $22,7 \pm 8,9\%$, $9,1 \pm 1,8\%$ соответственно градации. Через 2 недели от включения в исследование при повторном опросе и осмотре признаки дисбиоза кишечника (вздутие, урчание; жидкий стул более 3 раз в сутки), индуцированный проведением антибактериальной терапии, был отмечен у 5 пациентов ГС (22,7%), 3 (13,6%) из них в течение первой недели лечения отказались от дальнейшего приема антибиотиков. При обследовании на дисбиоз в исходном периоде достаточно выраженные изменения соотношения представителей кишечной микрофлоры выявлены у большинства обследованных больных в обеих группах, в первую очередь отмечалось снижение уровня бифидо- и лактобактерий. После курса антибиотикотерапии у пациентов ОГ, выявлено достоверное увеличение количества бифидобактерий и лактобактерий, а также достоверное уменьшение количества патогенных и условно-патогенных бактерий. В ГС обращает на себя внимание угнетение микробного роста представителей нормальной кишечной микрофлоры и увеличение степени дисбиоза кишечника.

Выводы. Таким образом, полученные данные подтверждают отрицательное влияние стандартной антибактериальной терапии акне на кишечный микробиоценоз, однако включение пребиотика Закофальк в традиционную схему лечения акне, позволило получить более выраженный терапевтический эффект по сравнению с применением только стандартных дерматологических схем лечения и добиться большей приверженности пациентов к лечению и повысить качество жизни.

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

Леонова И.А., Болдуева С.А.,
Захарова О.В., Феоктистова В.С.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

В связи с широким распространением коронарной ангиографии (КАГ) пришло понимание того факта, что у части пациентов (по разным данным от 20 до 30%) с клинической картиной стенокардии напряжения отсутствует атеросклеротическое стенозирование коронарных артерий (КА). После изучения данного вопроса появился термин «Микрососудистая стенокардия (МСС)», которая относится к ишемической болезни сердца (ИБС), и диагностируется у больных с ангинозными болями в грудной клетке, положительными нагрузочными тестами и ангиографически неизменными КА при отсутствии спазма последних (Lanza G.A., Crea F., 2010). На сегодняшний день, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology, 2013) в дополнение к указанным критериям для верификации диагноза требуется проведение диагностических исследований, доказывающих наличие микроваскулярной дисфункции (МВД) и снижение перфузии миокарда: внутрикоронарная доплерометрия, позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), магнитно-резонансная томография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография.

Проблема верификации диагноза у пациентов с клинической картиной стенокардии напряжения и ангиографически неизменными коронарными артериями возникла еще в середине 20-го века, когда было введено понятие «кардиальный синдром Х». Дальнейшее изучение вопроса привело к пониманию того, что необходимы доказательства нарушений перфузии миокарда и наличия МВД, обусловленной, прежде всего, дисфункцией эндотелия. Современный термин «микрососудистая стенокардия» является более широким понятием, включающим в себя как вторичную стенокардию, развивающуюся на фоне какой-то патологии (гипертрофия левого желудочка, васкулит при системных заболеваниях соединительной ткани, амилоидоз, ятрогенные причины, возникшие после внутрикоронарных вмешательств и др.), так и первичную МСС, являющуюся самостоятельным заболеванием.

В то же время в реальной клинической практике в настоящее время наблюдается как гиподиагностика данного заболевания, так и гипердиагностика,

когда диагноз устанавливается только на основании выявления неизменных КА у пациентов с болями в грудной клетке, положительным нагрузочным тестом, а зачастую и просто на основании данных суточного мониторирования ЭКГ.

ПОЛИМОРФИЗМ С825Т ГЕНА β3-СУБЪЕДИНИЦЫ G БЕЛКА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА

Леонова И.А.¹, Феоктистова В.С.¹,
Болдуева С.А.¹, Сироткина О.В.²

¹Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

²Национальный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) среди женщин молодого и среднего возраста. Помимо традиционных модифицируемых факторов риска, таких, как ожирение, курение, гиподинамия, артериальная гипертензия, важное значение имеет наследственная предрасположенность.

Цель исследования. Оценить распространенность отдельных факторов риска у женщин молодого и среднего возраста с ИБС и определить роль полиморфизма С825Т гена β3-субъединицы G белка (GNB3) в развитии этих патологических состояний.

Методы исследования. Детекция аллельных вариантов С825Т гена GNB3 проводилась у 121 женщины молодого и среднего возраста ($52,0 \pm 0,6$ лет) с ИБС. Репродуктивная функция (РФ) была сохранена у 49 (40%) женщин, 72 (60%) пациентки находились в менопаузе.

Результаты. АГ встречалась у 109 (90%) женщин с ИБС, ожирение – у 65 (54%) пациенток. В группе с сохраненной РФ 43 (88%) женщины страдали АГ, 28 (57%) женщин – ожирением. Среди женщин в менопаузе АГ отмечалась у 66 (92%) пациенток и ожирение у 37 (51%). Достоверных различий между группами получено не было ($p > 0,05$). Было обнаружено статистически значимое увеличение частоты встречаемости полиморфизма С825Т гена GNB3 в гетеро- или гомозиготном состоянии при наличии АГ в анамнезе: 50% и 50% для генотипов СС и СТ+ТТ, соответственно, среди женщин с ИБС и АГ и в группе пациенток без АГ – 83% и 17% для генотипов СС и СТ+ТТ, соответственно ($p < 0,05$). У женщин с АГ – носителей аллеля 825Т гена GNB3 отмечалась достоверно более высокие цифры систолического (169 ± 2 и 179 ± 1 мм рт.ст.

для генотипов СС и СТ+ТТ, соответственно, $p < 0,01$) и диастолического артериального давления (АД) (104 ± 2 и 112 ± 1 мм рт.ст. для генотипов СС и СТ+ТТ, соответственно, $p < 0,001$). Достоверных различий по распределению аллельных вариантов С825Т гена GNB3 в зависимости от наличия или отсутствия ожирения в общей группе женщин с ИБС получено не было. Однако при разделении женщин в зависимости от статуса их РФ оказалось, что среди пациенток в менопаузе ожирение чаще встречалось у носителей генотипов СТ и ТТ – 60% против СС – 34%.

Выводы. У женщин молодого и среднего возраста с ИБС – носителей аллеля 825Т в гетеро- или гомозиготном состоянии гена GNB3 чаще встречается АГ, а среди женщин с АГ отмечаются более высокие цифры систолического и диастолического АД. Кроме того, с наступлением менопаузы носительство аллеля 825Т гена GNB3 увеличивает вероятность развития ожирения у женщины.

АЛГОРИТМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Леонтьев Д.П.¹, Сергеева Т.В.^{1,2}, Щербук Ю.А.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,
²Елизаветинская больница,
Санкт-Петербург

Цель. Разработать алгоритм персонализированной профилактики повторного ишемического инсульта на основе анализа частоты его развития, причин возникновения и способов профилактики у пациентов, ранее перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Для пациентов, перенесших повторный ишемический инсульт, разработан метод анкетирования, включающий такие аспекты, как наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии с учетом особенностей их течения, соблюдение диеты, отказ от вредных привычек и иные факторы риска. Для поиска причины развития повторного ишемического инсульта у пациентов, принимавших аспирин, проведен фармакогенетический анализ на наличие резистентности к аспирину и клопидогрелю (определение полиморфизма генов ITGB3, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19).

Результаты. Обследовано 59 пациентов с повторными ишемическими инсультами. Отмечено, что они чаще всего возникают через 1-3 года. При этом у всех больных на протяжении более 5 лет присутствовали ишемическая болезнь сердца и гиперто-

ническая болезнь, но кризовое течение накануне рецидива отмечено лишь у 25 (42,3%) из них. Из всех 59 пациентов не соблюдают гиполипидемическую диету 31 (52,5%) человек. У 22 (37,2%) больных перед развитием инсульта отмечено психоэмоциональное напряжение, 21 (35,5%) пациент нерегулярно принимал дезагреганты, 19 (32,2%) больных нерегулярно использовали антикоагулянты, а 38 (64,5%) человек не принимали статины. У 15 (25,42%) пациентов наблюдали полипрагмазию – постоянный прием более 5 препаратов. У 13 (22%) больных был выявлен сахарный диабет и лишь у 1 (7%) из них достигнута нормализация уровня сахара.

Проведенное фармакогенетическое исследование с изучением гена ITGB3, кодирующего мембранный гликопротеин на поверхности тромбоцитов, участвующий в процессах агрегации и формирования тромба, показал, что у 12 (36,36%) из 33 пациентов, ранее перенесших атеротромботический ишемический инсульт и получавших профилактическую терапию аспирином, выявлен генотип Т/С (гетерозигота). Этот генотип может сочетаться с неэффективностью применения стандартных дозировок аспирина (как антиагреганта).

У 10 (30,30%) из тех же 33 пациентов по результатам фармакогенетического исследования выявлен генотип G/G по гену CYP2C19, который определяет резистентность к клопидогрелю (плавиксу), а у 6 (18,18) больных выявлено сочетанное отклонение по двум генам.

Вывод. С целью своевременного выявления неэффективности профилактических мероприятий и предотвращения повторного ишемического инсульта с учетом индивидуальных факторов риска и генетических особенностей каждого пациента необходимо использовать предложенный персонализированный алгоритм диагностических и профилактических мероприятий, включающий фармакогенетическое обследование.

ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Лисина Е.В., Белокрылова Л.В., Пушников А.А.
Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Цель исследования. Оценить факторы риска тромбоземболических и геморрагических осложне-

ний у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 72 больных (47 женщин, 25 мужчин), средний возраст $74,3 \pm 11,2$ лет, перенесших ИИ на фоне ФП и проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении ОКБ №2 г. Тюмени в 2016 г. Анализ факторов риска тромбоэмболических осложнений проводился при помощи шкалы CHA₂DS₂-VASc, риск кровотечений оценивался по шкале HAS-BLED. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных больных с ИИ на фоне ФП составил $74,3 \pm 11,2$ лет, у женщин он был достоверно ($p=0,003$) выше, чем у мужчин. Преобладали пациенты в возрасте старше 65 лет – 89,5%, женского пола – 65%, с постоянной формой ФП – 70,8%.

Наиболее часто встречающимися факторами риска тромбоэмболических осложнений как среди мужчин, так и женщин, были: артериальная гипертония (100%), сердечная недостаточность (98,6%), сосудистые заболевания – инфаркт миокарда или атеросклеротические бляшки аорты (90,3%). Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе было в 30,6% случаев, ТИА или системные тромбоэмболии у 72,5% больных с ИИ на фоне ФП. При расчете индекса CHA₂DS₂-VASc, сумма баллов у всех пациентов оказалась выше 3. Среднее значение индекса $6,14 \pm 1,19$ баллов; у мужчин индекс ($5,2 \pm 1,4$ баллов) был достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у женщин ($6,8 \pm 1,4$, баллов).

Риск кровотечений по шкале HAS-BLED в среднем составлял $3,2 \pm 0,7$ баллов и не имел достоверных отличий в группах мужчин и женщин; у 58 (76%) пациентов был повышенный риск кровотечений (индекс HAS-BLED > 3). При проведении корреляционного анализа была установлена положительная зависимость между риском тромбоэмболических осложнений (индекс CHA₂DS₂-VASc) и риском кровотечений (индекс HAS-BLED) $r=0,431$ ($p=0,0001$).

В 77% случаев инсульты относились к категории тяжелых. Наиболее частыми проявлениями ИИ на фоне ФП были гемипарез, сенсорно-моторная афазия, дизартрия.

Выводы. В нашем исследовании часто встречающимися факторами риска инсульта и тромбоэмболических осложнений были: артериальная гипертония, сердечная недостаточность и атеросклеротическое поражение сосудов.

В 77% случаев инсульты у больных с ФП сопровождалась развитием тяжелого неврологического дефицита.

Все пациенты, перенесшие ИИ на фоне ФП имели высокий и очень высокий риск развития инсульта и системных тромбоэмболий; у 76% больных был высокий риск кровотечений.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ОСОЗНАННОГО ОТКАЗА ОТ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Лихоносов Н.П.¹, Бабенко А.В.^{1,2}

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,

²Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Мотивация использования анаболических андрогенных стероидов (ААС) мужчинами, занимающимися рекреационной деятельностью, заключается в улучшении формы тела и силовых показателей.

Гипотеза. Сдерживающим фактором для использования ААС может быть осознание побочных эффектов их использования, например, развитие вторичного гипогонадизма.

Цель. Изучить осведомленность пользователей ААС о негативном воздействии этого класса лекарств на организм.

Методы. Проведено анонимное анкетирование среди мужчин – непрофессиональных атлетов. Мы изучили информацию об использовании ААС, отношение к использованию ААС, осведомленность о побочных эффектах их использования, схемах и продолжительности их применения, желание респондентов получить достоверную профессиональную информацию о стероидах и их влиянии на здоровье.

Результаты. Для оценки было предоставлено 762 анкеты. 550 анкет были удовлетворены критериям. ААС использовали 30,4% респондентов ($n=167$). Основными потребителями ААС были мужчины в возрасте от 22 до 35 лет – 74,3%. Наиболее распространенными препаратами были пропионат тестостерона (51,5%). Наиболее распространенная дозировка инъекционного тестостерона составляла 1000 мг в неделю (23,9%). Использование ААС в течение 9 месяцев было отмечено 11% ($n=19$) мужчин. Основным источником информации об ААС был указан Интернет (48,7%). Негативное отношение к ААС сформировали 17,3% респондентов. 69,3% ($n=381$) респондентов дали положительный ответ на вопрос

об осведомленности об ААС, 30,7% – отрицательный (n=169). Почти все респонденты, использующие ААС, указали, что у них есть информация о ААС – 96,4% (n=161). В группе пользователей, не относящихся к ААС, большинство респондентов информированы об ААС – 57,4% (n=220), 42,6% (n=163) не информированы. Среди всех респондентов на уточняющий вопрос об осведомленности о побочных эффектах и осложнениях при использовании ААС утвердительный ответ составил 73,8% (n=406), отрицательный – 26,2% (n=144). Пользователи ААС лучше осведомлены о ААС ($\chi^2=82,954$, $p<0,001$) и их побочных эффектах ($\chi^2=70,207$, $p<0,001$) по сравнению с не пользователями. 22% (n=121) респондентов не были проинформированы о побочных эффектах стероидов. 54,8% респондентов выразили желание получить квалифицированную информацию об ААС.

Вывод. Данные опроса свидетельствуют о высокой осведомленности о побочных эффектах использования ААС, что, на удивление, не приводит к отказу от их использования людьми, занимающимися рекреационной деятельностью. Тем не менее, значительный процент желающих получить квалифицированную информацию об опасности стероидов дает надежду, что эта информация все еще может стать основным инструментом ограничения использования допинговых препаратов.

ВЛИЯНИЕ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ И АНТИПСИХОТИКОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА

Лихоносова С.Э., Ананьева Н.И., Мазо Г.Э.,
Липатова Л.В., Сивакова Н.А.,
Никонова О.В., Годлевская А.В.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Резюме. В клинической практике оценка риска развития лекарственного остеопороза у больных с психическими расстройствами затруднена, так как не осуществляется исследование МПКТ у пациентов с психическими расстройствами. Было обследовано 95 пациентов с длительностью психического заболевания не менее 12 месяцев, принимающих антипсихотики и антиконвульсанты, из которых у 23 пациентов (24%) было выявлено нарушение МПКТ. Имеется достоверная зависимость между количеством факторов риска и снижением МПКТ.

Цель исследования. Оценка риска развития лекарственного-индуцированного остеопороза у больных с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Обследовано 95 пациентов в возрасте от 21 года до 60 лет с длительностью психического заболевания не менее 12 месяцев и принимающих антипсихотики, метаболизирующихся в печени путем бета-окисления, с участием изофермента CYP2D6 в моно- или политерапии (длительность приема антипсихотиков не менее 6 месяцев) и антиконвульсанты, метаболизирующиеся в печени и влияющие на остеогенез, включая энзим-индуцирующие и энзим-ингибирующие препараты. Все пациенты прошли клиническое психиатрическое обследование и оценку МПКТ с помощью компьютерной рентгеновской остеоденситометрии (QCT). Пациенты женского пола были разделены на 2 группы: I группа – пациентки, находящиеся в менопаузе, II группа – пациентки, имеющие регулярный менструальный цикл. Пациенты мужского пола также были разделены на 2 группы: пациенты до 50 лет и после 50 лет.

Результаты. Терапию антипсихотиками получили 21 пациент, антиконвульсантами – 53 пациента, комбинированную терапию – 21 пациент.

К моменту исследования у 18 пациентов, принимающих антиконвульсанты, у 7 пациентов, принимающих антипсихотики, и у 5 пациентов, принимающих комбинированную терапию, уже были переломы в анамнезе. Алкогольная зависимость и никотиновая зависимость были у 13 и 42 пациентов соответственно.

В I группе пациентов женского пола было выявлено снижение МПКТ у 6 пациенток, принимающих антиконвульсанты, у 3 пациенток, принимающих антипсихотики и у 1 пациентки, находящейся на комбинированной терапии.

Во II группе пациентов женского пола у 3 пациенток, принимающих антиконвульсанты и у 1 пациентки, принимающей антипсихотики было выявлено снижение МПКТ.

В I группе пациентов мужского пола было выявлено снижение МПКТ у 2 пациентов, принимающих антиконвульсанты, у 1 пациента, принимающих антипсихотики и у 2 пациентов, находящихся на комбинированной терапии.

Во II группе пациентов мужского пола у 2 пациентов, принимающих антиконвульсанты, у 1 пациента, принимающего антипсихотики и у 1 пациента, находящегося на комбинированной терапии, было выявлено снижение МПКТ.

Также выявлена обратная линейная зависимость между количеством факторов риска и уровнем МПКТ: чем больше факторов риска, тем меньше значение МПКТ.

Заключение. Предварительные результаты проведенного исследования показали, что из 95 пациентов у 23 пациентов (24%) было выявлено нарушение МПКТ. Имеется достоверная зависимость между количеством факторов риска и снижением

МПКТ. Требуется дополнительное изучение фармакогенетических и лабораторных данных риска остеопороза, учет которых позволит более четко планировать терапию, дополнительно назначать препараты, регулирующие МПКТ у этих категорий больных.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У СПОРТСМЕНОВ С КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ

Лопатин З.В., Василенко В.С., Семенова Ю.Б.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение особенностей липидного спектра у спортсменов с кардиомиопатией перенапряжения.

Материал и методы. Обследовано 74 спортсмена игровых видов спорта, средний возраст $23,0 \pm 0,36$ лет, 1 разряд, кандидаты в мастера спорта, мастера спорта. Из них по данным ЭКГ исследования у 36 спортсменов была диагностирована кардиомиопатия перенапряжения.

Электрокардиографическое обследование проводилось на компьютерном 12-канальном электрокардиографе «Кардиометр-МТ (ЗАО «МИКАРД-ЛАНА»)). Для анализа формы предсердно-желудочкового комплекса использовалась 24 секундная запись кардиосигнала и последующая непрерывная регистрация кардиосигнала в течение 5 минут в состоянии покоя и 5 минут записи после выполнения нагрузочной пробы на велоэргометре. Холтеровское суточное мониторирование ЭКГ проводили на аппаратах «КАРДИОТЕХНИКА-04-8(М)» в день отдыха. Определение холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), проводили энзиматическим методом по конечной точке (IFCC) на анализаторе Synchron CX9, фирмы Beckman, США, с последующим расчетом липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и коэффициента атерогенности по формуле А. К. Климова: $КА = (ЛПОНП + ЛПНП) / ЛПВП$. Определение окисленных липопротеинов (oxLDL) проводили методом иммуноферментного анализа, с использованием тест-наборов «Вюmedica» (Германия). Обработку и статистический анализ данных проводили с помощью пакетов статистических программ Exel 2007, Statistica for Windows 5.0. Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$.

Изучение показателей липидного спектра показало, что холестерин атерогенных фракций липопротеинов низкой и очень низкой плотности у

спортсменов с кардиомиопатией перенапряжения особенностей по сравнению со спортсменами без сердечно-сосудистых нарушений не имел. Также не установлено различий в содержании липопротеинов высокой плотности. Соответственно не выявлено и повышения коэффициента атерогенности. Уровень холестерина и триглицеридов в группах спортсменов также статистически значимых различий не имел.

Определение модифицированных окисленных липопротеинов (oxLDL) выявило их повышение до верхней границы нормы, при этом у спортсменов с кардиомиопатией перенапряжения их повышение было более выражено, но не имело статистической значимости как следствие высокого разброса показателей. В связи с этим нами проведен анализ показателей oxLDL выходящих за пределы референсного интервала. В группе спортсменов с кардиомиопатией перенапряжения повышение oxLDL за пределы референсного интервала установлено у 12 человек – в 33% случаев, а в группе без сердечно-сосудистой патологии – у 3 человек – 7,9% случаев, что имеет статистическую значимость при $p \leq 0,01$ ($t=2,8$). Таким образом, у спортсменов с кардиомиопатией перенапряжения чаще выявляется повышение уровня oxLDL. Окисленные липопротеиды обладают токсичностью для многих групп клеток, в частности для эндотелиоцитов, при этом антитела, образуя иммунные комплексы с oxLDL, оказывают дополнительное повреждающее действие на эндотелий, нарушая его функцию.

Выводы. Полученные данные показывают участие окисленных липопротеинов в патогенезе кардиомиопатии перенапряжения у спортсменов посредством нарушения функции эндотелия. Определение окисленных липопротеинов может быть рекомендовано для контроля эндотелиальной функции с целью своевременной диагностики кардиомиопатии перенапряжения у спортсменов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Лушина О.В.

Межрайонный Петроградско-Приморский противотуберкулезный диспансер №3, Санкт-Петербург

Цель. Повышение эффективности лечения больных лекарственно-устойчивым туберкулезом в комплексной терапии туберкулеза легких.

Материал и методы. Проводилось ретроспективное исследование результатов лечения туберкулеза легких в период с 2016 по 2017 гг. среди по-

стоянного населения Петроградского и Приморского районов Санкт-Петербурга. Объект исследования – 99 больных с впервые выявленным туберкулезом легких, любой локализации и распространенности, с бактериовыделением, установленной множественной (МЛУ) и широкой (ШЛУ) лекарственной устойчивостью возбудителя:

- основная группа (ОГ; n=39) – пролеченных противотуберкулезной терапией с включением препаратов нового поколения (Линезолид, Бедаквилин, Перхлорзон, Меронем);

- группа сравнения (ГС; n=60) – пролеченных по IV или V стандартным режимам химиотерапии, без включения вышеуказанных препаратов.

Критерии включения: возраст 18-65 лет; больные обоих полов, с доказанным туберкулезом органов дыхания при установленной МЛУ или ШЛУ возбудителя.

Пациенты ОГ и ГС сопоставимы по клинико-рентгенологическим и лабораторным данным. Достоверных различий между группами не выявлено.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов преобладали мужчины – 62 (62,6%) человек. Более половины пациентов обеих групп (68 чел., 68,6%) были в трудоспособном возрасте от 18 до 40 лет. Заболевание выявлено в 58,4% (59 чел.) случаях при обращении в лечебно-профилактические учреждения в связи с ухудшением самочувствия, и в 41,6% – при профилактическом осмотре.

Различная симптоматика в виде общих интоксикационных симптомов (субфебрильная температура тела, повышенная утомляемость, общая слабость, снижение аппетита) имела место у 77 больных, в 77,8% случаев.

В клинической характеристике больных преобладала инфильтративная форма туберкулеза (71 больной – 71,7%); у подавляющего большинства туберкулезный процесс выявлен в фазе распада (78,8% – 78 человек).

Практически все пациенты имели различные сопутствующие заболевания (85,9%; 85 чел.) в виде хронического вирусного гепатита В или С, положительного ВИЧ-статуса, наркомании, алкоголизма, сахарного диабета, поражения желудочно-кишечного тракта, либо бронхолегочной системы.

В обеих группах была проанализирована эффективность химиотерапии к концу интенсивной фазы лечения – 8 месяцам. Эффективность лечения по бактериологическим данным не различалась между группами: прекращение бактериовыделения методом люминесцентной микроскопии достигнуто в основной группе у 38 (97,4%), в контроле – у 53 (88,3%) человек; (p>0,05).

Положительная рентгенологическая динамика в виде рассасывания очагов, уменьшения зон инфиль-

трации, закрытия полостей деструкции к 8 месяцам терапии в основной группе наблюдалась у 38 человек (97,4%); в группе сравнения положительная рентгенологическая динамика отмечена у 51 человека (85,0%); (p<0,05), то есть достоверна между группами.

Симптомы интоксикации не определялись у всех пациентов обеих групп.

Выводы. Результаты исследования к концу интенсивной фазы лечения туберкулеза указывают на целесообразность применения препаратов нового поколения у пациентов с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. Данные препараты позволяют купировать прогрессирование туберкулезного процесса и повысить эффективность лечения. Переносимость препаратов удовлетворительная.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФИЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЭКЗЕМОЙ

Мавлянова Ш.З., Исмогилов А.И.,
Джаббаров М.М., Атаджанов Ш., Хонходжаев Ш.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Неуклонный рост аллергических заболеваний кожи, хронизация, частая рецидивность, резистентность к проводимой базисной терапии требует разработки новых методов терапии. В дерматологической практике важное значение придается наружной терапии. Наружные средства оказывают не только местное действие на патологический процесс, а также они рефлекторно воздействуют на центральную и вегетативную нервную систему, не уступая системным препаратам.

Следует отметить, что при лечении кожных заболеваний большое значение отводится лечебным физиотерапевтическим процедурам. В этой связи с целью совершенствования физиотерапевтического лечения у больных экземой нами разработан физиотерапевтический метод терапии, характеризующийся назначением электрофореза с 0,05% раствором активизированных кремниевых вод на очаги поражения в виде аппликации с помощью ионогальванического метода (на курс №10).

Цель исследования. Оценка клинической эффективности активизированного кремниевого раствора в качестве наружной терапии с использованием электрофореза у больных экземой.

Материал и методы исследования. Обследовано 35 больных с экземой в возрасте от 18 до 47 лет. Среди них лица мужского пола составили – 13

(37,1%) и женского – 22 (62,8%). У всех больных проводили клинические (ДИШС) и микробиологические исследования до и после лечения. В качестве наружной терапии использовали метод электрофореза с использованием активизированных кремниевых вод. В химических показателях воды, присутствуют SiO_2 (H_4SiO_4), катионы Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} , Fe^{2+} , Fe^{3+} и благородные, цветные, REE-элементы.

Результаты исследования. По клинической форме у 11 (31,4%) больных диагностирована истинная экзема, у 19 – микробная и у 5 (14,3%) себорейная экзема. Дерматологический индекс шкалы симптомов составил в среднем $25,2 \pm 1,6$ баллов, что соответствовало тяжелой степени тяжести. Результаты микробиологических исследований показали, что в большинстве случаев из очагов поражения кожи высевались *St.aureus* – 54,3% и *St.saprophyticus* – 22,8% и в среднем степень их колонизации составила – $2059,4 \pm 626,4$ КОЕ/см² ($P < 0,05$, у здоровых лиц – $17,6 \pm 11,5$ КОЕ/см²).

Результаты клинических наблюдений показали, что физиотерапевтическая процедура с применением активизированного раствора кремниевой воды способствовала улучшению клинического течения экземы в среднем на $3,8 \pm 0,2$ день. Отмечалось снижение индекса ДИШС – в 4,9 раза по сравнению до лечения ($P < 0,05$). Уровень колонизации *Staphylococcus spp.* снижался в 12,6 раз и составил в среднем $165,1 \pm 51,5$ КОЕ/см² ($P < 0,05$).

Выводы. Активизированный кремниевый раствор обладает противовоспалительным свойством и может быть рекомендован для практической дерматологии. Физиотерапевтическая процедура с использованием активизированных растворов кремния способствовала повышению терапевтической эффективности.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К БИОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Мавлянова Ш.З., Муллаханов Ж.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Крапивница является этиологически гетерогенным дерматозом, основным клиническим симптомом которого является волдырь. По продолжительности течения крапивницу делят на 2 формы: острая (которая протекает < 6 недель) и хроническая

(протекает > 6 недель). Полиморфизм клинического течения, увеличение количества случаев тяжело протекающими и резистентными к проводимой терапии форм крапивницы требует пристального внимания в плане изучения дополнительных критериев лабораторных показателей для диагностики крапивницы.

Цель исследования. Оценка состояния белковой фракции – гамма-глобулина и общего иммуноглобулина Е у больных с крапивницей.

Обследовано 53 больных с крапивницей в возрасте от 12 до 50 лет. Из них мужчины – 26 пациентов, женщин – 27. Контрольную группу составили здоровые лица в количестве 24 человек в возрасте от 14 до 48 лет и контрольная группа с кожными заболеваниями без аллергического генеза – витилиго в количестве 18 человек соответствующего возраста. У больных с крапивницей уровень альбумина повышался в 1,03 раза и составил $45,3 \pm 1,5$ mg/dl, однако имел не достоверный характер, а уровень гамма-глобулина у больных лиц мужского пола составил $37,9 \pm 5,8$ mg/dl, а у женского пола $37,9 \pm 5,8$ mg/dl, и имел достоверный характер ($P < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о состоянии гипергамма-глобулинемии на фоне нормальных показателей альбумина в сыворотке крови, что характеризует повышенную реактивности гуморального звена иммунной системы. В группе больных крапивницей с легкой степенью тяжести заболевания уровень гамма-глобулина составил в среднем $77,6 \pm 5,4$ U/L, что в 2,7 раза превышало показатели здоровых лиц ($P < 0,05$), у больных средней тяжестью данный показатель составил $32,6 \pm 7,3$ U/L и тяжелой степенью $38,3 \pm 2,2$ U/L, что в 1,2 раза превышало показатели здоровых лиц ($P < 0,05$).

Сравнительный анализ содержания общего IgE, обуславливающего аллергическое состояние организма с уровнем гамма-глобулина с учетом пола больных выявил параллельную тенденцию повышения этих показателей в группе больных крапивницей. Полученные результаты имели статистически достоверный характер ($P < 0,05$). А интерпретация результатов анализов в группе больных витилиго, не имеющих аллергического генеза, показало, что уровень гамма-глобулина и общего IgE находился в низкой концентрации как у лиц мужского пола, так и у лиц женского пола. Также нами были проанализированы показатели белковой фракции у пациентов с крапивницей у которых не наблюдалось повышение концентрации общего IgE. Следует отметить, что у 17 больных крапивницей уровень общего IgE составил в среднем $68,1 \pm 1,6$ ME, а уровень гамма-глобулина повышался в 2,6 раза по сравнению с показателями здоровых лиц и составил в среднем $51,4 \pm 2,5$ U/L ($P < 0,05$). Однако, клиническая картина крапивницы имела выраженное течение, характеризовалась распространенными уртикарными высыпаниями, больных беспокоил интенсивный сильный зуд.

Повышение уровня гамма-глобулина как одного из показателей гуморального звена иммунитета, обуславливает реактивность организма против бактериальной или грибковой сенсибилизации в организме у больных крапивницей. Полученные данные указывают на то, что повышение уровня гамма-глобулина в сыворотке крови в организме больных с заболеваниями кожи характеризует аллергическое состояние организма и может быть применено в качестве биохимических диагностических критериев в постановке диагноза аллергического состояния организма.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНОТИПОВ ST. AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ С БИОСУБСТРАТОВ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Мавлянова Ш.З.¹,

Капралова Ю.А.², Максудов М.Р.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии,

²Институт биофизики и биохимии при Национальном университете, г. Ташкент, Республика Узбекистан

В последнее время особое внимание уделяется условно-патогенным микроорганизмам, поселяющим биосубстраты кожи, слизистые оболочки организма человека. Количество микроорганизмов и их видовой состав на поверхности кожи здоровых людей характеризуется определенным постоянством.

Особое внимание уделяется молекулярно-генетическим исследованиям условно-патогенных микроорганизмов, так как определенные генотипы играют важную роль в развитии персистирующих форм оппортунистических инфекций.

Цель. Исследование вариабельности геномных комплексов стафилококков, выделенных с кожи у больных аллергодерматозами.

Материал и методы исследования. Молекулярно-генетическое исследование проводилось у 42 культур *st. aureus*, выделенных с кожи очагов поражения у больных с аллергодерматозами. Материалом для ДНК служил соскоб культур микробных клеток с чашки Петри. Выделение ДНК из образцов осуществлялось набором реагентов «РИБО-преп» (производство ООО «ИнтерЛабСервис», Москва, Россия).

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что из представленных образцов ДНК была выделена в 100% случаев. Методом ПЦР

исследования также подтверждено наличие маркерного гена *nucst. aureus* в 100% (42 культур) случаев.

Метициллинрезистентный стафилококк – (mecA) был обнаружен у 39 образцов, что составило 92,8% случаев. Тогда как стафилококки, продуцирующие токсин синдрома токсического шока – (Tsst) были обнаружены у 27 пациентов (64,3%), а стафилококки, продуцирующие лейкоцидин Пантона-Валлентайна – Luk – 433 bp обнаружены у 7, что составило 16,6% соответственно.

Анализ клинического течения аллергодерматозов с учетом выделяемых штаммов *St. aureus* показал, что в группе больных АД с MRSA клиническая картина кожно-патологического процесса была характерна для эритематозно-сквамозного характера с лихенификацией. Общее состояние больных имело средне-тяжелое течение, пациенты отмечали периодический подъем температуры тела до 38,6°, увеличение подчелюстных лимфатических узлов, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте.

У больных с TSST штаммами *St. aureus* кожно-патологический процесс имел распространенный, инфильтративный характер, обусловленный эритематозными, везикулезными высыпаниями, отмечалось крупно-пластинчатое шелушение в виде ошпаренной кожи на верхних и нижних конечностях.

У больных с генотипом порообразующий токсин лейкоцидин Пантона-Валентайна (Panton-Valentine leukocidin, (PVL) кожно-патологический процесс имел распространенный, инфильтративно-воспалительный характер, с длительностью заболевания более 10 лет с частыми рецидивами и резистентностью к проводимой стандартной терапии.

Выводы. Анализ клинико-микробиологических и молекулярно-генетических исследований показал, что у больных аллергодерматозами в 37,5% случаев отмечается развитие персистирующих оппортунистических инфекций, обусловленных MRSA и токсином синдрома токсического шока (TSST) штаммами *St. aureus*.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЖПРЕДСЕРДНЫХ СООБЩЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ

Мазнев Д.С., Абрамов А.Л., Шлойдо Е.А.
Городская многопрофильная больница №2,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность эндоваскулярного закрытия межпредсердных сообщений у взрослых.

Материалы и методы. Исследованы 65 пациентов, перенесших криптогенный инсульт среди которых 34 (52,3%) мужчины и 31 (47,7%) женщина и 12 паци-

ентов с вторичным дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) – 2 мужчин (16%) и 10 женщин (84%). Средний возраст составил 44,7±2,1 лет. У 42,8% пациентов имеются факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Пациенты в первой группе прошли стандартное обследование, включающее эхокардиографию, магнитно-резонансную томографию и компьютерную томографию головного мозга, суточное мониторирование электрокардиограммы, ультразвуковое исследование сосудов шеи и головного мозга, общий и биохимический анализы крови, коагулограмму. Всем пациентам, перенесшим криптогенный инсульт, была выполнена чреспищеводная эхокардиография (ЧПЭХОКГ) с пузырьковой пробой с целью исключения патологических внутрисердечных объемных образований (тромбы, опухоли, вегетации) и выявления ООС с парадоксальным право-левым сбросом крови. Положительной считалась проба, при которой в 1-2 сердечный цикл было получено пузырьковое контрастирование левого предсердия через открытое овальное окно. Пациентам с вторичным ДМПП было выполнено ЧПЭХОКГ без контрастирования, проведена неинвазивная оценка гемодинамической значимости шунта (измерение Qp/Qs).

Результаты. Пузырьковая проба была положительной у 31 пациента (47,6%). Также среди больных с положительной пробой: аневризма межпредсердной перегородки (МПП) выявлена у 5,7% пациентов, гипермобильность МПП у 17,1%. Из 31 пациента с ООС 13 пациентам выполнено эндоваскулярное лечение – закрытие открытого овального окна окклюдером Amplatzer PFO. Размер окклюдера подбирался в соответствии с длиной канала ООС. Всем пациентам с вторичным ДМПП выполнено эндоваскулярное закрытие дефекта окклюдером Amplatzer ASD. Интраоперационно во всех случаях обеспечивался 3D-чреспищеводный эхокардиографический контроль с применением непрерывного трехмерного изображения на всех этапах операции. В среднем, длительность госпитализации составила 5±1 койко-дней. Послеоперационный период протекал спокойно, осложнений не было. При контрольных визитах через 3 и 6 месяцев, состояние всех прооперированных пациентов сохранялось удовлетворительным, повторных ОНМК/ТИА не было ни в одном случае. По данным эхокардиографического контроля патологических изменений выявлено не было, патологических сбросов не выявлено.

Выводы. Эндоваскулярное закрытие межпредсердных сообщений у взрослых рассматривается как эффективный и относительно безопасный метод лечения. ЧПЭХОКГ играет ключевую роль в отборе пациентов для эндоваскулярного вмешательства, при этом, правильная методика определяет достоверность результата. 3D ЧПЭХОКГ также оптимизирует визуализацию во время операции, обеспечивая четкое анатомическое пространственное ориентирование.

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЦЕНТРА ОСТЕОПОРОЗА

Мазуренко С.О.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,
Городская больница Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Остеопороз – заболевание, с которым клиницисты сталкиваются каждый день, и все больше врачей различных специальностей занимаются диагностикой и лечением этого недуга. Клинические рекомендации по диагностике и лечению остеопороза, регулярно обновляемые международными и национальными ассоциациями всего мира, обычно основаны на результатах контролируемых двойных слепых рандомизированных исследований, которые проводятся фармакологическими компаниями на пациентах, отобранных по жестко ограниченному возрастному, половому и клиническому характеристикам.

На практике клиницист чаще сталкивается с пациентами, страдающими несколькими заболеваниями, являющимися спутниками, причинами или фоном остеопороза. Сопутствующие заболевания не только отягощают состояние больных, страдающих остеопорозом, но и затрудняют выбор клиницистом правильной терапии.

Освещению проблемы лечения коморбидных пациентов с остеопорозом посвящен доклад руководителя центра остеопороза и метаболических заболеваний костей КБ 122 Мазуренко С.О. В докладе представлен собственный опыт по диагностике и лечению остеопороза у больных, страдающих болезнью Паркинсона, хронической болезнью почек и другими заболеваниями.

ТЯЖЕЛЫЙ ОСТЕОПОРОЗ: СОХРАНЯЕМ КОСТЬ ИЛИ ЖДЕМ СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕЛОМА?

Мазуров В.И., Жугрова Е.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся низкой костной массой и микронарушениями в архитектонике костной ткани, приводящее к увеличению хрупкости костей и возможности их переломов.

Тяжелый остеопороз – это остеопороз с уже имеющимся в анамнезе низкотравматическим переломом тела позвонка (-ов), переломом бедра или множественными переломами независимо от степени снижения минеральной плотности кости (МПК) по данным денситометрии.

В России среди лиц в возрасте 50 лет и старше остеопороз выявляется у 34% женщин и 27% мужчин, а частота остеопении составляет 43% и 44%, соответственно. Частота остеопороза увеличивается с возрастом. В целом, остеопорозом страдают около 14 млн. человек и еще 20 млн. людей имеют снижение МПК, соответствующее остеопении. Аналогичные показатели распространенности остеопороза у женщин отмечены среди белого населения Северной Америки и ряда стран Западной Европы.

Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами тел позвонков и костей периферического скелета, приводя к большим материальным затратам в области здравоохранения и обуславливающими высокий уровень нетрудоспособности, включая инвалидность, и смертность.

Тяжелый ОП в значительной мере недооценивается медицинским сообществом. С клинической точки зрения очень важно, что тяжелый ОП характеризуется высоким риском повторных переломов. Между тем до сих пор пациенты с низкоэнергетическими переломами, в том числе повторными, не привлекают внимание ни травматологов, ни терапевтов. Пациенты не информированы о том, что возможной причиной перелома может быть ОП. Риск повторных переломов у них не определяется и лечение, направленное на его снижение, не проводится.

Также требует внимания группа пациентов с сохраняющейся хрупкостью костей даже на фоне адекватного курса антирезорбтивной терапии, когда, несмотря на лечение, увеличения МПК не наблюдается и происходят переломы. Низкая МПК, отсутствие динамики маркеров костного ремоделирования на фоне текущей терапии и структурные нарушения, сопряженные с высоким риском развития повторных переломов, обуславливают необходимость проведения у них принципиально иной терапии – анаболической.

Клинически значимый эффект при терапии терипаратидом отмечается уже через 3 мес. Способствуя уменьшению болевого синдрома, ассоциированного с остеоропотическими переломами позвонков, терипаратид оказывает положительное влияние и на качество жизни больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Макаренко Е.П.¹, Спицина С.С.^{1,2}

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель. Изучить распространенность клинических проявлений хронической болезни почек (ХБП) у больных ревматоидным артритом (РА), выявить основные факторы риска нефропатии.

Материалы и методы. В исследование были включены 58 пациентов (45 женщин и 13 мужчин) с верифицированным диагнозом РА, установленным согласно критериям ACR/EULAR 2010. Критериями исключения явилась сопутствующая патология, способная привести к развитию вторичной нефропатии. Проводилось комплексное клиническое, лабораторно-инструментальное обследование больных. С целью оценки функционального состояния почек определялись креатинин и мочевина в сыворотке крови, выполнялись общий анализ мочи, анализ мочи на микроальбуминурию, ультразвуковое исследование почек. Использовался расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI (2011г.). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ SSPS 20.0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных составил 54,6 лет, а средняя продолжительность заболевания – 5,83 лет. Серопозитивный РА выявлялся у 34 пациентов. Ранняя стадия заболевания была у 18%, развернутая – 40%, поздняя – 42%. Все больные имели высокую активность заболевания (DAS28-CRP(4) у всех был выше 4,5 баллов). Наиболее часто были диагностированы II и III рентгенологические стадии (у 64% больных). Все пациенты ежедневно принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 68% – глюкокортикостероиды (ГКС) в дозе до 10 мг преднизолона. У 41% пациентов были обнаружены признаки ХБП, среди которых у 9 человек выявлена микроальбуминурия более 10 мг/л, у 4 – наличие мочевого осадка в виде эритроцитурии, у 7 – УЗ-признаки структурных аномалий почек,

у 4 – снижение СКФ менее 60 мл/мин. При этом в группе пациентов с альбуминурией СКФ>90 мл/мин определялась у 28%, 60-89 мл/мин – 61%, 30-59 мл/мин – 11%, 15-29 мл/мин – 0%, <15 мл/мин – 0%. Средний уровень креатинина составил $82,7 \pm 1,8$ мкмоль/л, колебаясь от $65,7$ мкмоль/л до $141,3$. У 18% наблюдалась гиперкреатининемия выше референсных значений. Также, у 6% наблюдалась повышение мочевины. Таким образом, в группу больных с признаками ХБП вошли пациенты старшего возраста с высокой активностью заболевания, продолжительностью болезни более 5 лет, поздней клинической стадией, серопозитивным характером РА, принимавшие НПВП в сочетании с ГКС.

Выводы. ХБП была выявлена у 41% больных РА, что проявилось в виде микроальбуминурии (37%), персистенции мочевого осадка в виде эритроцитурии (17%), УЗ-признаков структурных аномалий почек (29%), снижения СКФ менее 60 мл/мин (17%). Были установлены факторы риска ренальных осложнений: возраст, высокая активность и длительность заболевания, серопозитивный характер РА, терапия НПВП и ГКС. Таким образом, для своевременной диагностики всем пациентам с РА требуется определение традиционных «почечных» маркеров, что позволит выявлять поражение почек на ранних этапах и проводить нефропротекцию с целью улучшения прогноза выживаемости больных с данной патологией.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Макарова А.В.¹, Шустов С.Б.¹,

Кицьшин В.П.², Ворохобина Н.В.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение и цель исследования. Сердечно-сосудистые заболевания широко распространены и являются самой частой причиной смерти, поэтому изучение факторов риска и оценка прогноза лечения ишемической болезни сердца (ИБС) – важная задача медицины. В литературе пред-

ставлены противоречивые сведения о значении мужских половых гормонов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому целью данной работы являлась оценка результатов реваскуляризации миокарда у мужчин с низким и нормальным уровнем тестостерона в отдаленные сроки после операции.

Материалы и методы. Обследовано 90 мужчин в возрасте 46–74 лет с коронарной болезнью сердца и показаниями к стентированию, которые были разделены на 4 группы. В первую и вторую группы включены пациенты с уровнем общего тестостерона крови < 12 нмоль/л: 15 человек 46-59 лет и 21 мужчина 60-74 лет соответственно. В группу 3 и 4 были включены мужчины без андрогенодефицита: 26 мужчин 46-59 лет и 28 пациентов 60-74 лет соответственно. Через 4.4 ± 1.8 лет наблюдения после проведения реваскуляризации миокарда анализировали развитие новых сердечно-сосудистых событий (острое нарушение мозгового кровообращения, смерть от сердечно-сосудистых причин, инфаркт миокарда, оперативное вмешательство по поводу атеросклероза крупных артерий). Группы были сопоставимы по длительности наблюдения.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что у пациентов среднего возраста с низким уровнем тестостерона, отдаленные результаты стентирования венечных артерий по комбинированной конечной точке достоверно более благоприятные, чем у пациентов того же возраста без андрогенодефицита. Так, у 6,7% пациентов подгруппы 1 и у 42,3% пациентов подгруппы 3 наблюдались сердечно-сосудистые события за период наблюдения ($p < 0,05$). Различий по комбинированной конечной точке у мужчин пожилого возраста с андрогенодефицитом и без него не установлено ($p \geq 0,05$).

Выводы. Таким образом, можно рассматривать андрогенодефицит как благоприятный фактор при прогнозировании результатов реваскуляризации миокарда у мужчин 46-59 лет. Возможно, происходит модуляция активности тестостерона на тканевом уровне с преобладанием негативных эффектов в условиях невозможности расширения стентированных артерий, в связи с чем уровень тестостерона крови менее 12 нмоль/л имеет протективное значение для пациентов среднего возраста, имеющих стенты в коронарных артериях. Предположительно, в разном возрасте мужские половые гормоны оказывают неодинаковое действие на сердечно-сосудистую систему. Требуется дальнейшее углубленное изучение этого вопроса.

БИЛИНГВИЗМ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Максимов Р.С., Алексеева Э.П.
Городская клиническая больница №1,
Образовательный центр «Языковая школа»,
г. Чебоксары

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения инсульта и восстановление больных в остром и раннем периоде заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 172 пациента (102 женщины – 60%, 70 мужчин), в возрасте от 31 до 66 лет, находящихся на лечении в первичном сосудистом отделении БУ «ГКБ №1».

Больные поделены на 2 группы: 1 группа (123 человека): больные-билингвы, владеющие более чем одним языком, в т.ч. русским; 2 группа (45 больных): пациенты, владеющие одним разговорным языком, чаще русским (37 больных), реже иными национальными языками. Оценка больных проводилась при поступлении и выписке по валидизированным шкалам.

Результаты и обсуждение. Ишемический инсульт встретился у 127 больных (74%), геморрагический – у 45. Левополушарный инфаркт мозга у 44 больных (35%), правополушарный у 51 (40%), инфаркты в мозжечке у 32 (25%). Внутримозговые кровоизлияния чаще наблюдались в области базальных ядер 37 (82%), реже в области мозжечка – 7 (8%).

Пациентов, владеющих двумя и более языками среди обследованных – 123 (71,5%), причем 17 человек (14%) владели тремя языками, а 2 (1,6%) – четырьмя. Помимо русского языка, вторым разговорным языком у больных был: чувашский (72,5%), татарский (7,5%), английский (5%), мордовский (4%), марийский (4%) и другие, реже встречаемые (7%).

Средний балл по шкале инсульта национального института здоровья США (NIHS) в 1 группе составил 8,2 бала, во 2 группе – 8,1 балла. В динамике после лечения: в 1 группе – 5,8 балла, (-2,4 балла), во 2 группе – 7,1 балла (-1,1 балла). Полное восстановление при инфаркте мозга у больных 1 группы наблюдалось у 19 пациентов (16%), во второй – у 5 (11%).

По шкале способности к самообслуживанию Рэнкин отмечается уменьшение на 1 балл (с 3,5 до 2,5 балла) в 1 группе и на 0,8 балла (с 3,7 до 2,9 балла) во 2 группе.

По шкале Ривермид в 1 группе больных отмечено нарастание на 7,3 балла (с 4,1 до 11,4), а во 2 группе – на 6,5 балла (3,4 до 9,9 баллов).

Средний балл по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) в 1 группе составил до лечения 6,6 по подшкале «тревога» и 5,9 по подшкале «депрессия»; при выписке – 4,9 балла по подшкале «тревога» (-1,7 балла) и 4,1 по подшкале «депрес-

сия» (-1,8 балла). Средний балл по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) во 2 группе до лечения 7,5 по подшкале «тревога» и 6,7 по подшкале «депрессия». Динамические результаты в баллах во 2 группе: 7,0 по подшкале «тревога» (-0,5 балла) и 6,1 по подшкале «депрессия» (-0,4 балла).

Уровень когнитивных функций по Моса-тест в 1 группе составил 27,7 балла при поступлении и до 28,3 при выписке; во второй группе – 26,8 балла при поступлении и 27,6 балла при выписке.

Выводы. Владение более чем одним языком в быту несомненно является показателем более высокого когнитивного и коммуникативного индигената человека, позволяя наиболее эффективно адаптироваться в окружающей среде, повышая социальный статус индивидуума. Инсульт, как глубоко переживаемое острое стрессовое патологическое состояние, значительно снижает социальную и физическую адаптацию больного. Вместе с тем, билингвизм позволяет пережить патологию головного мозга, и выйти из патологического состояния с гораздо лучшими результатами по сравнению с теми, кто владеет лишь одним языком.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ НЕТИПИЧНОМ ЦЕФАЛГИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Максимов Р.С., Деомидов Е.С., Максимова И.Д.
Городская клиническая больница №1,
Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары

Цель работы. Проанализировать нетипичные проявления цефалгического синдрома при субарахноидальных кровоизлияниях (САК).

Материалы и методы. В первичном сосудистом отделении БУ «Городская клиническая больница №1» г. Чебоксары в период с 2011 по 2018 гг. выявлено 125 больных САК, что составило 2,1% от общего количества больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Средний возраст 51±6,7 лет, при этом соотношение по гендерному признаку: 49 мужчин (39%) и 76 женщин. Среднее время поступления больных в специализированное отделение – 17,9 ч. от начала заболевания. Типичное развитие САК встречается не всегда. Встречаются варианты, при которых затрудняется своевременная диагностика, что повышает риск осложнений и летального исхода.

Результаты. Среди 125 больных САК, у 14 (11,2%) клиническая симптоматика не укладывалась в классическую картину. Среднее время поступления таких пациентов в отделение составило 32,4 ч. от начала заболевания. До этого больные находились на лечении и обследовании у участкового терапевта, невролога, мануального терапевта, психиатра и психотерапевта, нарколога.

Среди 14 пациентов с нетипичным течением цефалгического синдрома выявлено 4 больных с ложнопсихотической формой, 4 – ложногипертонической, 1 – ложновоспалительной, 2 – ложномигренозной, 3 – с ложновертебральной.

Мигренозный вариант протекал с головной болью (ГБ) до 4-5 баллов по ВАШ; без изменения сознания в дебюте заболевания и субфебрильной температурой с конца 2-х суток. Менингеальный синдром расценивался как слабоположительный, и при первичном осмотре выявлен не был.

Ложновоспалительный вариант сопровождался диффузными ГБ до 5-6 баллов по ВАШ ноющего, давящего характера, с усилением в вертикальном положении. Менингеальный и гипертермический синдром присоединялся на третьи сутки.

Ложногипертонический вариант характеризовался жалобами на сильную ГБ, до 7-8 баллов по ВАШ, давящего характера, на фоне гипертонического криза. Менингеальный синдром описывался как сомнительный. Отсутствие положительной динамики и применение дополнительных методов диагностики, позволяло подтвердить САК.

В основе клинической картины при ложнопсихотическом варианте было психомоторное возбуждение и дезориентация больных с бессвязной речью. Менингеальные знаки описаны как умеренно-выраженные, однако трудно выявляемые в силу особенностей поведения больного. Головная боль также в силу особенностей поведения больного не детализировалась.

При ложновертебральной форме пациенты жаловались на боли легкой или умеренной интенсивности, с локализацией в шейно-затылочной области, и ограничением подвижности в шейном отделе позвоночника с тоническим напряжением паравертебральных мышц. Боли ноющего, распирающего характера, с некоторым уменьшением интенсивности в покое. Больные поступали в отделение через 2-7 суток от начала заболевания.

К счастью, среди больных с нетипичным проявлением САК, не смотря на запаздывание диагностики и лечения, летальных исходов не было.

Заключение. Диагностика САК не представляет затруднений, однако могут встречаться нетипичные варианты, при которых своевременная диагностика затруднительна.

ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Малолеткина Е.С., Гурова О.Ю., Фадеев В.В.
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Введение. Распространенность сахарного диабета в мире ежегодно растет, приобретая масштабы всемирной эпидемии. Согласно данным IDF в 2017г.в мире зарегистрировано 425 млн. человек страдающих данным заболеванием, а по прогнозам к 2045г численность лиц с сахарным диабетом возрастет до 629 млн. В структуре лиц с СД 2 типа около 80% пациентов имеет избыточный вес или ожирение, распространенность же морбидного ожирения среди лиц с СД-2 в 2-3 раза выше, чем в популяции (до 16%). В клинической практике сочетание СД-2 и МО представляет проблему, связанную с более низкой эффективностью ССТ.

Цель. Сравнить эффективность различных режимов инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и морбидным ожирением.

Материалы и методы. В проспективное клиническое исследование включено 120 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и морбидным ожирением, получающих интенсифицированную инсулинотерапию. Медиана возраста пациентов составила 60 лет [55;64], ИМТ 39 кг/м² [36; 41,9], уровня гликированного гемоглобина 9,4% [8,2; 10,7], суточная доза инсулина 56 ЕД [40;78]. По результатам рандомизации пациенты разделены на 4 группы лечения: 1 группа (n=40) – базисно-болюсная инсулинотерапия в комбинации с метформином (ББИТ+мет); 2 группа (n=25) – базальный инсулин в комбинации с метформином и эмпаглифлозином 25 мг/сут (БИ+мет+эмпа); 3 группа (n=30) – прандиальный инсулин в комбинации с метформином и эмпаглифлозином 25 мг/сут (ПИ+мет+эмпа), 4 группа (n=25) – прандиальный инсулин в комбинации с метформином. Оценка эффективности терапии проводилась по уровню HbA_{1c}, частоте гипогликемических состояний, также оценивались динамика антропометрических данных (масса тела, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ)) и метаболических параметров, пищевое поведение.

Результаты. Через 24 недели открытой терапии статистически значимой разницы в динамике уровня гликированного гемоглобина между группами лечения отмечено не было (-1,4% в группе ББИТ, - 1,7% в группе БИ+мет+эмпа, - 1,6% в группе

ПИ+мет+эмпа), ($p=0,2$). Наибольшее снижение массы тела наблюдалось в группах терапии, получающих эмпаглифлозин (БИ+мет+эмпа -5 кг и ПИ+мет+эмпа -6 кг), в сравнении с группой базисно-болюсной инсулинотерапии (+1 кг), ($p=0,02$). Максимальная суточная доза инсулина через шесть месяцев наблюдения была отмечена в первой группе лечения 98 ЕД [84;120], в сравнении с группами БИ+мет+эмпа 42 ЕД [32; 68], ПИ+мет+эмпа 50 ЕД [35;56], ($p=0,03$). Через 6 месяцев терапии наименьшее количество легких гипогликемий было зарегистрировано во второй (БИ+мет+эмпа) и третьей (ПИ+мет+эмпа) группах лечения 13% и 15% соответственно в сравнении с группой базисно-болюсной инсулинотерапии с метформином (20%) ($p<0,005$).

Выводы. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа и морбидным ожирением использование режима множественных прандиальных инъекций инсулина в сочетании с эмпаглифлозином имеет преимущества, так как обладает не меньшей эффективностью в плане снижения уровня гликированного гемоглобина по сравнению с базисно-болюсной схемой инсулинотерапии с более низкой частотой развития гипогликемических состояний и наибольшим влиянием на снижение массы тела.

ОЧАГОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ: ТАКТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Малышева Е.Б.

Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Очаговые образования печени (ООП) нередко впервые выявляются при скрининговом трансабдоминальном УЗИ органов брюшной полости, в большинстве случаев протекают бессимптомно или с минимальной клинической симптоматикой.

Цель исследования. Уточнение тактики ведения пациентов с ООП.

Материалы и методы. Исследование носило наблюдательный характер, проведено в период 2017-2018 гг. с оценкой статуса ООП у 70 пациентов. Диагноз у большинства больных был установлен на основании стандартных подходов, с использованием клиничко-лабораторных тестов, скрининга маркеров HCV, HBV, оценки фиброза/стеатоза/воспалительной реакции (фибромаск, фиброскан, эластометрия сдвиговой волны). Во всех случаях для уточнения характера очагов проводилась высокопольная МРТ (3 тесла) с гепатоспецифическим контрастированием. У одного пациента диагноз наследственной мальформации сосудов печени с

формированием множественных очагов НГП был установлен только при использовании трансабдоминального УЗИ с контрастированием Sanoview, МРТ оказалась недостаточно информативной. При подозрении на злокачественный характер по данным МРТ проводилась биопсия очагов с дальнейшим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

Результаты и обсуждение. На основании трансабдоминального бесконтрастного ультразвукового исследования 25 больным были диагностированы гемангиомы печени от небольших до гигантских размеров (10 см), 15 – кисты печени, в том числе, эхинококковые (2), мелкие кисты при токсокарозе (4). В остальных случаях – 2 человека имели очаговый гепатоз, 5 – метастатический рак печени, 23 – нодулярную гиперплазию печени (НГП), 1 пациент с HBV-циррозом печени имел 2 образования в S III и S IV сегментах: 1 – очаг НГП, 1 – ГЦК по данным биопсии и иммуногистохимического исследования. Множественные узлы НГП выявлены у больного 17 лет с диагнозом мальформация Абернетти 1 тип, и 6 молодых женщин, длительно (5-10 лет) принимавших гормональные контрацептивы. Единичные очаги НГП регистрируются при алкогольном стеатозе и циррозе печени (5 чел.), при НАЖБП с выраженным фиброзом (F3 по Метавир). В 6 случаях (НГП при приеме оральных контрацептивов) изменения в печени носили обратимый характер, во всех других имели стабильное течение или негативную динамику.

Пациенты с установленным диагнозом злокачественного заболевания были направлены на оперативное лечение в специализированный центр, где им была проведена трансартериальная химиоэмболизация (1 чел.), резекция печени, дренирование кистозных образований больших размеров, у одного больного выполнена трансплантация печени. В 2 случаях потребовался длительный прием антипаразитарных препаратов (альбендазол) после хирургической резекции печени по поводу эхинококковых кист больших размеров.

Выводы. У большинства больных с ООП (простые кисты, гемангиомы, очаговый гепатоз) предпочтительна наблюдательная тактика. Особого внимания заслуживают пациенты с НГП без установленного на период обследования злокачественного роста. Их наблюдение проводилось 1 раз в 3-6 месяцев с обязательным МРТ-мониторингом, оценкой уровня альфа-фетопротейна. Было отмечено, что у лиц без фиброза печени, особенно при лекарственном поражении, узлы НГП могут иметь обратное развитие, в то время, как больные с НГП на фоне выраженного фиброза и печеночной недостаточности (класс В и С по Чайлд-Пью) имеют серьезный прогноз, вероятно отрицательная динамика с формированием дисплазии высокой степени и формированием ГЦК.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС НА ОСНОВАНИИ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Маль Г.С., Арефина М.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель исследования. Оценить эффективность лечения больных ишемической болезнью сердца с учетом фармакогенетических маркеров.

В исследование было включено 120 мужчин больных ИБС в возрасте от 40 до 60 лет, из них 30 пациентов составили контрольную группу. Фармакологическая коррекция проводилась моно- и бикомпонентной терапией (розувастатин; розувастатин+эзетимиб).

Методы исследования. Сбор анамнестических данных, определение липидного спектра крови (ХС, ХС ЛВП, ХС ЛНП, ТГ, холестерина, не связанного с липопротеидами высокой плотности (ХС не ЛВП), атерогенного индекса; общелабораторные методы обследования; определение уровня печеночных трансаминаз АЛТ, АСТ, креатинина, КФК; регистрация электрокардиограммы; проведение суточного мониторирования ЭКГ, велоэргометрии; проведение УЗИ брахицефальных сосудов с целью определения толщины КИМ сонных артерий; фармакогенетическое тестирование – определение носительства аллельных вариантов генов LPL, ACE, CETP, NOS3.

С целью поиска индивидуальных критериев для применения гиполипидемических средств у больных ИБС с атерогенными гиперлипидемиями была изучена генотипическая гетерогенность субпопуляции, как известно, оказывающая влияние на эффективность лечения. Выявлено, что гомозиготы +279AA по данному полиморфизму имели изначально менее выраженные нарушения показателей липидного обмена, а именно общего ОХС, ХС ЛНП, ХС не связанного с ЛВП и АИ, а также больший базальный уровень ХС ЛВП, участвующего в обратном транспорте ХС, и обладающего атеропротективными свойствами. Динамика изменений показателя ХС ЛВП терапии розувастатином также отличалась у пациентов с генотипом +279AA в сравнении с другими генотипами CETP. Так, на фоне гиполипидемической терапии розувастатином у гомозигот +279AA отмечалось преобладание уровня ХС ЛВП (+27,3%), сравнительно с носителями других генотипов (+16,7%) к 48 неделе. Полученные данные по оценке связи генотипов LPL

с эффективностью гиполипидемической терапии розувастатином у больных ИБС демонстрируют большую предрасположенность гомозигот +495GG к нарушению липидного обмена, за счет высоких базальных уровней атерогенных фракций. На основании полученных данных, полиморфные варианты NOS3 не оказывали влияния на базальные уровни ЛП у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП, за исключением содержания ТГ, и на эффективность комбинированной терапии, включающей ингибитор синтеза и абсорбции ОХС. В нашем исследовании не было обнаружено влияния генотипа ACE на эффективность проводимой моно- или бикомпонентной гиполипидемической коррекции нарушений липидного обмена, как это показали в своем исследовании ZeeANMaitland-vanderetal (2007).

Выводы. Носительство генотипа +279AA по полиморфизму CETPTaq1B ассоциируется с большей эффективностью розувастатина, в то время как носительство генотипов +495GG и -786CC по полиморфизмам LPLHindIII и NOS3-786T>C соответственно могут определять резистентность к проводимой терапии. Носительство генотипа DD по полиморфизму ACE I/D у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения с первичными атерогенными ГЛП ассоциировано с меньшей динамикой показателей качества жизни на фоне как моно- так и бикомпонентной гиполипидемической коррекции.

ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОСЛЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Мамалыга М.Л., Мамалыга Л.М.

Национальный медицинский исследовательский центр
сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева,
Москва

Цель исследования. Изучить постиктальные изменения вегетативной регуляции ритма сердца и его функциональные возможности в разные периоды после эпистатуса, а также оценить риск возникновения жизнеугрожающих аритмий.

Материал и методы. Исследования проведены на белых крысах-самцах линии Wistar, у которых с помощью нарастающей субконвульсивной дозы пентилентетразола (коразола) поддерживали 2-часовой эпилептический статус [Nehlig A. et al., 2011]. После этого судорожную активность купировали паральдегидом. Все исследования проводили после имплантации каждому контрольному и эксперимен-

тальному животному трансмиттера (TR40BB), который позволил с помощью телеметрической системы ML880B106 фирмы ADInstruments (Австралия) осуществлять многодневный телеметрический мониторинг ЭКГ и ЭЭГ у свободно передвигающихся животных в режиме online. Через 5 сут и 10 сут после ЭС у животных изучили вегетативную регуляцию сердца, а также функциональные возможности миокарда, используя общепринятый стресс-ЭхоКГ тест с добутамином. Исследования проведены в строгом соответствии с «Правилами лабораторной практики в Российской Федерации» (приказ МЗ РФ №267 от 19.06.2003 г.).

Результаты. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что через 5 сут после ЭС происходит статистически значимое снижение общей мощности спектра и SDNN на 35% и 33% соответственно. Одновременное уменьшение HF волн и RMSSD на 38% и 48% отражает снижение активности парасимпатического звена вегетативной регуляции, способствующее смещению баланса вегетативной регуляции сердца в сторону преобладания симпатических влияний. Подтверждением этому служит увеличение более чем в 2 раза (по сравнению с контролем) симпато-вагального индекса (LF/HF). Все это сопровождается повышением на 38% ($P < 0,01$) индекса напряжения (SI). Кроме того, дисбаланс вегетативной регуляции сердца, возникающий через 5 сут после ЭС, сопровождается статистически значимыми увеличениями интервалов QTc и TpeakTend, которые являются предикторами возникновения жизнеугрожающих нарушений ритма сердца. Снижение SWD-активности через 10 сут после ЭС сопровождается увеличением мощности спектра высокочастотного компонента (HF) и RMSSD до контрольного уровня, что отражает повышение активности парасимпатического звена вегетативной регуляции. При этом количество QTc интервалов свыше 220 ms в 4,1 раза меньше, чем через 5 сут, но оно остается выше, чем у контрольных животных. Увеличение через 10 сут доли высокочастотного компонента в вегетативной регуляции сердца отражает повышение активности вагуса, что, по-видимому, связано с компенсаторными реакциями. Однако обнаруженное в это время увеличение SI указывает на то, что компенсаторные процессы достигнуты ценой значительного напряжения механизмов регуляции, поэтому они не могут не только увеличить уровень активности регуляторных систем и вегетативную регуляцию кровообращения, но и предотвратить возникновение фатальных желудочковых аритмий. Результаты стресс-теста с добутамином указывают на снижение функциональных возможностей сердца у животных обеих экспериментальных групп, по-

скольку ишемия миокарда у них возникает при меньшей нагрузке, чем у контрольных животных.

Выводы. Эпилептический статус запускает патогенетические механизмы, провоцирующие формирование нарушений вегетативной регуляции сердца, сохраняющихся длительное время в постиктальном периоде. Поэтому нарушения кардиocereбральных взаимоотношений при ЭС может стать патогенетической основой для тяжелых дисфункций, повышающих риск возникновения фатальных желудочковых аритмий даже после купирования судорожной активности.

В-КЛЕТочНАЯ АКТИВАЦИЯ И ANTI-В-КЛЕТочНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С БРОНХИОЛИТОМ

Мамасаидов А.Т.¹, Салиева Р.Ш.¹,
Абдурашитова Д.И.¹, Кулчинова Г.А.²,
Сакибаев К.Ш.³, Гонгарь И.П.⁴, Турсунов С.Ю.⁵

¹Ошский государственный университет,

²Южный филиал Кыргызского государственного
медицинского института переподготовки
и повышения квалификации,

³Ошская межобластная клиническая больница,
г. Ош, Киргизская Республика,

⁴Волгоградский научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии,
г. Волгоград,

⁵Андижанский государственный
медицинский институт,

г. Андижан, Республика Узбекистан

Цель. Одним из тяжелых вариантов внесуставных (системных) проявлений ревматоидного артрита (РА) является бронхиолит. Ведущее значение в патогенезе РА с бронхиолитом имеет В-клеточная активация, целенаправленному подавлению которой придается большое значение в терапии как РА, так и бронхиолита.

Целью исследования было изучение частоты встречаемости бронхиолита при РА, клинического значения показателей В-клеточной активации и эффективности анти-В-клеточной терапии у больных РА с бронхиолитом.

Материалы и методы. Исследовано 156 больных РА. В качестве сравнения исследованы 30 больных остеоартрозом (ОА) и 30 здоровых лиц.

У больных РА проводили диагностику бронхиолита по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и общепринятых клинических исследований.

У всех исследованных методом количественной цитофлюориметрии оценивали В-клеточную активацию по уровням спонтанной пролиферативной и Ig-синтезирующей активности В-лимфоцитов (SPABL и SIABL).

Анти-В-клеточную терапию проводили препаратом ритуксимаб (Мабтера®) у 19 больных РА с бронхиолитом, у которых отмечалось тяжелое течение и высокая активность (как суставного синдрома, так и ревматоидного бронхиолита) и предшествующая неэффективность, как минимум, одного базисного противовоспалительного препарата (БПВП).

Результаты и обсуждение. По данным МСКТ признаки бронхиолита обнаружены у 46 (29,5%) больных РА, а на основании общепринятых клинических исследований – только у 24 (15,4) больных РА. То есть клинические признаки бронхиолита выявляются только у 52,2 больных РА с МСКТ-признаками воспаления бронхиол. Таким образом в диагностике ревматоидного бронхиолита МСКТ обладает гораздо более высокими возможностями, чем общепринятые клинические исследования.

У больных РА с наличием МСКТ-признаков бронхиолита отмечалось тяжелое течение и высокая активность болезни.

Уровни SPABL и SIABL при РА были достоверно ($p < 0,001$) выше, чем у здоровых лиц и больных ОА. При этом, высокие уровни SPABL и SIABL коррелировали с наличием и степенью выраженности клинических и лабораторных признаков активности при РА.

Уровни SPABL и SIABL у больных РА с бронхиолитом были достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных с суставным вариантом болезни.

Отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей SPABL и SIABL у больных РА с бронхиолитом к концу 6-ти месячного лечения ритуксимабом.

По итогам 6-ти месячного лечения ритуксимабом хороший и удовлетворительный эффект отмечен у 15 (80% больных) больных РА с бронхиолитом.

Заключение. При РА бронхиолит (по данным МСКТ) является частым внесуставным (системным) проявлением РА, обнаруживается у 29,5% больных и сочетается с тяжелым вариантом и высокой активностью болезни.

Показатели В-клеточной активации (SPABL и SIABL) могут быть использованы для определения наличия и степени активности при РА, а применение анти-В-клеточной терапии является эффективным методом лечения ревматоидного бронхиолита.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, МИКРОБИОТА В СХОЖИХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУППАХ, НО РАЗНЫХ СОЦИО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Маркелова О.А.¹, Везикова Н.Н.¹, Зильбер Э.К.²

¹Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск,

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить распространенность аллергических заболеваний и атопии, и выявить факторы, способствующие их распространенности в схожих гендерных группах, на географически идентичных (приграничных) территориях: р. Карелия, Россия и Северная Карелия, Финляндия, но имеющие разные социо-экономических условия.

Материалы и методы. В 2010-2012 г. исследовано 180 подростков в возрасте от 14 до 20 лет. Финны: 98: 38 мальчиков, 60 девочек, русские – 82: 39 мальчиков, 43 девочки. Проведен анализ распространенности установленного заболевания и симптомов бронхиальной астмы (БА), аллергического ринита (АР) и атопического дерматита (АД) на основе валидизированной анкеты ISAAC. Исследована распространенность лиц с повышенным уровнем общего IgE и sIgE- к ингаляционным аллергенам: тимофеевка, береза, полынь, кладоспория травяная, лошадь, кошка, собака, клещ домашней пыли и к пищевым аллергенам: молоко, куриное яйцо, рыба, соя, пшеница, арахис методом ИФА Phadiatop®. (UniCAP 1000 v.2; Pharmacia Upjohn, Uppsala, Sweden). Многофакторными методами ДНК выполнена оценка микробиоты кожи и слизистой респираторного тракта (носовая полость).

Результаты. БА встречалась в 11,2% у финнов, в 3,7% у россиян ($p = 0,062$). АР в Финляндии составил 13,4% и 1,2% в России ($p = 0,003$). АД в Финляндии 20,4%, у россиян 2,5% ($p < 0,001$). Повышенный уровень sIgE чаще встречается у финнов. Высокий уровень ингаляционного sIgE выявлен у финнов в 53,1%, у россиян в 36,6% ($p = 0,027$). Исключение составил – аллерген клеща домашней пыли, в России – 22%, а в Финляндии – 19,4% ($p = 0,672$). Распространенность лиц с повышенным уровнем пищевого sIgE: 13,3% у финнов и 6,1% у россиян ($p = 0,109$). Исследования микробиоты кожи и слизистой носовой полости выявили различия в составе и внутривидовом разнообразии между русскими и финнами.

У финнов преобладает *Micrococcus* и *Corynebacteriu*. У россиян больше представлены *Acinetobacter*, *Aerococcus* и *Jeotgalicoccus*. У россиян представленность OTU-72 *Acinetobacter* выше в 5 раз на коже ($p < 0.001$) и в 4 раза в назальном эпителии ($p = 0.002$). Индекс разнообразия Шеннона на коже выше у россиян, чем у финнов. Сравнение грибковой флоры показало аналогичные результаты, у россиян она более разнообразна ($p = 0.003$), преобладают грибы рода *Aspergillus* и *Phoma*.

Заключение. Сравнительное исследование лиц на одинаковой климатогеографической территории со сходной родословной, но отличающихся разными социо-экономическими условиями (разные государства), выявило большую распространенность аллергических заболеваний и атопии в Финляндии в сравнении с Россией. Выявлены определенные различия в составе и разнообразии микробиоты кожи и слизистой дыхательных путей между исследуемыми группами. Полученные результаты предполагают связь между аллергическими заболеваниями, атопией и микробиотой человека. Таким образом, исследование микробиоты может стать новым прогностическим фактором в развитии аллергических заболеваний и атопии. Результаты исследования могут служить основой для последующего изучения методов воздействия на состав и разнообразие микробиоты, что поможет как в профилактике, так и в лечении аллергических заболеваний и атопии.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ВПЕРВЫЕ

Матезиус И.Ю., Шпилева О.С., Токарева Т.П.,
Еременко Т.В., Яковенко К.А.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Сахарный диабет в современном мире является распространенным заболеванием, характеризующимся высокой медико-социальной значимостью. В последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост заболеваемости и распространенности сахарного диабета (СД).

Цель исследования. Оценить динамику числа госпитализаций с СД, установленным впервые, в период с 2015-2018 гг. в отделении эндокринологии больницы им. Петра Великого и провести анализ основных клиничко-лабораторных данных.

Материалы и методы. В работе применен ретроспективный анализ госпитальных случаев впервые выявленного сахарного диабета в отделении нефрологии и эндокринологии клинической больницы им. Петра Великого (Санкт-Петербург) в период с 2015 по 2018 гг. Для клинической характеристики оценивались данные анамнеза, половозрастные данные, ИМТ, уровень гликированного гемоглобина (Hb1Ac). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В работе проанализировано 246 историй болезни, из них пациенты с впервые установленным СД 1 типа – 68 чел. (ср. возраст $33,7 \pm 0,9$ лет, из них мужчин – 45 чел., женщин – 23 чел.), с СД 2 типа – 178 чел. (ср. возраст $55,3 \pm 0,7$ лет, мужчин – 106 чел., женщин – 72 чел.), в 30% случаев госпитализированы в состоянии кетоза/кетацидоза. Преобладание пациентов со 2 типом СД среди госпитализированных больных связано с более широкой распространенностью этой формы диабета. При анализе всех случаев госпитализации выявлено, что с 2015 г. по 2018 г. общее количество больных с впервые установленным СД возросло с 49 чел. (9,8% от общего числа госпитализированных больных) до 85 чел. в год (19,3% от всех госпитализированных). Количество пациентов с впервые выявленным СД 1 типа в 2015 г. составило 15 чел., в 2018 г. – 23 чел., количество пациентов с впервые выявленным СД 2 типа за исследуемый период возросло с 34 до 62 человек в год. По половозрастным характеристикам получены следующие данные: количество мужчин среди пациентов с СД 1 типа увеличилось с 10 человек (2015 г.) до 18 человек (2018 г.), число мужчин с СД 2 типа возросло с 15 человек (2015 г.) до 39 человек (2018 г.). Среди пациентов с СД 1 типа за исследуемый период соотношение мужчин и женщин составило от 2:1 (2015 г.) до 4:1 (2018 г.), что соответствует общемировым тенденциям заболеваемости. Статистически значимой динамики в количестве женщин, а также показателей среднего возраста поступивших пациентов не выявлено. При оценке среднего уровня Hb1Ac у обследованных в период с 2015 г. по 2018 г., установлено его повышение с $10,8 \pm 0,5\%$ до $11,7 \pm 0,4\%$ у пациентов с СД 1 типа, и с $9,7 \pm 0,3\%$ до $11,4 \pm 0,2\%$ ($p < 0,01$) у пациентов с СД 2 типа. Необходимо также отметить, что в группе пациентов с СД 2 типа за период с 2015 по 2018 гг. увеличилось количество госпитализаций в состоянии кетоза/кетацидоза с 23 до 45%, что свидетельствует о позднем выявлении заболевания на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Выводы. Таким образом, частота случаев впервые диагностированного СД по данным госпитализации в профильное отделение за период с 2015-2018 гг. увеличилась в 1,7 раз. Среди пациентов с впервые выявленным СД отмечена тенденция к уве-

личению количества мужчин. В группе пациентов с СД 2 типа установлено повышение значений уровня Hb1Ac и увеличение частоты госпитализаций в состоянии кетоза, может свидетельствовать о более поздней диагностике заболевания.

ВОЗВРАТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ И ДЕПРЕССИЯ

Мацкевич С.А., Бельская М.И.

Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценка наличия и выраженности депрессии у пациентов с возвратной стенокардией в отдаленном периоде после операции коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы исследования. Обследовано 150 пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией функционального класса (ФК) II, III осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II, III ФК (ХСН ФК II – 56,7% случаев, ХСН ФК III – 43,3% случаев), средний возраст составил 58,6±4,72 года. Время, прошедшее после АКШ, составило 19,6±2,79 месяца. Признаки стенокардии возникли у пациентов спустя 8,6±1,13 месяца от операции. Всем пациентам проводились общеклинические исследования. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7 (GE, США - Бельгия), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) при ХСН ФК II составила 54,6±5,13%, при ХСН ФК III – 45,7±4,76%. Медикаментозное лечение представлено стандартной антиангинальной терапией в сочетании с приемом аспирина и статинов. Все исследования проводились с информированного согласия пациентов. В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D (Center of Epidemiological studies of USA-Depression). Оценка уровня клинической депрессии проводилась с помощью шкалы депрессии А.Бека (Beck Depression Inventory-BDI) и с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). У всех пациентов изучалось качество жизни (КЖ), определяемое в баллах с использованием «Сиэтлского опросника по стенокардии».

Результаты и обсуждение. В результате психологического тестирования (шкала CES-D) установлено, что 25,3% пациентов имели признаки депрессии: у 17,3% пациентов выявлены признаки легкой депрессии, у 8% пациентов – признаки депрессии средней тяжести. Для более точной верификации мы

решили оценить наличие и выраженность депрессии с помощью еще двух тестов. Данные, полученные при помощи шкалы депрессии Бека, показали, что 26% пациентов имели признаки легкой и умеренной депрессии, 9% пациентов – клинически выраженную депрессию. В результате корреляционного анализа выявлены положительные взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,51$, $p<0,001$). По данным шкалы HADS признаки депрессии определялись в 24,6% случаев. Причем, признаки клинически выраженной депрессии определялись у 8% пациентов, признаки субклинически выраженной депрессии – у 16,6% пациентов. КЖ у пациентов с депрессией в 1,3 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Выявлены корреляционные взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,55$, $p<0,01$). Выявлено также, что КЖ у пациентов с сопутствующей депрессией в 1,5 раза хуже, чем у пациентов без коморбидности. В группе пациентов с ХСН ФК III чаще, чем при ХСН ФК II ($p<0,01$) выявлены признаки клинически выраженной депрессии. Известно, что послеоперационные психические расстройства имеют тенденцию к затяжному (более года) течению. Очевидно, в отдаленном послеоперационном периоде на фоне нормализации и стабилизации соматических функций признаки эндогенной депрессии становятся все более отчетливыми: по мере прогрессирования сердечной недостаточности нарастает депрессивная симптоматика.

Выводы. Результаты исследования, вне зависимости от примененного теста, свидетельствуют о том, что даже в отдаленном периоде после операции АКШ у четверти всех пациентов выявляются признаки депрессии. Качество жизни пациентов значительно ухудшается при наличии депрессии. У пациентов с возвратной стенокардией, осложненной ХСН ФК III, значительно чаще определяется клинически выраженная депрессия.

ИННОВАЦИИ В ПРИМЕНЕНИИ 13С-МЕТАЦЕТИНОВОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА

Медведев Ю.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Целью данного исследования была оценка клинических и диагностических возможностей 13С-метацетинового дыхательного теста (13С-МДТ) у пациентов с хроническим заболеванием печени.

Цели и методы. Обследован 101 пациент с различными хроническими заболеваниями печени (ХЗП), всем был выполнен 13С-МДТ. В исследовании приняли участие 55 мужчин, 46 женщин в возрасте от 21 до 77 лет, средний возраст составил 47 лет. Всем пациентам с целью определения степени фиброза печени проводились или оценивались ранее полученные результаты различных методов, например, пункционная биопсия печени, фибротесты и эластометрия. Согласно полученным данным все пациенты были разделены на группы по степени фиброза: группа F0=26 человек, F1=23 человека, F2=23 человека, F3=12 человек, F4=17 человек.

Результаты. В нашем исследовании было обнаружено, что различия в данных 13С-МВТ были во всех исследовательских группах. Но статистически значимыми были различия в группах 1 и 3, 1 и 4, 2 и 3, 2 и 4, 3 и 4 ($p < 0,05$ по критерию хи-квадрат, хи-квадрат с поправкой Йетса (для малых групп))

Далее, используя метод «decision trees», получены пороговые значения кумулятивной дозы в первые 30 минут теста. Если CUM10 $< 1\%$, риск наличия фиброза 1-2 стадии повышается в 2,5 раза, если CUM20 $< 2,5\%$, риск тяжелого фиброза увеличивается в 6,89 раза, если CUM30 $< 5,65\%$, риск наличия цирроза возрастает 23,3 раза.

На основании этих данных была разработана формула для оценки фиброза печени.

Заключение. Результаты метода оценки фиброза с 13С-МВТ при определении степени фиброза печени соответствовали значениям биопсии печени, фибротестов, эластометрии. $N = 1a + 2b + 10c$, где N – сумма баллов, а – это коэффициент, рассчитанный по совокупной дозе 13С в течение 10 минут – 1 в% (CUM10), b – коэффициент, рассчитанный по совокупной дозе 13С в течение 20 минут в % (CUM20), c – коэффициент, рассчитанный из совокупной дозы 13С в течение 30 минут в (CUM30), если CUM10 $< 1\%$, то a=1, если CUM10 $> 1,00\%$, тогда a=0, если CUM20 $< 2,50\%$, тогда b=1 и если CUM20 $> 2,50\%$, то b=0, если CUM30 $< 5,65\%$, то c=1, если CUM30 $> 5,65\%$, тогда c=0.

Если N=0 то стадия фиброза печени как F0, то есть соответствует отсутствию портального фиброза, при значении N=1-3 степень фиброза печени, как F1-2, соответствует наличию портального фиброза без септ и с небольшим количеством септ, при значении N=10-13 определяется степень фиброза печени F3-4, соответствующую наличию многочисленных септ без цирроза и циррозу печени. Изобретение основано на том, что впервые нами была установлена взаимосвязь между показателями кумулятивной дозы 13С в первые 30 минут (из 120 минут) выполнения 13С-метацетинового дыхательного теста и риском наличия фиброза печени у пациентов с ХЗП.

КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА И ПИЩЕВОДА У ВИЧ/СПИД НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Мелёхина Ю.Э., Бубнова Д.В.,
Волкова М.С., Ефизова Е.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить распространенность факторов риска и структуру фоновых заболеваний у пациентов с ОФК и КП.

Материалы и методы. В микологической клинике СЗГМУ им. И.И. Мечникова за период 2015-2018 гг. было обследовано 143 больных поверхностным кандидозом без ВИЧ-инфекции с длительностью заболевания от 1 месяца до 6 лет. Из них 66 пациентов с ОФК в возрасте от 1 до 88 лет (медиана – 50,5) и 71 больной КП в возрасте от 26 до 84 лет (медиана – 61), женщины составили 82%. Обследование было направлено на определение активности основного заболевания, а также на выявление у пациента возможных фоновых заболеваний и факторов риска. Критериями диагностики считали сочетание характерных клинических, эндоскопических признаков, выявление псевдомицелия, почкующихся дрожжеподобных клеток при микроскопии и выделение возбудителя при посеве материала.

Результаты и обсуждение. Основными фоновыми заболеваниями в группе больных ОФК были: хронический гастродуоденит (39,4%), ГЭРБ (24,3%), заболевания щитовидной железы (16,6%) с гипофункцией (45,5%), онкологические заболевания (12,2%) и бронхиальная астма (7,6%). Установлено, что антибиотикотерапия проводилась у большинства пациентов (24,2%) с развившимся в последствии ОФК. Также были выявлены и другие типичные факторы риска развития кандидоза полости рта: применение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИКС) – 12,2%, химиотерапия в анамнезе – 12,2%, прием горячей пищи – 15,1%, курение – 4,6%. Антимикотическая терапия проводилась в 91,7% случаев, при этом более двух курсов 65,2% случаев, препаратом выбора был флуконазол (86,7%).

В группе больных КП наиболее часто выявляли: хронический гастродуоденит (81,7%), ГЭРБ (63,4%), язвенную болезнь желудка (19,7%), заболевания щитовидной железы (19,7%) с гипофункцией (35,7%), онкологические заболевания (8,5%), пищевод Барретта (4,2%). Основными факторами риска были: прием горячей пищи (18,3%), антибиотикотерапия (16,9%), применение ИКС (14%), курение (12,7%) и предшествующая химиотерапия (8,5%). Антимикотическая терапия проводилась в 92,3%

случаев КП, при этом более двух курсов в 78,8%, препаратом выбора был флуконазол 3 мг/кг/сут – 91,2%. *Candida albicans* являлась основным возбудителем ОФК (96,4%) и КП (97,4%). Резистентность к флуконазолу составила 7,4%.

Выводы. Пациентов с выявленными фоновыми заболеваниями и факторами риска следует относить к группе риска развития ОФК и КП. Своевременная диагностика и назначение адекватной антимикотической терапии приводит к успешному лечению и уменьшению осложнений у данной группы пациентов.

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ ХРУПКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ: НУЖНО ЛИ УЧИТЫВАТЬ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ?

Минушкина Л.О.¹, Бражник В.А.^{1,2}, Зубова Е.А.¹,
Рогожина А.А.^{1,2}, Хасанов Н.Р.⁴, Чичкова М.А.³,
Космачева Е.Д.⁵, Затеищikov Д.А.^{1,2}

¹Центральная государственная
медицинская академия, Москва

²Городская клиническая больница №51, Москва

³Городская клиническая больница №17, Москва

⁴Казанский государственный
медицинский университет, г. Казань

⁵Кубанский государственный
медицинский университет, г. Краснодар

Цель работы. Оценить значение синдрома старческой хрупкости у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) старше 75 лет. В настоящей работе представлен анализ данных многоцентрового наблюдательного исследования ОРАКУЛ II, в которое было включено 1502 больных ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST, имевших показание к проведению чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в данную госпитализацию из 4 центров Москвы, Казани, Астрахани и Краснодара (2014-2017 гг).

Материал и методы исследования. В настоящий анализ включено 415 больных (271 женщина (65,3%) и 144 мужчины (34,7%) в возрасте 75 лет и старше, средний возраст 80,78±4,503 лет (от 75 до 99 лет). В обследованной группе было 255 больных с ОКС без подъема ST (68,9%) и 160 больных (31,1%) с ОКС с подъемом ST. 395 (95,2%) больных имели АГ, 348 (83,9%) – ИБС, 176(42,4%) – ИМ в анамнезе, 44 (10,6%) – перенесли ранее процедуры реваскуляризации. Старческая хрупкость диагностировалась с помощью опросника «Возраст не помеха».

Результаты исследования. Синдром хрупкости был выявлен у 53 больных (12,8%), прехруп-

кость – у 252 больных (60,7%), признаки старческой астении отсутствовали у 110 больных (26,5%).

У больных с синдромом старческой хрупкости зарегистрировано достоверно больше смертей (36,5%) за 1 год наблюдения по сравнению с больными без старческой хрупкости (20,0%) и с прехрупкостью (23,6%) ($p=0,028$). Независимо ассоциированными с риском неблагоприятного исхода были наличие у больных аортального стеноза (ОШ 2,858 [1,270-6,431], $p=0,011$), повышение тропонина (ОШ 1,643 [1,205-2,003], $p=0,022$) и наличие СН 4 ФК по Killip при индексном эпизоде ОКС (ОШ 2,133 [1,083-4,200], $p=0,028$) и проведение ЧКВ при индексной госпитализации (ОШ 0,502 [0,259-0,974], $p=0,042$). Синдром старческой хрупкости независимой ассоциации с риском смерти не показал (ОШ 1,044 [0,973-1,120], $p=0,231$).

При анализе эффективности процедур ЧКВ по отношению к снижению риска смерти от любой причины оказалось, что у больных без старческой хрупкости или с преастиенией ЧКВ эффективно ($p=0,006$ Log Rank). У больных со старческой хрупкостью проведение ЧКВ существенно на риск общей смертности не влияло ($p=0,847$ Log Rank), p (для взаимодействия) =0,001, $\chi^2=11,798$.

Факторами, независимо ассоциированными со снижением смертности при ЧКВ у лиц старше 75 лет оказались наличие сахарного диабета (ОШ 1,823 [1,092-2,624], $p=0,038$), аортального стеноза (ОШ 1,599 [1,142-2,038], $p=0,015$), тяжелая сердечная недостаточность при индексном событии (ОШ 2,659 [1,536-4,605], $p=0,001$) и синдром старческой хрупкости (ОШ 1,807 [1,074-2,559], $p=0,043$).

Полученные нами данные позволяют рассматривать синдром старческой хрупкости как один из факторов, который необходимо учитывать при выборе стратегии лечения больных старше 75 лет с острым коронарным синдромом.

ПРИЧИНЫ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Мирзаева Л.М., Лобзин С.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) является одной из самых тяжелых видов травм с высокой степенью инвалидизации, вовлечением большого количества специалистов при оказании помощи и реабилитации пострадавшим, огромным социально-экономическим бременем. Ча-

стота осложненной ПСМТ (с повреждением спинного мозга) в Санкт-Петербурге, согласно недавним исследованиям, составляет в среднем 17 случаев на 1 млн. в год, что существенно ниже, чем в предшествующие десятилетия, что может быть объяснено эффективностью проводимых ранее профилактических мероприятий. В связи с этим, структура и причины ПСМТ также претерпевают существенные изменения, что необходимо учитывать при разработке дальнейших превентивных мер.

Цель исследования. Изучить причины ПСМТ в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Проведен анализ архивных историй болезни пациентов ($n=361$) с острой ПСМТ, поступивших в период с 1 января 2012 года по 31 декабря 2016 года в медицинские учреждения Санкт-Петербурга, лицензированные на оказание неотложной помощи больным с острой ПСМТ.

Результаты и обсуждение. Наиболее частой причиной ПСМТ оказались падения (49,8%), за которыми следовали ДТП (18,9%), насилие (6,2%), ныряние (5,9%), спортивные травмы (3,7%), другие причины (6,5%). Падения с высоты более 1 метра были зарегистрированы в 33,9%, с высоты менее 1 метра (или с высоты собственного роста) – 15,9%. При распределении больных по возрастным группам было выявлено, что в возрастных группах <60 лет основной причиной были падения с большой высоты, тогда как в группе ≥ 60 лет основная причина – падения с малой высоты (с высоты собственного роста). Средний возраст пациентов с «низкими» падениями составил 53,9 года ($SD\pm 13,3$), тогда как средний возраст на момент получения ПСМТ – 42,1 года ($SD\pm 16,9$), медиана 38,0 года (27,055,0). Средний возраст женщин был достоверно выше, чем мужчин ($48,7\pm 20,1$ и $39,5\pm 14,8$ соответственно), $p<0,001$. Среди лиц, получивших ПСМТ при падениях с малой высоты в пожилом возрасте (≥ 60 лет), преобладали женщины (соотношение 2:1), в то время как во всей когорте пациентов с ПСМТ соотношение мужчин/женщин составило 2,4:1. В структуре причин ПСМТ среди мужчин ДТП составляли 15,9%, среди женщин – 26,7%. При анализе абсолютного количества травм спинного мозга ДТП среди мужчин отмечались в 1,5 раза чаще. Среди лиц, травмированных по причине насилия, 90% составляли мужчины, данная причина превалировала среди безработных.

Выводы. Проведенное ретроспективное исследование выявило 2 основные причины ПСМТ – падения и ДТП. Увеличение количества женщин среди травмированных лиц при падении с высоты своего роста может свидетельствовать о высокой степени травматизации пожилых женщин в связи с

остеопорозом. Таким образом, профилактические мероприятия по снижению частоты ПСМТ, проводимые в Санкт-Петербурге, должны быть нацелены на обеспечение дорожно-транспортной безопасности, соблюдение техники безопасности при работе на высоте, а также профилактику и лечение остеопороза у женщин пожилого возраста.

ИНФАРКТ МИОКАРДА II ТИПА В СТРУКТУРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Михайлов Р.Р., Скрипник А.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Сведения о частоте инфаркта миокарда (ИМ) 2-го типа весьма вариабельны. По данным различных исследований она колеблется от 1,6% до 36,6% всех случаев ИМ. Такая вариабельность свидетельствует о сложности распознавания именно этого типа ИМ и об отсутствии надежных и общепризнанных критериев его диагностики и дифференциальной диагностики от других типов ИМ, и, в первую очередь, от ИМ 1-го типа.

Цель. Оценить распространенность инфаркта миокарда II типа среди причин госпитальной летальности и среди общего количества инфарктов миокарда.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 2199 протоколов патологоанатомических вскрытий пациентов в ЦПАО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, умерших в 2009-2018 годы в различных отделениях больницы имени Петра Великого.

Результаты. Основными причинами госпитальной летальности стали: болезни системы кровообращения – 51,7%, онкологические заболевания – 21,2%, болезни органов пищеварения – 7,6%, болезни органов дыхания – 4,1%, на другие заболевания пришлось 15,4%. По данным аутопсий количество больных, умерших от инфаркта миокарда составило 568 случаев (25,8%). Число случаев ИМ 2-го типа от общего числа ИМ равно 195 (34,3%). Отмечается незначительное преобладание пациентов мужского пола – 51,3%, по сравнению с пациентками женского пола – 48,7%. Анализ возрастной структуры показал преобладание случаев фатальных ИМ 2 типа среди ИМ в пожилом возрасте (60-74 года) – 45,1% и в старческом возрасте (75-89 лет) – 35,4%. Среди пациентов средней воз-

растной группы (45-59 лет) и долгожителей (>90 лет) эти показатели составили 12,3% и 4,1% соответственно. Среди лиц молодого возраста (18-44 года) – 3,1%. Анализ причин развития ИМ 2 типа показал, что лидирующее место занимают нарушения сердечного ритма (фибриляция предсердий, трепетание предсердий, желудочковые нарушения ритма): 113 случаев (58%) и анемии различной этиологии: 61 случай (31,3%). Так же встречаются сепсис: 13 случаев (6,7%) и гипертиреоз: 11 случаев (5,6%). При сравнении госпитальной летальности среди отделений получились следующие данные: терапевтические отделения – 60%, хирургические отделения – 40%.

Выводы. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее место среди причин госпитальной летальности. По данным проведенного исследования каждый четвертый пациент умирает в результате развития ИМ, причем более трети случаев их развития приходится на долю ИМ 2 типа. Среди пациентов, умерших от ИМ 2 типа 40% – это больные хирургического профиля. Распространенность и прогноз при ИМ 2 типа в настоящее время недооценены.

ИЗУЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВАНИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Михайлова А.А.

Сибирский государственный
медицинский университет,
г. Томск

Цель исследования. Провести клинико-морфологический анализ вариантов патологического процесса узловых образований ЩЖ и сопоставить полученные данные постоперационного гистологического заключения с результатами дооперационного традиционного цитологического исследования.

Материалы и методы. Произведен сбор и анализ данных 108 гистологических заключений постоперационного материала ЩЖ, поступившего из клиник общей хирургии и клиник госпитальной хирургии в патологоанатомическое отделение СибГМУ за период с 1.01.2018 по 1.01.2019. Гистоло-

гические описания и заключительные диагнозы по опухолевым образованиям соотнесены с «Классификацией опухолей щитовидной железы (ВОЗ, 2017). Проанализированы 108 соответствующих историй болезни с использованием архива медицинской информационной системы БАРС. Статистическая обработка выполнена в программе IBM SPSS Statistics 20.

Результаты и обсуждение. Распределение пациентов: 12% мужчин (средний возраст – 51,21±14,7 года) и 88% женщин (средний возраст – 47,46±13,29). Структура вариантов патологического процесса: Диффузный/узловой зоб – 50,6%, Хронический аутоиммунный тиреоидит – 24,4%, Фолликулярная аденома – 13,1%, Папиллярный рак – 8,1%, Пограничные опухоли – 3,2%; Фолликулярная карцинома – 0,6%; Варианты папиллярного рака: папиллярный – 38,5%; фолликулярный – 38,5%; папиллярная микрокарцинома – 23,1%; С учетом комбинированных патологий наблюдается 82,4% доброкачественных процессов и 17,6% злокачественных/пограничных процессов. Из злокачественных/пограничных процессов 68,75% случаев являются комбинированными патологиями (РЩЖ+ХАТ/зоб/аденома). ТАБ-УЗИ проводилось в 48,1% случаев; III и IV категория Bethesda встречалась – в 35,3%, а V и VI – в 11,8%; 72% результатов III и IV категории являются доброкачественными процессами по гистологическому заключению. В 8% случаев злокачественный/ пограничный процесс при цитологическом исследовании был отнесен к доброкачественному.

Выводы. 1. По данным настоящего исследования злокачественный или пограничный процесс узловых образований ЩЖ встречался в 17,6% случаев. Среди них около 70% случаев представлены комбинированными патологиями, что обеспечивает длительное латентное течение, и, как следствие, позднюю диагностику РЩЖ с наличием у пациентов метастазов в региональных лимфатических узлах. 2. Выполнение тиреоидэктомии в РФ рекомендовано начиная с постановки III или IV категории по международной цитологической классификации Bethesda. III и IV категория Bethesda определялась примерно в трети (35,3%) случаев проведения ТАБ-УЗИ с цитологическим исследованием. После гистологической верификации 72% случаев с III и IV категорией Bethesda оказались доброкачественными процессами. Такой подход обрекает многих больных с изначально доброкачественным образованием на калечащую операцию и пожизненную гормональную заместительную терапию. 3. В 8% проведения ТАБ-УЗИ с цитологическим исследованием злокачественный процесс был ошибочно диагностирован как доброкачественный.

Полученные данные соотносятся с данными мировой статистики, что показывает необходимость усовершенствования существующего алгоритма дифференциальной диагностики узловых образований ЩЖ. Наиболее перспективной на сегодняшний день представляется разработка и апробация панели специфических молекулярных маркеров опухолевого процесса в пунктате ЩЖ, что является ведущим направлением работы научного коллектива кафедры эндокринологии и диабетологии СибГМУ. Такая панель позволит повысить качество предоперационной диагностики РЩЖ и значительно снизить процент неопределенных результатов традиционного цитологического исследования.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ) НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Михайлова О.В., Бородин Г.Л.
Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Туберкулез (ТБ), ВИЧ-инфекция (ВИЧ), хронические вирусные гепатиты (ХГВ) являются глобальными проблемами мирового здравоохранения. Пациенты с ХГВ и ВИЧ становятся одной из основных групп риска по заболеваемости ТБ. Социальная и медицинская значимость проблемы повышается в связи с быстрым ростом числа ВИЧ-инфицированных лиц.

Цель исследования. Провести анализ влияния коморбидной патологии (ВИЧ и ХГВ) на клиническое течение ТБ.

Материалы и методы. Проведено простое открытое пилотное исследование, в которое были включены 50 пациентов с ТБ в сочетании с ВИЧ и ХГВ, находившихся на лечении в отделениях клинической базы.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов с ХГВ/ТБ преобладали мужчины (83,3%), а в группе с ВИЧ/ТБ мужчин и женщин было поровну. В группе пациентов с ВИЧ/ТБ/ХГВ также доминировали мужчины (85%). Средний возраст пациентов с ХГВ/ТБ и ВИЧ/ТБ/ХГВ составил по 44 года соответственно, с ВИЧ/ТБ – 48 лет. 38 (76%) пациентов с коморбидной патологией зарегистрированы в г. Минске, 10 (20%) пациентов – в других регионах республики, 2 (4%) пациента являлись гражданами Российской Федерации. 37 пациентов (74%) не

имели постоянного места работы, 13 (26%) – частичную или полную занятость. На фоне ТБ легких, который являлся основным диагнозом, специфические изменения в других органах обнаружены у 4 пациентов (8%), в том числе поражение ЦНС – 2 чел. (4%), костей и суставов – 1 чел. (2%), почек – 1 чел. (2%). Сопутствующей патологией у всех пациентов с экстраторакальным ТБ была ВИЧ-инфекция. У большинства пациентов с ХВГ/ТБ (94%) диагностирован инфильтративный процесс в легких, и лишь у одного (6%) – фиброзно-кавернозный. В тоже время среди пациентов с ВИЧ/ТБ диагностировали инфильтративный и диссеминированный процессы (у 58% и 42% соответственно), а у пациентов с наличием ХВГ/ВИЧ/ТБ обнаруживали и очаговый ТБ легких (соответственно у 69%, 30% и 10%). При наличии коморбидной патологии ТБ процесс протекал в 74% случаев с деструкцией легочной ткани. Наличие бактериовыделения методом бактериоскопии зафиксировано у 22 (44%) пациентов. У 27 пациентов (54%) лабораторно подтвержден МЛУ-ТБ. У всех пациентов с ВИЧ/ТБ – 12 пациентов (24%) ВИЧ-инфекция 3ст. диагностирована у 8 пациентов и 4 ст. – 4 человека. ХВГ обнаружен у 18 пациентов (36%): ХВГ С – 15 случаев, ХВГ В – 2 случая, ХВГ В+С – 1 случай. Ко-инфекция (ВИЧ/ТБ/ХВГ) диагностирована у 20 пациентов (40%): ВИЧ/ХГВ С – 17 пациентов (34%), ВИЧ/ХГВ В+С – 2 пациента (4%), ВИЧ/ХГВ В+С+Д – 1 пациент (2%). Только 17 пациентов (53%) с ВИЧ-инфекцией получали антиретровирусную терапию. Выявлены также различия между группами по срокам абацеллирования на фоне лечения: бактериовыделение у пациентов с ХГВ/ТБ в 50% случаев прекратилось через 1 месяц от начала специфической терапии, 50% пациентов с ВИЧ/ТБ абацеллированы на 2-ом месяце лечения. У 63% пациентов с наличием ВИЧ/ТБ/ХГВ бактериовыделение сохранялось до 8 месяцев от начала полихимиотерапии. Самые длительные периоды бактериовыделения отмечались у пациентов с наличием 4 стадии ВИЧ-инфекции и ХГВ. Результативным, т.е. определялась положительная динамика процесса, возможно было считать лечение лишь у 12,7% носителей вируса В и только у 47,3% носителей вируса С.

Выводы. Сочетание ВИЧ/ТБ/ХВГ наблюдалось преимущественно у мужчин, трудоспособного возраста, с высоким удельным весом социально-дезадаптированных лиц. Структура клинических форм ТБ и сочетанных заболеваний является неблагоприятной, с преобладанием деструктивных, рифампицин-устойчивых форм. Наличие сопутствующей иммуносупрессивной патологии отрицательно сказывается на результатах лечения пациентов.

УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Мороз Е.В.^{1,2}, Антонюк М.В.¹, Захарычева Т.А.³

¹Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания – научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, г. Владивосток

²Городская поликлиника №9,
г. Комсомольск-на Амуре

³Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Проблема старения населения в современных экономических и демографических условиях России приобретает особую актуальность. Сохранение людей старшего возраста с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), как активной и полезной части общества является важной социальной задачей, в решении которой необходимо учитывать качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить качество жизни и различные неблагоприятные исходы у больных ДЭ старшего возраста в различных условиях проживания.

Материалы и методы. Были изучены особенности условий проживания 215 больных с ДЭ старшего возраста (от 60-85 лет). С учетом условий проживания сформированы три группы. В 1-ю группу вошли подопечные дома-интерната для инвалидов и престарелых (85 человек). Две другие группы были сформированы из пациентов, наблюдавшихся в поликлинике: 2-ю группу составили лица, проживающие с семьей или опекуном (-ами), в которых выполнялись все врачебные рекомендации (78 человек); 3-ю группу – пациенты, не имевшие родственников, проживающие в одиночестве и, как правило, не всегда выполнявшие врачебные назначения, иногда ведущие асоциальный образ жизни (52 человек). Всем пациентам были даны общие рекомендации по питанию, режиму дня, лечебной физкультуре. Контакт между врачом и пациентом, медицинскими и социальными работниками дома-интерната, родственниками пациента и опекуном (-ами) поддерживался на протяжении 10 лет, с 2002 по 2018 год.

Результаты и обсуждения. Нами была изучена частота неблагоприятных исходов (смерть от острой сердечной недостаточности и инсульта, ампутация конечностей в связи с облитерацией сосудов, прогрессирование деменции) у больных ДЭ-III за период с 2002 по 2018 год. Летальность оказалась

максимальной в группе пациентов, проживающих в одиночку – в ней за 17 лет умерло 35 человек (67,3%). Среди подопечных дома-интерната для инвалидов и престарелых этот показатель был в три раза ниже (21,2%). Самой низкой летальность оказалась у пациентов, проживающих в семьях или с опекуном(-ами) (17,3%). Несмотря на проводимые лечебные и профилактические мероприятия, у некоторых пациентов 1-й и 2-й групп признаки поражения органов-мишеней нарастали, что явилось причиной прогрессирования деменции, ампутации конечностей, смерти от сердечно-сосудистой недостаточности и повторных инсультов. Среди больных, проживающих в одиночестве, такие осложнения развивались в 1,6 – 4 раза чаще ($p < 0,05$).

Выводы. Медицинские и социальные работники должны стремиться содействовать и поддерживать функциональную и социальную независимость людей старшего возраста с ДЭ в обществе и домах-интернатах. Вмешательства должны касаться активизации видов деятельности в повседневной жизни, которые максимально увеличивают независимость, обязанности и заинтересованность. Важными факторами качества жизни являются согласованность персонала по уходу, стабильность в среде проживания, гибкость в приспособление к меняющимся возможностям.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО РОСТОВОГО ФАКТОРА В

Москалев А.В., Рудой А.С., Апчел В.Я.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Дефекты функции TGF- β связаны с множеством патологических состояний и рассматриваются в двух ключевых аспектах. Повышенная сывороточная продукция отмечается в случае прогрессирования роста клеточной опухоли, при фиброзе, артериальной гипертензии, остеопорозе и аутоиммунных болезнях. Пониженная продукция отмечается в случае раннего канцерогенеза, при наследственной геморрагической телеангиоэктазии, репаративных процессах и атеросклерозе. Цель исследования. Изучить новые литературные данные молекулярной физиологии трансформирующего фактора- β и его роли в патофизиологии различной патологии.

Результаты и их обсуждение. У млекопитающих установлено три изоформы TGF- β (TGF- β_1 , TGF- β_2 , TGF- β_3). Эти белки играют важнейшую роль в регуляции роста и развития. Каждая изоформа ко-

дируется своим уникальным геном, расположенным на различных хромосомах. Все эти три фактора роста секретируются большей частью типов клеток, обычно в неактивной форме, и требуют обязательной активации для превращения в биологически активные белки. Было показано, что TGF- β участвует в организации ответов при нейродегенерации, поэтому определение TGF- β целесообразно при мониторинге болезни Альцгеймера, синдроме Дауна, СПИДе, болезни Паркинсона и заболеваниях соединительной ткани. Также определение уровня TGF- β в сыворотке при множественном склерозе имеет большое значение для мониторинга ремиссии и активной фазы заболевания.

TGF- β_1 играет важную роль в процессах метаболизма костного мозга, обсуждается его возможная роль как регулятора остеокласт-остеобластного взаимодействия. Таким образом, он может рассматриваться как маркер при остеопорозе. Установлена корреляция сывороточного уровня TGF- β_1 с активностью заболевания при аутоиммунном гепатите. Доказано, что TGF- β_1 способствует фиброзным процессам, таким образом, его выявление целесообразно при миелофиброзе и миелоидной метаплазии. Профили циркулирующего в периферической крови TGF- β_1 могут отражать различные стадии иммунопатогенеза солидных опухолей, как это было показано при раке шейки матки. Повышенный уровень TGF- β_1 выявляется у страдающих тромбоцитопенической пурпурой, что предполагает его участие в гемопоэзе, при раке простаты, мочевого пузыря и печени. Обратная корреляция уровня TGF- β_1 с активностью заболевания описана при болезни Кавасаки и у пациентов с дефицитом IgA.

Имунопатофизиологические эффекты TGF- β_2 связаны с модулированием эмбрионального развития, формированием кости, развитием молочных желез, заживлением ран, гемопоэзом, последовательностью клеточного цикла и синтезом экстрацеллюлярного матрикса. У мышей отсутствие TGF- β_2 сопровождалось перинатальной смертностью, дефектами развития: пороки сердца, легких, лицевой части черепа, конечностей, позвоночника, глаз, внутреннего уха и урогенитальной сферы. TGF- β_2 – мощный ингибирующий фактор роста увеальных меланоцитов, регулирует пролиферацию постнатальных мозжечковых нейронов и нейробластов. У лабораторных животных TGF- β_2 уменьшает количество половых клеток, активируя апоптоз. Уровни TGF- β_2 повышены у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией, с диссеминированной злокачественной меланомой, при болезни Паркинсона.

Таким образом, молекула TGF- β участвует в самых различных иммуно-воспалительных процес-

сах, а оценка его роли в заболеваниях, по-прежнему, нуждается в изучении и систематизации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИИ

Муженко А.А.¹, Бусарова К.В.¹, Несмачная И.Ю.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Обнаружение и описание редких форм бластоцист (гранулярной), выработка схем взаимодействия с другими учреждениями для оперативного подтверждения диагноза.

Материалы и методы. Пациент М. (40 лет) обратился в клиническую больницу №122 им. Л.Г. Соколова с жалобами на жидкий стул 3-4 р/д и рекомендацией от терапевта районной поликлиники для проведения анализа кала. Из анамнеза известно, что имела место поездка в Индию, после которой и появилась данная симптоматика. Было проведено микроскопическое исследование кишечного отделяемого с выявлением бластоцист гранулярной формы, а также последующая идентификация их генотипа методом ПЦР в специализированной лаборатории.

Результаты и обсуждение. При микроскопическом исследовании кала были обнаружены бластоцисты (гранулярная форма), представляющие собой клетки полиморфные по размеру, с крупной вакуолью и эксцентрично расположенными ядрами, цитоплазма «нафарширована» большим количеством крупных опалесцирующих гранул; вокруг части простейших отмечена зона просветления, что, возможно, является признаком их особой токсичности. В результате проведенного молекулярно-генетического исследования (ПЦР) определен генотип №3 – один из часто встречающихся вариантов бластоцист. Диагноз бластоцистной инвазии был подтвержден и опробована схема лабораторной диагностики данного заболевания, а также налажена продуктивная совместная работа со специализированными лабораториями.

Выводы. Использование методов микроскопии в сочетании с генотипированием является целесообразным в связи с высоким генетическим разнообразием бластоцист и различием субтипов по вирулентности и чувствительности к антипротозойным препаратам. Это позволяет нам утверждать о необходимости обязательного проведения данного диагностического исследования во всех случаях подозрения на бластоцистную инвазию.

СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ДО И ПОСЛЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Мякотных В.С., Остапчук Е.С.
Уральский государственный
медицинский университет,
г. Екатеринбург

Цель исследования. Определение места и роли сексуальной активности в развитии фоновой для инсульта патологии и в формировании постинсультного нейропсихологического дефекта.

Материалы и методы. Исследования проводились с привлечением 111 пациентов (58 мужчин и 53 женщины) разного возраста. На 1-м этапе, в остром периоде ишемического (n=63) или геморрагического (n=48) инсульта при сохранении возможностей речевого и психологического контактов обсуждался вопрос о состоянии сексуальной функции в предшествовавший инсульту период и проводилось сопоставление с распространенностью фоновой для инсульта сердечно-сосудистой патологии и степенью выраженности функционального дефекта. На 2-м, катамнестическом этапе, через 3-24 месяцев после перенесенного инсульта, проводилось сопоставление динамики сексуальной активности с выраженностью двигательных, координаторных и психических нарушений, сформировавшихся после перенесенного инсульта у 77 пациентов (41 мужчина, 36 женщин).

Результаты и обсуждение. Функционально значимый атеросклероз брахиоцефальных сосудов в 3,2 раз чаще выявлялся у лиц с наличием сексуальных проблем (n=12; 36,4%), чем с сохранившейся до инсульта сексуальной активностью (n=9; 11,5%); $p=0,004$. Также значительно чаще ($p<0,05$) встречались иные варианты патологии, фоновые для возникновения инсульта – ИБС, нарушения сердечного ритма, сахарный диабет. Только для артериальной гипертензии не обнаружено статистически достоверных различий, но именно она часто являлась своеобразным психологическим ограничителем сексуальных действий. Отсутствие полноценных сексуальных отношений в предшествовавшем инсульту периоде в сочетании с увеличением возрастных показателей оказывало негативное влияние на функции внимания, когнитивные функции и состояние эмоциональной сферы у представителей обоих полов, хотя депрессия острого периода инсульта в 2,7 раза чаще регистрировалась у женщин, чем у мужчин, страдавших эректильной дисфункцией. Среди 53 пациентов в возрасте старше 55 лет наиболее тяжелые функциональные последствия инсульта сформировались у 2 (8,3%) из 24 с наличием до инсульта

та нормальных интимных отношений и у 8 (27,6%) из 29 – с проблемами в сексуальной сфере ($p=0,09$). При этом сексуальная активность имела даже большее значение для полноты восстановления утраченных функций, чем возрастные критерии.

В восстановительном периоде инсульта сексуальные отношения сохранились в той или иной степени у 47 (61,0%) из 77 пациентов, у 25 (61,0%) мужчин и у 22 (61,1%) женщин. Но качество этих отношений в большинстве своем снизилось, в особенности после ишемического инсульта, при наличии половых различий в показателях данного качества. Наличие и выраженность двигательного и координаторного постинсультного дефекта имело отчетливое значение для снижения сексуальной активности женщин, но оказалось статистически незначимым ($p>0,05$) для мужчин. Кроме того, абсолютно негативную роль для сексуальной активности женщин играли атрофические изменения структур головного мозга, выявленные при проведении нейровизуализационных исследований ($p=0,004$). Для мужчин это не играло особой роли, а отчетливо более значимыми оказались атеросклеротические изменения сосудов, и эректильная дисфункция могла рассматриваться в качестве маркера универсального атеросклероза.

Выводы. Снижение сексуальной активности наряду с увеличением возраста может рассматриваться в качестве факторов риска фоновой для инсульта сердечно-сосудистой патологии и самого инсульта. Постинсультные сексуальные расстройства часто встречаются у мужчин и женщин, приводят к увеличению распространенности нейропсихологических дефектов и требуют внимания при проведении лечебно-восстановительных мероприятий.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВНУТРИПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нагибович О.А., Шипилова Д.А.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить внутриспочечную гемодинамику в зависимости от состояния эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, а также определить факторы, ассоциированные с микроциркуляторными нарушениями и эндотелиальной дисфункцией.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 47 (21 женщины и 26 мужчин) пациентов с СД 2 типа и хронической болезнью по-

чек (ХБП) 1-3 стадии с незначительно (A1) и умеренно (A2) повышенной альбуминурией. Больные были распределены на две группы: 1-я – 17 человек (12 мужчин и 5 женщин) в возрасте 64 [61; 66] лет с продолжительностью СД 11 [5; 14] лет, уровнем гликированного гемоглобина – 8,8 [7,9; 9,0] %, креатинином сыворотки крови – 90 [80; 100] мкмоль/л, у которых определялась нормальная степень вазодилатации в ответ на реактивную гиперемия (больше/равно 10%), 2-ю группу составили 30 человек (14 мужчин и 16 женщин) в возрасте 60 [57; 63] лет с продолжительностью СД 7 [4; 11] лет, уровнем гликированного гемоглобина – 9,1 [8,8; 11,6] %, креатинином сыворотки крови – 90 [70; 100] мкмоль/л, у которых определялась недостаточная степень вазодилатации (меньше 10%). Больные были сопоставимы по основным антропометрическим и клинико-лабораторным показателям. Диагноз ХБП устанавливали на основании определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI и расчета альбумин-креатининового соотношения в соответствии с рекомендациями международного общества нефрологов (KDIGO). Всем пациентам была выполнена функциональная сосудистая проба с доплерографической оценкой вазодилатации плечевой артерии, рассчитанной по степени изменения ее диаметра и ультразвуковое исследование почек с доплерографией одной из сегментарных артерий правой почки на ультразвуковом аппарате SONOLINE OMNIA (SIEMENS, Германия) датчиком С 5-2 МГц. Определяли скоростные показатели кровотока (м/с): максимальную скорость кровотока в систолу (V_{max}), минимальную скорость кровотока (V_{min}), среднюю скорость кровотока по времени (TAMX). Рассчитывали показатели внутривисочного сопротивления: индекс резистивности (RI) по формуле: $RI = (V_{max} - V_{min}) / V_{max}$; индекс пульсационности (PI), $PI = (V_{max} - V_{min}) / TAMX$. Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с использованием программы Statistica 10. При сравнении независимых групп применяли непараметрические критерии: Манна-Уитни, ро-Спирмена. Данные представлены в виде медианы изучаемого параметра и межквартильных интервалов Me [НК; ВК]. Был принят уровень значимости $\alpha=0,05$.

Результаты и обсуждение. Для лиц с недостаточной степенью вазодилатации скоростные показатели гемодинамики в сегментарной артерии правой почки были ниже по сравнению с 1-ой группой: V_{max} (0,39 м/с vs 0,47 м/с, $p=0,006$), V_{min} (0,11 м/с vs 0,14 м/с, $p=0,005$), TAMX (0,19 м/с vs 0,25 м/с, $p=0,003$), а значение RI было выше (0,76 vs 0,71, $p=0,037$). Наблюдалась значительная корреляция между степенью ЭЗВД и V_{min} ($\rho=0,453$, $p=0,008$), TAMX ($\rho=0,403$, $p=0,006$), RI ($\rho=-0,362$, $p=0,019$),

выявлена взаимосвязь между СКФ и V_{min} ($\rho=0,350$, $p=0,021$), RI ($\rho=-0,336$, $p=0,004$). Установлено, что при развитии ХБП у больных СД 2 типа происходит нарушение ренальной гемодинамики, характеризующееся снижением скоростных показателей и увеличением индекса резистивности, которые не зависят уровня артериального давления, показателей углеводного обмена и липидного спектра.

Выводы. У больных СД 2 типа эндотелиальная дисфункция ассоциирована с нарушением ренальной гемодинамики, что свидетельствует о генерализованном сосудистом поражении и должно учитываться при проведении патогенетической терапии таких пациентов.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Нагорная Д.С., Кулабухова Е.С., Башкирова Е.С.,
Обыденникова Д.В., Васильева И.Н.

Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Оценка функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы пациентов старческого возраста, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В поликлинических условиях обследовано 83 пациента старческого возраста, имеющих артериальную гипертензию, от 75 до 90 лет: 41 мужчина и 42 женщины. Каждому пациенту на этапе отбора в исследование проводили клиническое и лабораторное обследование. Кроме того, определяли адаптационный потенциал (АП) по гемодинамическому индексу Баевского, коэффициент выносливости (КВ), коэффициент экономичности кровообращения (КЭК), уровень физического состояния (УФС). Доминирующий тип вегетативной регуляции оценивали по коэффициенту Хильденбрандта (КХ) и вегетативному индексу Кердо (ВИК). Для оценки приверженности пациента к медикаментозному лечению по поводу АГ использовали опросник Мориски-Грина и подсчет принятых таблеток в % от количества назначенного препарата. Все лица старческого возраста распределялись по гендерному признаку. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью статистических программ «Microsoft Excel 7.0».

Результаты. В 1-й группе (мужчин старческого возраста) ФВ ($83,2 \pm 4,1$ года) превосходил значения ПВ ($81,5 \pm 3,2$ лет; $p < 0,05$). У представителей

2-й группы (женщины старческого возраста) ПВ ($82,3 \pm 4,5$ года) был несколько ниже ФВ ($80,7 \pm 4,7$ лет; $p < 0,05$). Уровень САД у мужчин оказался выше, чем у женщин, однако диастолическое – выше у женщин. У мужчин преобладал симпатический тонус вегетативной нервной системы (ИК= $6,2 \pm 4,5$; КХ= $4,8 \pm 0,7$), у женщин – парасимпатический (ИК= $-1,7 \pm 3,3$; КХ= $3,7 \pm 0,8$). Также, выявлено преобладание неудовлетворительной адаптации ССС (37,5%) в группе мужчин. У женщин чаще встречалось напряжение механизмов адаптации, о чем свидетельствовал средний балл $2,84 \pm 0,1$ и значения КЭК и КВ. Следует отметить, что общее физическое состояние у обследуемых пациентов, было ниже среднего: у женщин он имел значение $0,291 \pm 0,19$ баллов, у мужчин – $0,385 \pm 0,24$. Большинство пациентов в течение долгого времени принимали различную антигипертензивную терапию, более приверженными оказались женщины. Согласно последним европейским Рекомендациям по лечению АГ (2018), терапия пациентов пожилого и старческого возраста предлагает более низкие отрезные уровни АД, как для начала антигипертензивной терапии, так и более низкие целевые уровни АД, в сравнении с предыдущими рекомендациями.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии гендерных функциональных особенностях старческого организма. У женщин отмечена большая приверженность к проводимой терапии. Показатели ССМ, КЭК, ОПСС, ИСР и ФВ могут быть использованы в качестве дополнительных маркеров старения человека, а не только для оценки гемодинамического и общего состояния организма.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Наджарьян Л.Г., Латышев Ю.В.,
Бязров М.Ш., Кравчук А.В.

2 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии России,
г. Пятигорск

Введение. Тяжелым проявлением антифосфолипидного синдрома (АФЛС) является полиневропатия. Особенность полиневропатии при АФЛС является наличие сенсорных нарушений в виде стойкого болевого синдрома. Вопросы лечения полиневропатии при АФЛС окончательно не разработаны. Актуальным является выбор патогенетически обоснованного лекарственного препарата.

Цель исследования. Оценить влияние антиоксиданта мексидола, на динамику болевого синдрома при полиневропатии, ассоциированной с АФЛС.

Материал и методы. Проводилась оценка влияния препарата мексидол на динамику болевого синдрома шкале DN-4 в двух группах у 30 пациентов с лабораторно подтвержденным антифосфолипидным синдромом, и клинически, и электромиографически подтвержденной, полиневропатией. Пятнадцати пациентам назначался мексидол в дозе 200 мг в течение 20 дней внутривенно, и по 250 мг 3 раза в день перорально на протяжении еще 28 дней. Еще 15 больных мексидол в момент наблюдения не получали.

Результаты и обсуждения. В группе, получавшей мексидол среднее значения степени выраженности нейропатической боли по шкале DN4 снизилось с $2,9 \pm 0,58$ до $1,23 \pm 0,78$ баллов после лечения ($p = 0,00024$). Исчезновение болевого синдрома имело место у 4 больных. У пациентов, получавших другие виды лечения болевой синдром уменьшился с $2,9 \pm 0,58$ до $1,9 \pm 0,72$ баллов ($p = 0,001$). Разница в выраженности болевого синдрома между группами после лечения составила 0,5 балла ($p = 0,05$), что достоверно указывает на более значительное уменьшение нейропатической боли при применении мексидола. Мексидол является ингибитором свободнорадикальных процессов, мембранопротектором, обладающим антигипоксическим, стресс-протекторным, ноотропным, противосудорожным и анксиолитическим действием. Препарат повышает резистентность организма к воздействию различных повреждающих факторов (шок, гипоксия и ишемия, нарушения мозгового кровообращения, интоксикация алкоголем и антипсихотическими средствами /нейролептиками/). Препарат способствует сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи. При АФЛС в основе аутоагрессии лежит повреждение интимы сосудов микроциркуляторного русла вследствие формирования аутоиммунных антител к фосфолипидам мембран клеток. Таким образом назначение мексидола является патогенетически обоснованным.

Выявлено, что использование мексидола на протяжении 20 дней в дозе 200 мг и 250 мг 3 раза в день в течение 28 дней приводит к достоверному снижению уровня клинических проявлений по шкале DN4 при полиневропатии, ассоциированной с АФЛС. Побочных эффектов выявлено не было. Рациональное применение патогенетически обоснованной нейропротективной терапии мексидолом является оправданным в комплексной терапии полиневропатии, ассоциированной с АФЛС.

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В.

Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель работы. Изучение особенностей течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в сочетании с вирусным гепатитом С в условиях северного региона.

Материалы и методы. Изучены данные 177 историй болезни пациентов, имеющих активный туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С, проходивших лечение в КУ ХМАО-Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» в 2016-2018 годах.

Результаты и обсуждения. Среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С превалировала возрастная группа от 31 до 40 лет – 112 человек из 177 (63,3%), средний возраст составил 34,7±1,2 года. Преобладали мужчины – 152 человека (85,9%). Лиц без определенного места жительства было 5,6% (10 человек). В местах лишения свободы ранее пребывали 98 больных с сочетанной патологией (55,3%), не имели постоянной работы 149 человек (84,2%), инвалидами по туберкулезу являлись 3 человека (1,7%), не состояли в браке 108 человек (61%). 89,3% больных (158 человек) указывали на употребление наркотических веществ, 57% (101 человек) принимали алкоголь. Впервые диагноз туберкулеза установлен у 120 человек (67,8%). Чаще всего встречался диссеминированный туберкулез – у 62,7% пациентов (111 человек), инфильтративный туберкулез выявлен у 22% (39 человек), очаговый туберкулез имели 7 человек (4%), фиброзно-кавернозный туберкулез – 3 человека (2%), по одному больному – туберкулезный спондилит, туберкулезный менингит. Анализ внелегочных поражений показал, что туберкулез легких у больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ – инфекцией и вирусным гепатитом С чаще всего осложнялся экссудативным плевритом – у 13 человек (6,8%). У 4 больных (2,25%) выявлен туберкулезный менингит, 5 больных (2,8%) – туберкулез периферических лимфатических узлов. По 1 больному (0,6%) имели туберкулез почек, туберкулезный перикардит, туберкулезный спондилит. Объективное обследование выявило, что более чем у половины больных состояние при поступлении оценено как средней степени тяже-

сти (101 человека, 57,6%), у 45 человек (25,4%) – удовлетворительное, у 31 человека (17,5%) – тяжелое. Снижение гемоглобина выявлено у 159 больных, 89,8%, лейкоцитоз отмечался у 47 (26,6%) больных, лейкопения – у 41 больного, 23,2%, лимфопения – у 57 больных (32,2%), повышение процентного содержания палочкоядерных нейтрофилов – у 38 больных, 21,5%. Практически у всех больных при поступлении была повышена скорость оседания эритроцитов (172 человека, 97,1%). Биохимическое исследование крови выявило повышение уровня АСТ при поступлении у 89 пациентов (50,2%) и АЛТ у 102 человек (57,6%). Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 107 больных (60,5%). У 46 пациентов (26%) выявлена впервые лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, из них множественную лекарственную устойчивость имел 21 человек (11,7% больных с сочетанной патологией и 19,6% бактериовыделителей) и 1 больной имел широкую лекарственную устойчивость (0,05% и 2,2% соответственно). У 74 человек (41,8%) отмечен распад ткани легкого. На момент проведения исследования все больные находились в стадии вторичных заболеваний (46,4в) (Российская клиническая классификация 2006 года). У 61 человека (34,5%) оказались доступными данные исследования уровня CD4-лимфоцитов, из них только у 9 человек (14%) наблюдалось нормальное значение этого показателя, понижение – у 53 больных (86,9%), причем у 46 человек (75,4%) отмечено снижение его ниже $0,2 \times 10^9$ л.

Заключение. Значительная часть больных имела черты социальной дезадаптации. Преобладали распространенные процессы с распадом ткани легких и бактериовыделением.

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ОПИСТОРХОЗОМ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ РОССИИ

Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В.

Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель исследования. Было изучение клинических особенностей течения сочетанной патологии туберкулез-описторхоз в регионе, являющемся крупнейшим очагом описторхоза в России.

Материал и методы исследования. В исследование было взято 30 пациентов с сочетанной патологией – туберкулез и хронический опистор-

хоз, находившихся на стационарном лечении в Казенном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» в 2017 году.

Результаты и обсуждение. Возраст исследуемых был от 26 до 57 лет. Преобладали мужчины – 63,3% (19 человек). Коренные народы ХМАО-Югры составили 26,6% (8 пациентов). Туберкулез был выявлен впервые у 56,6% (17 больных), рецидив туберкулеза – у 13,3% (4 больных), хронический процесс – у 30% (9 больных) пациентов. Чаще встречались больные с диссеминированным туберкулезом легких – 60% (18 пациентов). У 60% (18 пациентов) обнаружены полости распада, у 56,6% (17 пациентов) обнаружены МБТ в мокроте. МЛУ МБТ имели 13,3% больных (4 человека), ШЛУ – 13,3% больных (4 человека). Сочетание хронического описторхоза с хронических дифиллоботриозом обнаружено у 16,6% (5 больных), все они были лицами коренной национальности. 46,6% (14 человек) были ВИЧ-инфицированные. Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта была у 60% (18 больных), причем гепатиты среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта составили 88,8% (16 пациентов из 18). Среди больных с гепатитами (всего 16 пациентов) у 15 были гепатиты вирусной этиологии (93,8%), и только у 1 пациента был выявлен токсический гепатит (6,2%). Жалобы, характерные для описторхоза выявлены у 43,3% (13 больных). Аллергическая реакция на фоне лечения туберкулеза развилась у 26,6% (8 больных). Лейкоцитоз обнаружен у 23,3% (7 пациентов), анемия у 33,3% (6 человек), эозинофилия у 36,6% (11 больных). В процессе проведения химиотерапии уровень билирубина повышался у 13,3% (4 исследуемых), уровень АСТ и АЛТ у 66,6% (20 больных) и 63,3% (19 пациентов) соответственно. У всех больных были выявлены изменения по данным УЗИ органов брюшной полости. Из 30 исследуемых пациентов абациллированно 35,2% (6 человек из 18 бактериовыделителей), полости распада закрылись у 11,1% (2 пациентов из 17, имеющих полости распада).

Выводы. При сочетанной патологии туберкулез-описторхоз туберкулезное воспаление характеризуется большой распространенностью с наличием распада и бактериовыделения и высокой сенсibilизацией организма. Отмечается значительное количество больных с сочетанной патологией среди лиц коренной национальности, при этом эти больные могут иметь двойные гельминтозы. Проявления клинических синдромов хронического описторхоза на фоне активного туберкулеза отличается полиморфизмом.

СОЛНЦЕЗАЩИТНЫЕ СРЕДСТВА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ФОТОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Нечасва О.С., Ключарева С.В., Белова Е.А., Хаббус А.Г.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Фотодерматозы – разнообразная группа кожных болезней, отличающихся по клинической картине, тяжести течения и прогнозу, в патогенезе которых важная роль принадлежит солнечному излучению. Ввиду многообразия эндогенных и экзогенных факторов, способствующих этой патологии, единой классификации до настоящего времени нет. Существует классификация по клинической характеристике патологического процесса (Штейнберг М.А., 1958; Нерадов Л.А., 1959); по патогенезу: генетические, метаболические, дегенеративно-атрофические и прочие фотодерматозы (Parrish J.A. et al., 1979); по фоточувствительности кожи и характеру обычной реакции на облучение; часто используют классификацию поражений кожи по длине волны света, вызвавшего поражения.

Цель исследования. Анализ эффективности солнцезащитных средств с учетом показателя SPF для включения в комплексную терапию фотодерматозов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов, с различными фотодерматозами в анамнезе, в том числе 8 пациентов с дискоидной красной волчанкой (18%), 5 человек с солнечной крапивницей (11%), 12 с перенесенными фототоксическими реакциями (27%) и 20 пациентов с острым солнечным дерматитом в анамнезе (44%). В процессе исследования применялось облучение кожи внутренней поверхности правого предплечья при мощности портативной ультрафиолетовой лампы на протяжении 15 минут. Каждый пациент получал три процедуры ультрафиолетового облучения с интервалом в 1 неделю. Пациенты были разделены на три группы по 15 человек, для каждой группы были использованы солнцезащитные средства с SPF 15, 30 и 50+ соответственно. Результаты оценивались после третьего сеанса облучения.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов (SPF 15) после первого сеанса наблюдалась незначительная эритема и стойкая гиперпигментация на момент окончания исследования. Во второй группе (SPF 30) эритемы отмечено не было, но гиперпигментация была отмечена у 3 пациентов (20%). В группе номер 3 признаки эритемы и гиперпигментации отсутствовали у всех участников.

Выводы. Использование солнцезащитных средств в составе комбинированной терапии фоточувствительных дерматозов обосновано с учетом показателя SPF для повышения ее эффективности.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Нечипуренко Н.И., Василевская Л.А.,
Пашковская И.Д., Замятина О.В., Прокопенко Т.А.
Республиканский научно-практический центр
неврологии и нейрохирургии,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить возможность коррекции метаболических и микрогемодициркуляторных нарушений у пациентов с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) на фоне хронической ишемии мозга (ХИМ) при использовании лазерной гемотерапии.

Материал и методы. Исследованы клинико-биохимические и микрогемодициркуляторные нарушения до и после применения в комплексной терапии внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) у 11 пациентов с ТИА на фоне ХИМ, средний возраст которых составил 64,5±6,2 года, из них 45,5% мужчины и 54,5% – женщины. Нормальные показатели изучены у 22 здоровых лиц (возраст 55,8±10,9 лет, $p > 0,05$ относительно возраста пациентов).

Выраженность неврологических нарушений анализировали по шкале NIHSS, функциональных нарушений – по модифицированной шкале Рэнкина (МШР). Определяли концентрации метаболитов углеводного обмена: лактата и пирувата, соотношение лактат/пируват (Л/П); концентрацию продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-П), активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ), показатели липидного спектра. Состояние микрогемодинамики (МГД) кожных покровов лба изучали спекл-оптическим методом (устройство Speckle-SCAN) при задержке дыхания (ЗД) и гипервентиляции (ГВ). Оценивали прирост/снижение значений показателей кровотока по мощности спектра (МС) и средней частоте спектра $\langle f \rangle$ относительно исходных данных.

Базисная терапия в зависимости от патогенетического варианта ТИА включала антикоагулянты или антиагреганты, статины, антиоксидантные и нейропротективные средства. Дополнительно пациенты получали курс ВЛОК, который осуществляли лазерным аппаратом «Люзар МП» с длиной волны 0,67 мкм и выходной мощностью 3 мВт (7-8 20-минутных процедур).

Результаты и обсуждение. После лечения неврологический дефицит, определяемый по шкале NIHSS, у пациентов не выявлен, функциональное состояние по шкале МШР улучшилось и составило 0,54±0,52 баллов (до лечения – 1,91±1,04, $p < 0,05$).

Установлена тенденция к росту МС на 13-18% при выполнении теста с ЗД (до лечения – на 3-9,5%), а также увеличение числа пациентов с адекватными реакциями на ГВ по сравнению с данными до лечения на 25% ($p < 0,05$). Достоверный рост $\langle f \rangle$ спекл-оптической кривой отражает увеличение скорости кровотока как компенсаторной реакции МГД при уменьшении емкости сосудистого русла в условиях гипоксии.

После комплексного лечения у пациентов в крови показано снижение соотношения Л/П с 19,4 (15,3-21,2) до 13,2 (8,3-15,8) ($p = 0,004$) при норме 9,6 (8,04-14,0); повышение активности СОД с 80,5 (71,2-97,4) до 105,1 (97,5-163,0) Е/мл ($p = 0,02$) при норме 106,3 (92,9-117,6) Е/мл. Уровень вчСРБ снижался с 6,5 (0,68-13,42) до 0,29 (0,13-0,43) мг/л ($p = 0,03$), концентрация триглицеридов – с 1,89 (1,25-2,52) до 1,36 (0,85-1,95) ммоль/л ($p = 0,04$); коэффициент атерогенности (КА) – с 3,71±1,04 до 2,96±0,49 ($p = 0,04$).

Выводы. Установлены позитивные клинические, метаболический и микрогемодициркуляторный эффекты применения ВЛОК в комплексной терапии пациентов с ТИА на фоне ХИМ, что обусловлено улучшением вазодилаторной и вазоконстрикторной функций МГД, нормализацией показателей углеводно-энергетического обмена, повышением активности СОД, нормализацией уровня вчСРБ и КА в крови, свидетельствуя о саногенетическом действии лазерной гемотерапии при изучаемой патологии.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Никитина В.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время выросла частота неврологических расстройств у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель работы. Проанализировать этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностику и терапию неврологических проявлений у больных с патологией ЖКТ. ЖКТ иннервируется структурами вегетативной нервной системы (ВНС), как симпатической, так и парасимпатической. Формирование перистальтики полых органов, секреция желез ЖКТ осуществляется за счет разнообразных транмиттеров, таких как субстанция Р, кальцитонин, холецистокинин, соматостатин, динорфин, глутамин.

Материалы и методы. Практически при всех заболеваниях ЖКТ развиваются нервно-психические расстройства в виде неврастеноподобных, по-

линевритических и пароксизмальных вегетативных нарушений. Аутоиммунный гастрит – одно из наиболее часто встречающихся аутоиммунных заболеваний ЖКТ. При дефиците внутреннего фактора Касла в кишечнике нарушается абсорбция витамина В12, без которого не происходит полноценного формирования эритроцитов в костном мозге, развивается В12-дефицитная, мегалобластная анемия.

Результаты. У многих пациентов возникают симптомы поражения: высших мозговых функций, зрительных и глазодвигательных нервов по типу пареза взора вверх, межъядерной офтальмоплегии, спинного мозга, периферических нервов конечностей. В ряде случаев развивается деменция.

Выводы. Диагностика. Основными методами изучения моторно-эвакуаторной функции ЖКТ в клинической практике являются сцинтиграфия, УЗИ, рентгенологические, эндоскопические методы. При локализации пенетрирующей язвы в желудке необходимо выполнить биопсию для исключения малигнизации язвы. Диагностике неврологических расстройств у больных способствуют игольчатая электромиография и стимуляционная электронейромиография, соматосенсорные вызванные потенциалы. Лечение. В период обострения заболеваний ЖКТ у больных терапия проводится комплексно, с использованием патогенетической, симптоматической терапии. При выраженном болевом синдроме у пациентов необходим постельный режим, диетотерапия. Курсы лечения заболевания ЖКТ приводят к регрессу неврологических проявлений у больных.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОРОГИ АЛГОРИТМА FRAX® ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В АНТИОСТЕОПОРТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Никитинская О.А.¹, Торопцова Н.В.¹, Насонов Е.Л.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Оценить диагностические возможности использования различных порогов терапевтического вмешательства алгоритма FRAX® для выявления больных ревматоидным артритом (РА), нуждающихся в антиостеопоротической терапии.

Материал и методы. Обследовано 97 пациентов с РА в возрасте старше 50 лет с применением анкетирования, денситометрического обследования

аксиальных отделов скелета, расчета 10-летнего риска переломов с помощью калькулятора FRAX® с/без МПК шейки бедра. Для FRAX® оценивались диагностические характеристики (чувствительность, специфичность, ROC-кривые) российского и европейского возраст-зависимых порогов терапевтического вмешательства, фиксированных порогов в 20% и 10%.

Результаты и обсуждение. Российская модель FRAX® как с данными МПК шейки бедра, так и без них показала очень хорошие возможности в выявлении пациентов, нуждающихся в назначении лечения ОП, их площади под характеристическими кривыми в ROC-анализе (AUC) были $0,878 \pm 0,036$ и $0,872 \pm 0,040$, соответственно. Показатели минеральной плотности кости (МПК) поясничного отдела позвоночника также очень хорошо определяли больных РА, которым показана профилактика ОП и связанных с ним переломов (AUC= $0,837 \pm 0,063$). Значения МПК шейки бедренной кости и всего бедра демонстрировали более низкую точность в выделении кандидатов на антиостеопоротическую терапию (AUC= $0,587 \pm 0,102$ и AUC= $0,625 \pm 0,092$, соответственно).

При оценке алгоритма FRAX® без МПК российский возраст-зависимый порог показал 79,7% чувствительность и 63,7% специфичность, для FRAX® с МПК эти показатели были 82,2% и 65,2%, соответственно. Достоверных различий в выделении лиц, нуждающихся в лечении, с использованием FRAX® без МПК и с МПК выявлено не было ($\chi^2 = 0,22$, $p = 0,64$). Чувствительность и специфичность при определении риска переломов европейского порога терапевтического вмешательства с/без МПК были 90,4-94,6% и 17,4-21,7%, а для фиксированных порогов – 58,8% и 93,8% (для 20%) и 96,5% и 0% (для 10%), соответственно.

Заключение. Российский возраст-зависимый порог в достаточной мере выявляет среди больных РА лиц, нуждающихся в лечении ОП. У больных РА в возрасте 50 лет и старше для оценки риска перелома может применяться алгоритм FRAX® без данных МПК шейки бедренной кости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРГАТЕФА (НИНТЕДАНИБА) У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ (ИЛФ)

Новикова Т.А., Новикова Л.Н., Илькович М.М.
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

ИЛФ – особая форма хронической прогрессирующей фиброзирующей интерстициальной пнев-

монии неизвестной этиологии; возникает преимущественно у людей старшего возраста, поражает только легкие и связана с гистологическим и рентгенологическим паттерном обычной интерстициальной пневмонии (ОИП).

Цель исследования. Оценить эффективность варгатефа (нинтеданиба) у пациента с ИЛФ.

Материалы и методы. Пациент 61 года, курильщик в прошлом (индекс курения 25 пачко/лет), имеет сопутствующую патологию в виде гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), гипертонической болезни 1 ст. Диагноз ИЛФ установлен и подтвержден гистологически в 2015 году. На фоне терапии системными кортикостероидами (ГКС) в суточной дозе 7,5 мг в сутки в течение 24 месяцев отмечалось прогрессирование заболевания. С 07.2018 по 01.2019 пациент получал варгатеф по 150 мг 2 раза в день. Эффективность оценивалась через 6 месяцев на основании динамики клинических, функциональных и рентгенологических показателей.

Результаты. На фоне терапии варгатефом нежелательных явлений (НЯ) не отмечалось. Степень выраженности одышки не изменилась (MRS 2/2), новых жалоб не было. Изменения на КТ (паттерн возможной обычной интерстициальной пневмонии) – без динамики. До лечения варгатефом, по данным ОФЭКТ (сцинтиграфия легких) выявлена тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА) S8,S9 правого легкого. После лечения, при выполнении повторной ОФЭКТ, ТЭЛА не рецидивировала.

В динамике оценивались следующие функциональные показатели: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ, л от должного); диффузионная способность легких (ДСЛ, % от должной); систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.). До лечения ГКС: ФЖЕЛ 3,3л, ДСЛ 37%, СДЛА 47 мм рт.ст. После курса ГКС, отмечалась тенденция к снижению ФЖЕЛ до 2,5л; однако ДСЛ увеличилась до 39,8%; СДЛА-без изменения. После терапии варгатефом, отмечалась стабилизация ФЖЕЛ, которая составила 2,3 л, со стороны ДСЛ не отмечалась тенденции к снижению, она составила 40,7%; СДЛА -45 мм рт.ст (что свидетельствует о наличии у пациента легочной гипертензии 1 степени).

Заключение. Таким образом, лечение пациента с ИЛФ варгатефом в течение 6 месяцев замедлило прогрессирование заболевания, не вызвало каких-либо НЯ, не вызвало рецидива ТЭЛА.

АКТИВНОСТЬ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Провести сравнительную оценку уровня адипокинов и показателей липидного спектра крови у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением.

Материалы 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/м²): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,39±7,72 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ≥30 кг/м²): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст 61,83±6,85 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=1,66$; $p=0,12$) и возрасту ($F=0,11$, $p=0,24$).

Наряду с рутинным клинико-функциональным обследованием у больных в каждой группе оценивали уровни показателей профиля адипокинов – лептина, адипонектина, резистина, а также липидного спектра крови – общего холестерина, холестерина ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов. Также определяли индекс висцерального ожирения (ИВО).

Результаты и обсуждение. У больных 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы был достоверно выше уровень лептина, и составил 43,49±23,58 нг/мл и 12,54±9,72 нг/мл, соответственно ($F=71,02$, $p=0,0000$). При этом значения резистина у пациентов исследуемых групп достоверно не различались: 9,42±4,37 нг/мл у пациентов 1 группы и 9,52±4,88 нг/мл у пациентов 2 группы ($F=0,22$, $p=0,87$). Уровень адипонектина был выше у больных ХОБЛ с нормальной массой тела по сравнению с пациентами с ожирением и составил 124,87±91,3 мкг/мл и 107,54±83,12 мкг/мл, соответственно. При этом значение F-отношения в результате проведенного одностороннего дисперсионного анализа (ANOVA) оказалось равным 3,21 при $p=0,134$, что свидетельствовало об отсутствии статистически значимых различий между группами.

Уровень общего холестерина, холестерина ЛПНП, триглицеридов у больных 2 группы был достоверно выше, чем у больных 1 группы, и составил $6,12 \pm 2,34$ ммоль/л и $5,56 \pm 1,67$ ммоль/л ($F=5,18$, $p=0,014$), $4,54 \pm 2,23$ ммоль/л и $3,78 \pm 1,64$ ммоль/л ($F=8,12$, $p=0,0076$), $1,16 \pm 0,45$ ммоль/л и $0,93 \pm 0,11$ ммоль/л ($F=5,85$, $p=0,013$), соответственно. При этом значения холестерина ЛПВП были достоверно выше у больных 1 группы по сравнению с пациентами 2 группы: $1,22 \pm 0,13$ ммоль/л и $1,12 \pm 0,55$ ммоль/л ($F=38,79$, $p=0,0001$).

Значения ИВО у больных 2 группы были достоверно выше, чем у больных 1 группы, и составили в среднем $2,23 \pm 1,34$ и $1,07 \pm 0,31$, соответственно ($F=33,56$, $p=0,0001$).

Выводы. Таким образом у больных ХОБЛ и ожирением по сравнению с больными ХОБЛ и нормальной массой тела достоверно выше уровень лептина, основных атерогенных показателей липидного профиля, а также индекса висцерального ожирения, что может указывать на повышенный риск кардиометаболических расстройств и развития сахарного диабета, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, утяжеляющих состояние больных ХОБЛ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Перцев А.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить клинико-функциональные параметры у больных ХОБЛ и ожирением в сравнении с больными ХОБЛ с нормальной массой тела.

Материалы 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/м²): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст $61,39 \pm 7,72$ лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст $61,83 \pm 6,85$ лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=1,66$; $p=0,12$) и возрасту ($F=0,11$, $p=0,24$). Наряду с рутинным клинико-лабо-

раторным обследованием оценивали течение ХОБЛ по числу обострений за последние 12 месяцев, не потребовавших госпитализации, а также числу госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ за последние 12 месяцев. Для оценки выраженности кашля, продукции мокроты, одышки, общей слабости использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Степень выраженности симптомов ХОБЛ также оценивалось с помощью опросника COPD Assessment Test (CAT). Из определяемых параметров спирометрии учитывали постбронходилатационные значения ОФВ₁, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, выраженные в процентах от должного.

Результаты и обсуждение. Частота обострений ХОБЛ за предыдущий год, не потребовавших госпитализации, а также госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ за последние 12 месяце у больных 1 группы была достоверно выше, чем у больных 2 группы, и составила $1,91 \pm 0,32$ и $1,4 \pm 0,74$ ($F=7,08$, $p=0,012$), и $1,72 \pm 0,54$ и $1,31 \pm 0,72$ ($F=8,11$, $p=0,013$), соответственно.

Выраженность одышки, продукции мокроты, общей слабости по ВАШ у больных 1 группы были достоверно выше, чем у больных 2 группы, и составили $7,51 \pm 1,33$ и $6,03 \pm 1,21$ ($F=24,22$, $p=0,0000$), $3,71 \pm 1,64$ и $2,86 \pm 1,75$ ($F=6,91$, $p=0,015$), $6,60 \pm 1,54$ и $5,56 \pm 1,15$ ($F=7,43$, $p=0,003$), соответственно. Выраженность кашля по ВАШ у больных, а также симптомов по САТ между группами достоверно не отличались: $3,68 \pm 1,88$ и $3,52 \pm 1,17$ ($F=1,45$, $p=0,35$), $23,14 \pm 9,35$ и $22,01 \pm 5,74$ ($F=0,74$, $p=0,26$), соответственно.

Средние значения ОФВ₁, ФЖЕЛ, индекса Тиффно были достоверно выше у больных 2 группы по сравнению с 1 группой и составили $46,56 \pm 14,29\%$ и $31,39 \pm 15,13\%$ ($F=38,65$, $p=0,0000$), $73,51 \pm 18,65\%$ и $54,39 \pm 20,34\%$ ($F=37,43$, $p=0,0000$), $62,08 \pm 7,18\%$ и $55,54 \pm 7,83\%$ ($F=23,70$, $p=0,0000$). С учетом полученных результатов спирометрии, группы 1 и 2 также достоверно различались по распределению больных по степени бронхиальной обструкции (GOLD 1, 2, 3, 4) ($\chi^2=57,54$; $p=0,0000$; 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. Больные ХОБЛ и ожирением реже склонны с обострением заболевания по сравнению с больными с нормальной массой тела.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Оценить уровень показателей провоспалительного и противовоспалительного цитокинового профиля у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и у больных ХОБЛ и ожирением.

Материалы 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/м²): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,39±7,72 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ≥30 кг/м²): 69 мужчин и 11 женщин, средний возраст 61,83±6,85 лет. Исследуемые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=1,66$; $p=0,12$) и возрасту ($F=0,11$, $p=0,24$). 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- γ .

Результаты и обсуждение. У больных 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы были достоверно выше уровни СРБ, интерферона- γ , 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 11,27±8,27 пг/мл и 12,17±10,11 пг/мл ($F=0,54$, $p=0,62$), 169,66±91,72 пг/мл и 154,02±67,37 пг/мл ($F=0,12$, $p=0,58$), 21,32 (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- γ 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.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ С ДАННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИЕЙ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Овсянникова О.Б., Конева О.А.,
Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.
Научно-исследовательский институт
ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Сопоставить количество ультразвуковых комет у пациентов системной склеродермией (ССД) и интерстициальным поражением легких с данными компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) легких и функциональными легочными тестами.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов с ССД и интерстициальным поражением легких (ИПЛ) (средний возраст 51,4±11,6, 33 женщины, 16 с диффузной и 24 с лимитированной формой), все пациенты соответствовали критериям АСР для ССД. Всем пациентам проводились: функциональные легочные тесты (ФЛТ), УЗИ легких. В зависимости от распространенности легочного процесса пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 ($n=12$) – со значительно выраженными изменениями (поражение легких >20% по данным КТВР); группа 2 ($n=28$) – с поражением легких <20%) с использованием схемы Goh [N.S.L. Goh et al., 2008]. Для регистрации результатов УЗИ легких использовался счет ультразвуковых комет (УЗК).

Результаты. Средний счет УЗК в группе 1 составил 113,6±48,25 и был достоверно выше, чем в группе 2 – 35,25±32,7 ($p<0,05$), так же в целом по группе ($n=40$) счет УЗК обратно коррелировал с показателями форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) ($R=-0,56$, $p=0,0002$) и ДСЛ ($R=-0,57$, $p=0,0001$). Данные корреляции могут подтверждать взаимосвязь между счетом УЗК и тяжестью ИПЛ.

Заключение. Таким образом, по данным УЗИ можно оценить распространенность интерстициального процесса в легких и судить о тяжести функциональных нарушений: чем больше счет УЗК, тем ниже показатели ФЖЕЛ и ДСЛ.

ОЦЕНКА ВОСПРОИЗВОДИМОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Овсянникова О.Б., Конева О.А.,
Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.
Научно-исследовательский институт
ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Сопоставить данные двух независимых экспертов для оценки воспроизводимости метода УЗИ.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов с ССД и интерстициальным поражением легких (ИПЛ) (средний возраст $49,8 \pm 13,3$, 57 женщины, 26 с диффузной и 34 с лимитированной формой), все пациенты соответствовали критериям ACR для ССД. Всем пациентам проводилось: УЗИ легких. Для регистрации результатов УЗИ легких использовался специально разработанный протокол, который состоял из двух частей: первая для оценки со стороны переднебоковой, вторая – со стороны задней поверхности грудной клетки. Всего оценивалось 64 ультразвуковых поля. Одно поле соответствовало одной ячейке в протоколе. Количество ультразвуковых комет (УЗК) подсчитывалось в каждом поле и вписывалось в соответствующую ячейку протокола, при этом максимальное количество УЗК в одном поле – 10. Количество УЗК, указанных в каждом поле протокола суммировалось. Для оценки воспроизводимости метода УЗИ легких было проведено сравнение счета УЗИ, полученного при исследовании одной и той же группы больных двумя независимыми исследователями, статистически использовался t-тест для независимых групп, для оценки взаимосвязи заключения двух независимых экспертов ранговый коэффициент корреляции Кендала.

Результаты. Оценка УЗК двумя независимыми исследователями была следующая: общее число УЗК первого исследователя составила $58,7 \pm 52$, второго исследователя $66,9 \pm 56$ ($p > 0,05$); среднее количество УЗК в протоколе по передней поверхности грудной клетки составило: $20,8 \pm 26$ и $23,7 \pm 23,7$ ($p > 0,05$), и по задней поверхности грудной клетки $37,8 \pm 31$ и $43,3 \pm 33$ ($p > 0,05$) исследователь 1 и 2 соответственно. Как видно из приведенных данных при оценке воспроизводимости УЗИ легких оба исследователя получили сходные результаты. Среднее число УЗК у первого и второго исследователя существенно не различалось. Средний счет УЗК у двух исследо-

вателей в каждой группе достоверно не различался. Для оценки согласованности мнений двух независимых исследователей использовался коэффициент конкордации Кендалла, который показал, что различия мнений экспертов были незначительными ($r = 0,81$, $p < 0,001$) – это подтверждает хорошую воспроизводимость метода.

Заключение. На основании проведенного исследования можно утверждать, что УЗИ легких является хорошо воспроизводимым методом, способным выявлять ИПЛ у пациентов с ССД.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Оконечникова Д.В.,
Шевелева М.А., Румянцев А.Ш.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявление возможных причин формирования стеатогепатита у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы и методы. В исследование были включены 45 пациентов с НАЖБП, из них 18 мужчин и 27 женщин, средний возраст по группе составил – $65,27 \pm 15,8$ лет. Всем больным выполняли УЗИ печени на аппарате «Аloka» («Hitachi F37», Япония). При определении клинической формы НАЖБП, неалкогольный жировой гепатоз (НАЖГ) или неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), учитывали признаки синдрома цитолиза в биохимическом анализе крови.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было установлено, что из 45 пациентов с НАЖБП у 32 (71,1%) был НАЖГ и у 13 (28,9%) – НАСГ. НАСГ чаще выявляли у женщин в сравнении с мужчинами – 38,5% и 15,8% соответственно. Среднее значение ИМТ в группе пациентов с НАЖБП составило $29,5 \pm 5,8$ кг/м², при этом ожирение было диагностировано у 48,8%, избыточная масса тела – у 35,5% и нормальный ИМТ – у 15,7% больных. У пациентов с НАСГ средние показатели ИМТ были выше ($32,0 \pm 6,5$ кг/м²), чем в группе пациентов с НАЖГ ($28,5 \pm 5,3$ кг/м², $p = 0,027$). При анализе показателей липидного спектра было выявлено, что в группе больных НАСГ средние значения общего холестерина и ТГ составили $5,31 \pm 0,96$ ммоль/л и $1,99 \pm 0,89$ ммоль/л соответственно ($p = 0,034$), а в группе больных НАЖГ – $4,17 \pm 1,02$ ммоль/л и $1,54 \pm 0,91$ ммоль/л ($p = 0,041$). При оценке углеводного обмена было выявлено, что в группе с НАСГ более выражены гипергликемические состояния – HbA1c $8,28 \pm 3,26\%$, в сравнении с группой больных НАЖГ, у которых сред-

ние значения HbA1c составили $5,13 \pm 6,21\%$. Здесь важно знать долю пациентов с сахарным диабетом в каждой группе. Если правильно помню наш разговор, все пациенты были с гипергликемией. Т.о.

Заключение. Как НАСГ, так и НАЖГ были выявлены случайно при проведении скрининга. У больных с сахарным диабетом 2 типа НАЖГ встречался почти в 3 раза чаще по сравнению с НАСГ. Складывается впечатление о несвоевременной диагностике НАЖБП, являющейся важным фактором риска нарушения толерантности к углеводам. Кроме того, очевидно, что у пациентов с НАСГ компенсация сахарного диабета была неудовлетворительной. Выявленные нами особенности могут иметь важное значение как для подбора оптимальной сахароснижающей терапии, так и для профилактики фиброгенеза в печени. Мы считаем основной причиной развития НАСГ позднюю диагностику НАЖБП, поэтому пациентам с сахарным диабетом рекомендовано динамическое наблюдение.

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Олесин А.И.¹, Литвиненко В.А.², Шлапакова А.В.²,
Константинова И.В.¹, Зуева Ю.С.²

¹Северо-Западный Государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Елизаветинская больница,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка использования фармакологической противоаритмической терапии у больных метаболическим синдромом (МС) с предсердной экстрасистолией (ПЭ) в качестве первичной профилактики фибрилляции предсердий (ФП) при выявлении краткосрочного риска ее развития.

Материал и методы. Наблюдалось 305 больных МС и ПЭ в возрасте от 59 до 73 лет. Риск развития ФП у больных МС, без наличия этой аритмии в анамнезе, определялся по ранее описанному методу (Патент РФ №2556602). 156 (51,15%) больным проводилась базисная терапия, включающая коррекцию потенциально модифицируемых факторов (контрольная группа), остальным пациентам – дополнительно к базисной терапии в качестве первичной профилактики ФП использовались противоаритмические средства I-III классов. Каждый больной по-

сле включения в исследование наблюдался от 2 до 4 - 5 лет: конечной точкой за этот период наблюдения явилось наличие или отсутствие развития ФП.

Результаты. При применении противоаритмических средств I-III классов у больных МС с ПЭ и краткосрочном риске развития ФП, эта аритмия наблюдалась в среднем в три раза реже в сравнении с контрольной группой (31,54% против 95,51% при использовании антиаритмической и базисной терапии соответственно). У больных МС положительный эффект проводимой антиаритмической терапии, используемой в качестве первичной профилактики ФП, был обусловлен, улучшением диастолической функции левого желудочка, уменьшением объема левого предсердия, улучшением электрических свойств миокарда предсердий, косвенно определяемых по изменению показателей сигнал-усредненной электрокардиограммы, дисперсии зубца Р.

Заключение. Применение противоаритмических средств I-III классов у больных МС с ПЭ в качестве первичной профилактики ФП, при выявлении краткосрочного риска ее развития, позволило в среднем в три раза уменьшить частоту возникновения этой аритмии.

КЛИНИКО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ОБРАТИМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ

Осипова М.Ю., Голдобин В.В., Клочева Е.Г.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции (СОЦВ) характеризуется громоподобной головной болью, достигающей пика в течение минут, длительностью от 10 минут до нескольких суток, которая может сопровождаться транзиторными очаговыми симптомами, судорожным синдромом. Развивающаяся вазоконстрикция без лечения может приводить к острым нарушениям мозгового кровообращения. Характерным признаком заболевания является сегментарный спазм артерий по данным магнитно-резонансной (МР) ангиографии, самостоятельно проходящий в течение 3 месяцев. Своевременная диагностика и лечение данного синдрома затруднены, так как головные боли принято связывать с другими неврологическими заболеваниями.

Цель исследования. Выявление признаков сопутствующих микроангиопатий, вариантов строения Виллизиева круга, коморбидной патологии у пациентов с СОЦВ.

Материалы и методы. Были обследованы 58 пациентов с СОЦВ (возраст 64,3+33,9 года, мужчин 10, женщин 48). У всех пациентов тщательно собирався анамнез, проводился подробный неврологический осмотр, выполнялись МР томография головного мозга, церебральные МР ангиография и МР-венография.

Результаты. Среди женщин СОЦВ развивался наиболее часто в возрасте 62,4+33,1 года, среди мужчин – в возрасте 73,5+37,9 года. Заболевания щитовидной железы были выявлены у 16 (27,6%) женщин и не встречались у мужчин. На МР томографии головного мозга у 22 (37,9%) больных наблюдались проявления церебральной микроангиопатии, в подгруппе женщин – у 20 (41,7%), мужчин – у 2 (20,0%). У 10 больных (17,2%) обнаружены церебральные микрокровоизлияния, среди них 8 (16,7%) женщин и 2 (20,0%) мужчин. У 17 (29,3%) обследованных пациентов выявлено низкое расположение миндалин мозжечка, из них женщин – 15 (31,3%) и 2 (20,0%) мужчин. Обращала на себя внимание высокая частота вариантов развития вертебрально-базилярного бассейна: разобщения Виллизиева круга, гипоплазий задней соединительной артерии, позвоночной артерии, задней мозговой артерии – у 49 (84,5%) обследованных: 42 (87,5%) женщин и 7 (70,0%) мужчин. Достоверного различия сравниваемых показателей в подгруппах мужчин и женщин не выявлено.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод о частой сочетаемости СОЦВ с низким расположением миндалин мозжечка, врожденными вариантами строения Виллизиева круга, а также нередком выявлении очаговых изменений белого вещества мозга в данной группе пациентов по результатам МРТ. У женщин также наблюдалась ассоциация СОЦВ и патологии щитовидной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ТЛТ) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Остапчук Е.С.^{1,2}, Гаулика В.О.², Мултанова В.И.²

¹Сургутская клиническая
травмотологическая больница,

²Сургутский государственный университет,
г. Сургут

Цель. Оценка эффективности ТЛТ и выявление факторов, определяющих исход инсульта после ТЛТ.

Материал и методы. В исследование вошло 97 пациентов (26 женщин и 71 мужчина), в возрасте от 33 до 81 года ($m=57,8\pm 10,1$). Всем пациентам

в период до 4,5 часов от начала инсульта проведена ТЛТ. Подтип инсульта оценивали по шкале TOAST: атеротромбоэмболический инсульт наблюдался в 20 (20,4%) случаях, кардиоэмболический – 27 (27,5%), лакунарный – 14 (14,3%), инсульт другой установленной этиологии – 4 (4,1%) и инсульт неустановленной этиологии – 33 (33,7%).

В зависимости от сосудистого бассейна поражения в ЛСМА установлено 47 инсультов, ЛВСА-2, ПСМА-37, ПВСА-1, вертебрально-базилярном бассейне-9.

У пациентов с инсультом учитывали наличие сердечно-сосудистых заболеваний: артериальная гипертония у 86 человек, сахарный диабет у 13 человек, нарушение ритма сердца – 25 человек, атеросклероз брахиоцефальных сосудов у – 45 человек, ИБС – 40 человек.

Тяжесть неврологического статуса пациентов оценивалась по шкале NIHSS, оценка функционального исхода проводилась по шкале Ренкина (mRs).

Результаты. После ТЛТ с хорошим восстановлением (mRs 0-1) наблюдалось 60 (61,8%) человек, с неудовлетворительным исходом (mRs>3) – 37 (38,2%). Хороший исход после ТЛТ по шкале TOAST наблюдался при атеросклеротическом подтипе в 13,3%, кардиоэмболическом – 23,3%, лакунарном – 15%, уточненном – 3,3%, не уточненном – 45%. Неудовлетворительный исход после ТЛТ наблюдался по шкале TOAST при атеросклеротическом подтипе в 32,4%, кардиоэмболическом – 40,5%, лакунарном – 13,5%, уточненном – 2,7%, не уточненном – 10,8%.

Неудовлетворительные исходы после ТЛТ в 6,7 раз чаще установлены у пациентов с артериальной гипертонией (42,3% с АГ; 8,3% без АГ, OR=6,7, $p=0,027$); в 1,5 раза чаще – при наличии нарушения ритма сердца (OR=1,5, $p=0,002$) и при наличии ИБС (OR=1,5, $p=0,034$).

Пациенты с нарушенным уровнем сознания реже наблюдались с хорошим исходом ($n=9$, 31%) по сравнению с пациентами в сознании ($n=51$, 75%), (OR=1,8, $p=0,001$).

Пациенты с более тяжелым инсультом (по шкале NIHSS >15 баллов) реже имеют хороший исход лечения (35,7%), по сравнению с пациентами с легким и среднетяжелым инсультом (72,5%), (OR=1,6, $p=0,001$).

Пяти пациентам после проведения ТЛТ потребовалось проведение декомпрессивной трепанации черепа из-за нарастающего отека головного мозга. Из них 1 пациент с летальным исходом, остальные с грубым неврологическим дефицитом (mRs 4-5).

Заключение. Таким образом, определяющими факторами благоприятного исхода при проведении системного тромболизиса являются: наличие ясного уровня сознания, тяжесть инсульта менее

15 баллов по шкале NIHSS. Тогда как неблагоприятными факторами исхода после ТЛТ выявлены атеротромботический и кардиоэмболический подтипы инсульта, наличие у пациента артериальной гипертензии, ИБС и нарушения ритма сердца.

Правильный отбор для тромболитической терапии в первые часы начала инсульта способствует улучшению функциональных исходов и улучшения качества жизни пациентов.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ ИНСУЛЬТА

Остапчук Е.С.^{1,2},
Кульниязова А.А.², Очилдиева У.Д.²
¹Сургутская клиническая
травматологическая больница,
²Сургутский медицинский институт,
г. Сургут

Цель. Изучить когнитивную функцию пациентов с инсультом в остром и восстановительном периодах, а также выявить факторы, снижающие когнитивные функции пациентов.

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов с острым инсультом (26 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 18 до 88 лет ($m=52,9\pm 11,8$). Из них 24 (48%) человека перенесли геморрагический инсульт, 26 (52%) – ишемический. Когнитивная резерв оценивался по шкале MoCA, где нормальными результатами являлся результат более 26 баллов.

В последующем в период от 2 до 24 месяцев ($m=13,19\pm 6,08$ месяцев) после перенесенного инсульта с целью определения динамики когнитивных нарушений проводились повторные контрольные тестирования у 15 (30%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты разделены на 2 группы по уровню когнитивных нарушений по шкале MoCA. К первой группе отнесены пациенты, не имеющие признаков снижения когнитивных функций – 21 (42%) пациент ($m=28,1\pm 1,02$). Ко второй группе – 29 (58%) пациентов, имеющие признаки снижения когнитивных функций ($m=19\pm 5,08$).

Когнитивный дефицит наблюдался у 20 (76,9%) пациентов с ишемическим и у 9 (37,5%) пациентов с геморрагическим инсультом ($OR=2,0$, $p=0,009$). Следовательно, ишемический инсульт в 2 раза чаще сопряжен с когнитивными нарушениями.

При рассмотрении факторов риска нами выявлено, что снижение когнитивной функции в 1,5 раза чаще наблюдается у пациентов со значимым атеро-

склерозом брахиоцефальных сосудов ($OR=1,5$). Также имели снижение в когнитивной сфере пациенты с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) ($OR=1,6$); с ИБС ($OR=2,0$, $p=0,004$); с мерцательной аритмией – ($OR=1,9$, $p=0,033$); с сахарным диабетом – ($OR=1,6$), с артериальной гипертензией – ($OR=3,0$, $p=0,007$).

Снижение в когнитивной сфере в 1,5 раза чаще наблюдалось при возникновении повторного инсульта. Так при наличии менее 26 баллов по шкале MoCA повторный инсульт перенесли 81,2% ($n=9$) пациента, тогда как первичный инсульт – 51,3% ($n=20$) пациентов ($OR=1,5$, $p=0,092$). Низкий когнитивный резерв сопряжен с наличием гемипареза у пациентов с инсультом ($OR=1,9$, $p=0,021$).

Чем ниже когнитивный резерв, тем хуже пациенты выполняли тест на внимание по данным таблицы Шульте. Так нормальный результат по таблице Шульте имел только один пациент (7,7%) с когнитивным дефицитом, тогда как 27 (75%) пациентов показали неудовлетворительный результат ($OR=0,1$, $p<0,000$).

В восстановительном периоде с когнитивным дефицитом наблюдалось 20 (44,4%) пациентов с хорошим функциональным восстановлением (mRs 0-2) и 3 (60%) с неудовлетворительным исходом (mRs 3) ($p>0,05$). Повторный инсульт в восстановительном периоде усугублял когнитивный дефицит пациентов (4 (80%) пациента с повторным инсультом и 19 (42,2%) пациентов после однократного инсульта), ($OR=1,9$, $p=0,17$).

Выводы. Оценка когнитивного резерва после инсульта является неотъемлемой частью обследования пациента с инсультом для улучшения восстановления функционального дефицита и качества жизни пациентов.

НЕЙРОПЕПТИДЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Павлинич С.Н.
ООО «Фальк Медикал Владивосток»,
г. Владивосток

Цель исследования. Выявить воздействие инъекционной терапии нейропептидами в лечении пациентов с хронической ишемией головного мозга.

Материалы и методы. Проведены клинические наблюдения за терапией пациентов с хронической ишемией мозга в условиях стационара многопрофильной больницы. Проведена оценка инъекционной терапии Кортексином 10 мг/сут, на протяжении 10, и 30 дней. Кортексин представляет собой комплекс L-аминокислот и полипептидов массой от

1 до 10 кДа, выделяемых из коры головного мозга телят. Содержит микроэлементы, играющие важную роль в жизни нейронов, формировании механизмов нейротрофики. Результаты оценивались помощью нейропсихологических тестов (мини-ког, MMSE) и по результатам МРТ головного мозга после курса инъекционной терапии, в контроле с исходными данными.

Результаты и обсуждение. У пациентов с хронической ишемией головного мозга на фоне инъекционной терапии Кортексином наступало достоверное улучшение результатов выполнения ими нейропсихологических тестов, отражающих когнитивно-мнестические и нейродинамические функции. Улучшались сенсомоторные реакции, что свидетельствовало об активизации внутри-полушарных и межполушарных взаимосвязей. Следует отметить, что улучшение когнитивно-мнестических и сенсо-моторных функций отмечалось как через 10 дней после инъекционной терапии, так и через 30 дней после начала терапии Кортексином. У большинства пациентов было выявлено уменьшение частоты возникновения и интенсивности приступов несистемного головокружения, вторичной цефалгии, и сосудистого шума. При этом на МРТ визуализировалось значимое уменьшение очагов сосудистого лейкоареоза в веществе головного мозга после курса терапии. Гемодинамические изменения у пациентов были обусловлены повышением линейной скорости кровотока, и снижением индексов периферического сопротивления в сосудах вертебрально-базиллярного бассейна на фоне терапии. Под влиянием Кортексина значительно улучшалось мозговое кровообращение, увеличивалась объемная скорость кровотока, и уменьшалась асимметрия церебральной гемодинамики у пациентов с хронической ишемией.

Ранее, было установлено, что при ишемических нарушениях, вызванных артериальной гипертензией и церебральным атеросклерозом, повышаются титры ауто-антител (ААТ) к NMDA- и GluR1-рецепторам (А.А.Скоромец, 2002). Под влиянием терапии Кортексином наблюдалось снижение титров ААТ к NMDA- и GluR1-рецепторам и уменьшение содержания провоспалительных цитокинов, со снижением содержания антител к белку миелина и, фактору роста нейронов (Т.Т.Батышева, 2007). Данные результаты вероятно обуславливают отдаленный эффект от инъекционной терапии Кортексина, спустя месяц от начала его применения у пациентов с хронической ишемией мозга.

Выводы. Использование Кортексина при лечении хронической ишемии головного мозга позволяет добиться значимых результатов у пациентов с восстановлением у них когнитивно-мнестических функций, и стабилизацией показателей церебральной гемодинамики. Представленные данные позволяют применять Кортексин у пациентов с разными

дисциркуляторными изменениями мозга, как в монотерапии, так и в составе комплексной терапии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* (CAG A И VAC A) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Павлович И.М.¹, Пегашева И.Л.¹,
Ерохина А.А.¹, Сварваль А.В.²

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
²Научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии имени Пастера,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить распространенность факторов патогенности *H. pylori* (Cag A и Vac A) у больных хроническим гастритом (ХГ).

Материалы и методы. обследовано 53 больных ХГ, ассоциированным с *H. pylori*, в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст – 43±8,3 лет), из них: 15 женщин (28,3%) и 38 мужчин (71,7%). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – с факторами патогенности Cag A и Vac A, 2 группа – без факторов патогенности. 1 группа разделена на 3 подгруппы: 1 – с обоими факторами патогенности, 2 – с фактором патогенности Vac A, 3 – с фактором патогенности Cag A. Диагноз ХГ формулировали на основании клинической картины, результатов объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполняли эндоскопом фирмы «OLYMPUS» GIF-E со взятием двух-четырёх биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка. Для изучения биоптатов слизистой оболочки желудка применяли метод ПЦР в формате реального времени. Проводили исследования с помощью экспериментальных серий тест-системы для ПЦР-РТ, разработанной ЗАО «Синтол», г. Москва. Изучали наличие генов патогенности *H. pylori* Cag A и Vac A.

Результаты и обсуждение. В группе больных ХГ, ассоциированным с *H. pylori*, у 14 пациентов (26,5%) не выявлено факторов патогенности. При этом, у больных хроническим гастритом, у которых были выявлены факторы патогенности (39 пациентов, 73,5%), распределение было следующим: 1 группа – у 23 пациентов (43,4%) выявлены факторы патогенности Vac A и Cag A, 2 группа у – 15 пациентов (28,3%) выявлен фактор патогенности Vac A, у 1 пациента (1,8%) выявлен фактор патогенности Cag A. Проводился сравнительный анализ между всеми группами пациентов.

Выводы. Чаще всего у больных ХГ, ассоциированным с инфекцией *H. pylori*, встречаются факторы патогенности *Cag A* и *Vac A*, реже всего – *Cag A*.

РОЛЬ МАКРОФАГОВ И ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА $\beta 1$ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА И ЕГО АССОЦИИИ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Пазенко Е.В.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить роль макрофагов (CD68+) и трансформирующего фактора $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) в патогенезе первичного склерозирующего холангита (ПСХ) и его ассоциации с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в интересах поиска новых дифференциально-диагностических маркеров изолированного и сочетанного течения ПСХ и ВЗК.

Материалы и методы. Проведено иммуногистохимическое исследование образцов (по 4 биоптата) собственной пластинке слизистой оболочки (СО) подвздошной, толстой кишки 18 пациентов с ПСХ, из которых 11 человек имели активные ВЗК (средней и тяжелой морфологической стадии по шкале S. C. Truelove, W. C. D. Richards, 1956, в модификации G. Adler, 2001; R. Geert D'Haens, 1998). Контрольную группу составили 24 пациента со средней и тяжелой стадией изолированного течения ВЗК (14 и 10 человек с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК), соответственно). При оценке биоптатов печени (17 пациентов с ПСХ, из которых 9 человек с ВЗК/ПСХ) подсчет проводился в 3 отделах печеночной доли (портальные тракты-1, перипортальные-2 и центрлобулярные-3 отделы). Количественная оценка экспрессии CD68+ и TGF- $\beta 1$ (абсолютное число клеток) выполнялась в 5 полях зрения для каждого маркера в 1 мм².

Результаты и обсуждение. Экспрессия CD68+ (863,7±557,5 и 1531,4±493,3, $p < 0,05$, ПСХ без ВЗК и ВЗК/ПСХ, соответственно) и TGF- $\beta 1$ (ПСХ: 1024,3±1187,8 и ВЗК/ПСХ: 2806,9±1556,7, $p < 0,05$) в СО кишечника была высокой у всех пациентов с ПСХ вне зависимости от наличия активного воспаления. Наличие CD68+ и TGF- $\beta 1$ в не измененной СО кишечника, вероятнее всего, объясняется их участием в поддержании гомеостаза. Не исключено, что мы наблюдали доклинические проявления ВЗК, либо предикторы их раз-

вития. Экспрессия макрофагов CD68+ и TGF- $\beta 1$ была выше ($p < 0,05$) в СО кишечника с активным воспалением, чем при ПСХ без эндоскопических и морфологических признаков колита, это согласуется с данными литературы и указывает на гиперпродукцию CD68+ и TGF- $\beta 1$ при активных ВЗК. Экспрессия CD68+ в нашем исследовании была выше ($p < 0,05$) у пациентов с изолированным течением ЯК (1908,5±328,9), чем при ВЗК/ПСХ (1531,4±493,3), а экспрессия TGF- $\beta 1$ (2806,9±1556,7-ВЗК/ПСХ и 2445,2±890,2-ЯК) статистически не различалась. Не исключено, что данные изменения объясняются более высокой морфологической активностью ЯК в нашей работе. Высокая экспрессия CD68+ (1-513,6±212,8; 2-2905,3±1386,9; 3-670,5±237,3) и TGF- $\beta 1$ (1-331,4±281,2; 2-283,2±204,9; 3-350,3±288,2) в непаренхиматозных клетках печени подтверждает их ключевую роль в патогенезе ПСХ. По нашим данным повышенная экспрессия CD68+ происходило во всех отделах печеночной доли, однако преобладание экспрессии CD68+ мы зафиксировали в перипортальной зоне ($p < 0,05$), что объясняется особенностями локализации воспаления при ПСХ. Это может иметь важное практическое значение при дифференциальной диагностике с другими, в том числе аутоиммунными, заболеваниями печени.

Выводы. CD68+ и TGF- $\beta 1$ играют важную роль в патогенезе ПСХ, его ассоциации с ВЗК. Перспективным диагностическим маркером ПСХ, возможно, является повышенная экспрессия TGF- $\beta 1$ в перипортальной зоне печеночной доли. CD68+, вероятно, важен для диагностики изолированного и сочетанного течения ВЗК. Требуется дальнейшее исследование.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Пазенко Е.В., Райхельсон К.Л., Кондрашина Э.А.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Введение. Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) – наиболее часто диагностируемое гепатобилиарное расстройством при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК). Сочетание с ПСХ, вероятно, ухудшает прогноз пациентов с ВЗК. В связи с чем остро стоит вопрос выявления

предикторов развития сочетанной патологии для ранней верификации диагноза и назначения терапии с целью профилактики осложнений, улучшения качества и продолжительности жизни данной категории пациентов.

Цель. Выявить предикторы развития сочетанной патологии ВЗК/ПСХ с применением широко используемых в клинической практике маркеров.

Методы. Для выявления предикторов развития ВЗК произведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных, инструментальных признаков (согласно рекомендациям ЕССО, 2017; АСГ, 2015, РГА, 2015) у 21 пациента с первостепенным дебютом ПСХ (из которых мужчин – 47,6%, средний возраст пациентов – 38,3±17,1 лет). Для выявления факторов риска развития ПСХ произведен аналогичный анализ историй болезни 26 пациентов с исходным ВЗК (язвенным колитом (ЯК) – 15 человек, болезнью Крона (БК) – 10 человек, ВЗК неклассифицированными (ВЗКн) – 1 человек), из которых мужчин – 50,0%, средний возраст – 35,2±16,2 лет). Выявление прогностических факторов проводилось с использованием метода логистической регрессии. Относительный вклад отдельных предикторов выражали величиной статистики Вальда χ^2 и стандартизованного коэффициента регрессии β . Проводилась проверка выявленных предикторов на коллинеарность и взаимодействие методами корреляционного анализа, рассчитывались отношение шансов (ОШ) и его 95% доверительный интервал (ДИ). Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

Результаты. Согласно нашим данным, предикторами развития ВЗК можно считать повышения активности щелочной фосфатазы (ЩФ) от 5,6 верхнего предела нормы (ВПН) в дебюте ПСХ ($p < 0,02$; $\beta = 0,54 \pm 0,27$, $\chi^2 = 1,98$, ОШ = 1,72, 95% ДИ = 1,12±3,39). Что, вероятно, объясняется более частым выявлением стриктур протоков и продвинутой стадией ПСХ при сочетанной патологии. Фактором риска развития ПСХ можно считать повышение активности АЛТ от 4,6 ВПН ($p < 0,005$; $\beta = 0,12 \pm 0,06$; $\chi^2 = 2,10$; ОШ = 1,13; 95% ДИ = 1,03±1,30) в дебюте ВЗК. Возможно, это обусловлено большим числом вариантных форм ПСХ/АИГ в нашем исследовании. При оценке факторов риска развития ПСХ среди пациентов с различными нозологическими формами ВЗК установлено, что при исходном ЯК предикторами развития ПСХ является отсутствие диареи (стул реже 3 раз в сутки) в дебюте заболевания кишечника ($p < 0,01$; $\beta = -1,75 \pm 0,62$; $\chi^2 = -2,83$; ОШ = 0,17; 95% ДИ = 0,05±0,56). Это определяет особый фенотип ЯК при ПСХ. При БК/ПСХ, ВЗКн/ПСХ независимых предикторов выявлено не было.

Выводы. Нами выявлены предикторы развития сочетанной патологии, которые широко доступны и могут быть рекомендованы к использованию в практическом здравоохранении.

ВОПРОСЫ ВЫБОРА ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Палехов А.В.¹, Введенская Е.С.²

¹Ставропольский государственный
медицинский университет,
г. Ставрополь,

²Городская клиническая больница №30,
г. Нижний Новгород

Проблема эффективной противоболевой терапии пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом (ХБС) различного генеза и интенсивности, крайне актуальна и значима во многих аспектах – медицинском, гуманистическом, социальном, правовом и политическом, экономическом. Имеющаяся в настоящее время федеральная нормативно-правовая база, в которую в последнее время внесены существенные изменения, облегчающие процесс обеспечения больных анальгетическими препаратами, дает возможность врачу-терапевту, в том числе и в амбулаторной практике, назначать все необходимые, в том числе и опиоидные, лекарственные средства больным, страдающим ХБС. Однако для проведения адекватной опиоидной терапии врач-терапевт должен иметь соответствующую подготовку.

Выбор опиоидных анальгетиков (ОА) для лечения ХБС должен в первую очередь основываться на их соответствии интенсивности боли, но немаловажным фактором выбора является и планируемая продолжительность их применения, а также прогноз в отношении жизни пациента. При благоприятном жизненном прогнозе особенно важен выбор лекарственных средств с минимальным наркогенным потенциалом.

При «умеренной боли» целесообразно назначение «слабых» опиоидных анальгетиков, в первую очередь анальгетика со смешанным механизмом действия – трамадола. Слабо выраженные опиоидные побочные эффекты, наличие неинвазивных и пролонгированных лекарственных форм ставят трамадол в ряд самых безопасных ОА. Однако при применении в высоких дозах нарастают побочные эффекты как опиоидного, как и серотонинергического механизма действия трамадола. Наиболее целесообразна терапия низкими дозами с последующим титрованием, а для начала терапии самым безопасным следует

считать применение комбинированного препарата – трамадол+парацетамол (Залдиар). При наличии нейропатического компонента боли может применяться тапентадол – препарат с двойным механизмом действия, наркотический анальгетик и блокатор обратного захвата норадреналина. При нарастании интенсивности боли следует планировать терапию «сильными» ОА (наркотическими средствами).

Следует помнить о различных сроках развития опиоидной толерантности различных лекарственных форм одного и того же лекарственного средства. Быстрый рост опиоидной толерантности присущ всем опиоидным анальгетикам короткого действия, но особенно выражен у инъекционных лекарственных форм, что обусловлено постоянным созданием «пиковых» концентраций препарата. При применении не создающих «пиковых» концентраций пролонгированных форм развитие опиоидной толерантности происходит медленнее. Так, синтетический опиоид фентанил имеет меньший (по сравнению с морфином) наркогенный потенциал, что еще больше снижает вероятность развития зависимости от фентанила при использовании трансдермальной терапевтической системы (ТТС).

Основными критериями, определяющими выбор препаратов в группе сильных опиоидов, являются наличие лекарственных форм препаратов, обеспечивающих снижение пиковых концентраций (ТТС; таблетки пролонгированного действия), выбор лекарственных средств с меньшим наркогенным потенциалом и выбор лекарственных средств оптимизирующих терапию за счет рациональных комбинаций. Использование сильнотенезующих ОА представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. Рассматривая аспекты выбора ОА в масштабе страны, актуальным является применение ОА с минимальным риском их немедицинского использования. Эффективным ОА с повышенным уровнем безопасности является Таргин, содержащий комбинацию оксикодона и налоксона, что практически исключает их нецелевое использование.

Организация адекватного лекарственного обеспечения в нашей стране вовсе не означает только увеличение объема применяемых ОА. Масштабы роста немедицинского применения ОА, существующие в некоторых странах мира, обязывают крайне осторожно относиться к выбору ОА, регистрируемых и рекомендуемых к использованию в РФ, а рост смертности населения в ряде стран от передозировки назначаемых врачами ОА, предостерегает от возможных ошибок в выборе ОА. Для улучшения качества анальгетической терапии в нашей стране повышение уровня применения ОА крайне необходимо, но за счет препаратов, обладающих не только хорошим обезболивающим эффектом, но и относительно невысоким наркогенным потенциалом.

СКРИНИНГ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ДИАБЕТА И УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ

Панасенко О.И., Гончарова Е.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва

Введение. Сахарный диабет (СД) важная медико-социальной проблемой и одно из приоритетных направлений здравоохранения всего мира. По данным Международной федерации диабета на 2017 год количество пациентов с СД во всем мире составляет около 425 миллионов, из них 327 миллионов пациентов в возрасте от 20 до 64 лет, т. е в репродуктивном и работоспособном, при том что осложнения возникающие при СД вызывают раннюю инвалидизацию население и увеличивают риск смертности. Следовательно, главная цель ведения пациентов сахарным диабетом – профилактика осложнений.

Цель. Показать взаимосвязь стажа диабета, уровня HbA1c с наличием, характером и тяжестью осложнений.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное, аналитическое исследование на основании историй болезней пациентов с СД 1 типа, находящихся на госпитализации в эндокринологических отделениях ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова (2012-2018 г.). Параметры: Me – медиана, [25; 75], n – объем анализируемой подгруппы, p – достигнутый уровень статистической значимости. Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 5% или $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. В результате анализа 100 историй болезни пациентов, из которых 66 (66%) были мужчины и 34 (34%) – женщины, возраст пациентов составил 30,5 [23; 42,7] лет, с ИМТ 23 [20,6;26] кг/м² и уровнем HbA1c 9,2 [7,9;11,3]%, с острыми осложнениями поступило 44%. Сопутствующие аутоиммунные заболевания были у 25% пациентов. Наличие диабетической нефропатии было в 77% случаев, ретинопатии в 49%,одновременное наличие двух микроангиопатий 76%, нейропатия выявлялась у 77% пациентов, макроангиопатия нижних конечностей (МАНК) встречалась у 32%, Диффузные изменения поджелудочной(ДИПЖ) у 56% пациентов, неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) у 59% пациентов, при чем сочетание ДИПЖ и НЖБП было в 79% случаев, дисциркуляторная энцефалопатия у 24%, а синдром диабетической стопы (СДС) в 24%. Наличие нейропатии и СДС в 100%.

Было сформировано 2 группы: 1 группа: пациенты со стажем диабета менее 5 лет ($n=39$) и 2 группа: более 5 лет ($n=61$). При анализе 1 группы регистрировалась ретинопатия в 33%, нефропатия в 64%, синдром диабетической стопы в 15%, МАНК в 20% и нейропатии в 53% случаев, с острыми осложнениями поступили 56% пациентов. При анализе 2 группы регистрировалась ретинопатия в 59%, нефропатия в 69%, синдром диабетической стопы в 29%, МАНК в 39% нейропатии в 91% случаев, с острыми осложнениями поступило 48% пациентов. Следовательно, частота встречаемости осложнений во 2-ой группе была существенно выше, а также больше пациентов поступило с острыми осложнениями СД. В группе 2 в сравнении с 1-ой группой было выявлено достоверное различие ($p=0,01$) по частоте развития ретинопатии, МАНК ($p=0,038$). А также близкое к достоверному ($p=0,07$) по частоте развития синдрома диабетической стопы.

Выводы. У пациентов с СД 1 типа встречается большое количество острых и хронических осложнений, причем при увеличении стажа диабета, выявлено увеличение частоты осложнений. Отмечалась ассоциативная связь наличия микроангиопатий (76%). У пациентов с СД сопутствующие аутоиммунные заболевания встречались в 25% случаев, что говорит о системных иммунных нарушениях у данных пациентов. Было показано, что частота развития ретинопатии, МАНК, синдрома диабетической стопы выше в группе со стажем диабета более 5 лет.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ К ТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Панафицина Т.А., Попкова Т.В.
Научно-исследовательский институт
ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Пик дебюта ревматоидного артрита (РА) приходится на 30-55 лет, в данном возрастном периоде пациенты нередко приобретают или уже имеют и другие сопутствующие (коморбидные) заболевания. Прогноз для пациентов, страдающих РА, в последнее десятилетие значительно улучшился, благодаря своевременному назначению базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) (метотрексат, лефлуномид), генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и постоянному мониторингу за эффективностью терапии со стороны

ревматологов. Однако сопутствующие заболевания значительно сокращают продолжительность жизни и ухудшают ее качество у пациентов с РА.

Цель исследования. Выявить наиболее значимые и часто встречающиеся коморбидные состояния у пациентов с РА, оценить приверженность пациентов к терапии этих состояний в реальной клинической практике.

Материал и методы. Включено 200 пациентов в возрасте 55 [46-61] лет, преобладали женщины (83%), с длительным течением заболевания (5 [1-10] лет), серопозитивные по IgM ревматоидному фактору (83%) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (82%), с умеренной и высокой клинической активностью болезни ($DAS_{28}=3,9$ [3,1-4,9]). У 71% пациентов рентгенологически выявлялись деструктивные изменения суставов кистей или стоп различной степени выраженности, 65% больных имели II функциональный класс. Основным БПВП был метотрексат, его получали 70% пациентов, терапия ГИБП применялась в 21% случаев. 16% пациентов не получали БПВП и ГИБП. Глюкокортикоиды принимали 43% больных РА.

Результаты. Сопутствующие заболевания имели 144 (72%) пациентов с РА, 31% из них – одно, 38% – два, 23% – три и у 8% – четыре коморбидных состояния. Чаще всего встречалась артериальная гипертензия (АГ) (60%), дислипидемия (ДЛП) (45%), переломы разной локализации (30%) и сердечно-сосудистые заболевания (КВЗ) (ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), инсульт), которые встречались у 22% (44/200) пациентов. ИБС обнаружена у 21%, ИМ и инсульт наблюдались в 1,5% и 1% случаев соответственно. Остеопороз выявлен у 16% пациентов, язвенное поражение верхних отделов ЖКТ в стадии ремиссии – 16%, сахарный диабет (СД) – у 8% больных РА. Серьезные инфекционные заболевания (туберкулез) и злокачественные новообразования в анамнезе зарегистрированы в единичных случаях (4,5% и 1% соответственно). 82% пациентов с РА и АГ и 80% пациентов с РА и СД принимали гипотензивную и сахароснижающую терапию соответственно. В то же время, больные РА, имеющие ДЛП и остеопороз принимали специфические препараты гораздо реже (30% и 29% соответственно). Антиромботическую терапию получали 77% больных РА и КВЗ: низкие дозы аспирина – 66%, клопидогрель – 11%, антикоагулянты не принимал ни один пациент. Следует отметить, что 17% пациентам (возраст 59 [53-60] лет) с РА и ИБС проведено аортокоронарное шунтирование и/или стентирование просвета коронарных артерий.

Выводы. Коморбидные состояния при РА встречаются в большом проценте случаев. Результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой

приверженности пациентов с РА к терапии АГ, СД, КВЗ, и низкой – к терапии ДЛП и ОП. Курация больных РА требует междисциплинарного подхода и взаимодействия между врачами разных специальностей.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ) НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ (ОЖ)

Панова Е.И., Ковалева А.О.
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Ожирение в настоящее время рассматривается как психосоматическая патология, манифестации и прогрессированию которой способствуют изменения психоэмоционального статуса в виде повышенной тревожности, как личностной, так и ситуационной, как правило, сочетающейся с отклонениями в пищевом поведении.

Прогноз у пациентов с ОЖ в значительной мере определяется сопутствующей ему кардиоваскулярной патологией, в большинстве случаев протекающей в виде артериальной гипертензии (АГ).

1. При обследовании больных-мужчин трудоспособного возраста с АГ, протекающей на фоне ОЖ, выявлена большая распространенность тревожного синдрома, протекающего по типу тяжелого варианта личностной тревожности (ЛТ) в сравнении с мужчинами-гипертониками с нормальной массой тела.

2. Выявленная психологическая особенность протекала на фоне нарушений пищевого поведения, экстернальный и ограничительный типы которого ассоциировались ($p < 0,05$) с наличием ЛТ.

3. Наличие тревожности прямо и статистически значимо коррелировало у пациентов с АГ и ОЖ с неблагоприятными показателями профиля артериального давления по данным суточного мониторирования, $p < 0,05$.

4. ЭХОКГ продемонстрировала более выраженные признаки ремоделирования миокарда, протекающего по концентрическому типу, у пациентов с наличием личностной тревожности.

Резюме. Отклонения в психоэмоциональном статусе у пациентов с сочетанной патологией (АГ+ОЖ) могут играть значимую самостоятельную роль в прогрессировании кардиоваскулярной патологии, что требует соответствующей диагностики и коррекции.

ТРЕВОЖНЫЙ СИНДРОМ, ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Панова Е.И.¹, Ковалева А.О.¹, Говоркова Е.П.²
¹Приволжский исследовательский
медицинский университет,
²Медико-санитарная часть МВД России
по Нижегородской области,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Изучить особенности психоэмоционального статуса у мужчин трудоспособного возраста с (АГ) и андронидным ожирением (ОЖ) и выявить их связь с характером ремоделирования миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 83 пациента с АГ 2-3 стадии среднего возраста 48,8+7,92 лет, разделенные на 2 группы: основную – 43 чел. с андронидным ОЖ-ИМТ > 30 кг/м² и группу контроля – 40 чел. без ОЖ. Помимо стандартного клинического обследования пациентов с оценкой антропометрических параметров, всем больным проведена ЭХОКГ с расчетом стандартных показателей, суточное мониторирование артериального давления (СМАД); оценка психо-эмоционального состояния проведена с использованием шкалы тревожности Спилберга-Ханина, голландского опросника пищевого поведения DEBQ (ПП). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Statistica 6,0», «MedCalc Statistical» и электронного пакета Microsoft Excel 2016 для Windows 1 с использованием непараметрических методов.

Результаты и обсуждение. Пациенты с ОЖ отличались статистически значимо более выраженной как личностной (ЛТ) – 39 [36;43.5] и 33,5 [29;36], $p = 0,000...$, так и ситуационной тревожностью (СТ) 39,5 [36;42] баллов в сравнении с группой контроля – 36 [28;38], $p = 0,000...$, при этом в основной группе существенно превалировал более тяжелый вариант ЛТ. Так, частота легкой степени ЛТ в основной и контрольной группах составляла соответственно 4,44 и 41,6%, умеренно-тяжелой и тяжелой – 95,6 и 58,3%, $p = 0,000...$ Проведенный анализ показал, что, помимо худших показателей профиля АД у больных с ОЖ, несмотря на многокомпонентную гипотензивную терапию, значимую корреляцию тревожного синдрома с целым рядом неблагоприятных параметров СМАД, как систолических, так и диастолических, свидетельствующих об отсутствии достижения целевого уровня АД, $p < 0,05$, чего не наблюдалось у пациентов без ОЖ.

Нарушения ПП были выявлены у большинства (82,6%) больных основной группы, при этом корреляционный анализ продемонстрировал значимую прямую связь ЛТ с ограничительным и экстернальным вариантами ПП ($p < 0,05$). Психологические особенности пациентов с ОЖ ассоциировались ($p < 0,05$) с более выраженной микардиальной патологией по данным ЭХОКГ, свидетельствующими о развитии неблагоприятного варианта-концентрической гипертрофии левого желудочка.

Выводы. Психологические особенности пациентов с ОЖ (повышенная личностная тревожность в сочетании с нарушениями пищевого поведения) диктуют необходимость раннего выявления и адекватной коррекции, поскольку они могут являться самостоятельными независимыми факторами, привносящими существенный вклад в развитие ремоделирования миокарда, определяющего тяжесть патологии и прогноз пациентов с сочетанной патологией.

ФЕТУИН-А И ПОКАЗАТЕЛИ ДЕГРАДАЦИИ ХРЯЩЕВОЙ И КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Папичев Е.В., Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е.,
Ахвердян Ю.Р., Полякова Ю.В.

Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Фетуин-А (ФА) это многофункциональный гликопротеин, участвующий в патогенезе ревматоидного артрита (РА). Wang H. с соавторами выявили, что ФА участвует в инактивации макрофагов и моноцитов через спермин, что снижает продукцию провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-1 и др.). Последние стимулируют продукцию матричных металлопротеиназ (ММП-1, ММП-2, ММП-8, ММП-13 и др.), которые участвуют в разрушении коллагена хрящевой ткани. Таким образом, представляет интерес изучение взаимосвязи между уровнем ФА и отдельными показателями разрушения хрящевой и костной ткани при РА.

Цель работы. Изучить взаимосвязь сыровоточного уровня фетуина-А с соотношением Cartilaps/креатинин мочи, рентгенологической стадией и наличием эрозий у больных РА.

Материалы и методы. В исследование было включено 110 больных РА. Диагноз заболевания выставлялся на основании критериев ACR/EULAR

2010. Для постановки диагноза необходимо наличие как минимум 6 из 10 возможных баллов. Всем пациентам проводился следующий набор исследований: определение сыровоточного уровня ФА (ELISA-тест), продуктов деградации хрящевой ткани (CartiLaps) и креатинина мочи, рентгенография кистей с оценкой результатов по O. Steinbrocker. Контрольную группу составили 30 условно здоровых лиц.

Результаты. Средний уровень фетуина А у больных РА составил $765,67 \pm 120,66$ мкг/мл, что достоверно ниже показателей доноров – $812,95 \pm 76,21$ мкг/мл ($p = 0,0437$). Была обнаружена достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем ФА и соотношением CartiLaps/креатинин мочи ($r = -0,25$; $p = 0,008$). Также выявлено, что средний уровень ФА был достоверно снижен у пациентов с эрозивным артритом ($747,4 \pm 113,6$ мкг/мл, $n = 87$ и $834,68 \pm 124,05$ мкг/мл, $n = 23$, соответственно; $p = 0,0051$). У пациентов с 1 рентгенологической стадией уровень ФА был $871,96 \pm 116,32$ мкг/мл ($n = 10$), со 2-й – $783,43 \pm 106,6$ мкг/мл ($n = 37$), с 3-ей – $751,47 \pm 121,28$ мкг/мл ($n = 54$) и с 4-й – $659,72 \pm 70,6$ мкг/мл ($n = 9$). ФА был достоверно снижен у пациентов с 3 и 4 рентгенологической стадии при сравнении с донорами ($p = 0,012$ и $p = 0,000217$, соответственно).

Выводы. Нами выявлено, что средний уровень ФА у больных РА ниже, чем в группе условно здоровых лиц. Более того, пониженный уровень ФА ассоциируется с более активной деградацией хрящевого матрикса и выраженным разрушением суставных поверхностей костей.

ЭКСПРЕССИЯ ИНТЕРЛЕЙКИН-36 γ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ БЛЯШЕЧНЫМ ПСОРИАЗОМ

Пашкин А.Ю.¹, Хайрутдинов В.Р.², Самцов А.В.²

¹Военный госпиталь войск национальной гвардии
Российской Федерации,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Псориаз является распространенным хроническим мультифакториальным иммуноопосредованным воспалительным заболеванием кожи и суставов, ведущую роль в котором играют провоспалительные цитокины – фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), ИЛ-1, -12, -17, -22 и -23. Относительно новыми и малоизученными являются данные о роли цитокинов семейства интерлейкина-36 (ИЛ-36 γ) в патогенезе псориаза.

Цель исследования. Изучение экспрессии интерлейкин-36 γ в пораженных и непораженных участках кожи больных бляшечным псориазом в различные периоды заболевания.

Материал и методы. Проведено не прямое иммуногистохимическое исследование (античеловеческие антитела к ИЛ-36 γ) пораженных и непораженных участков кожи 20 пациентов в возрасте от 25 до 82 лет (средний возраст – 39,7 \pm 15,8 года), из них 10 (50%) больных в прогрессирующем периоде псориаза, 10 (50%) – стационарный период. Группу контроля составили 5 здоровых людей. С целью определения площади окрашенных участков анализировали 3 поля зрения при увеличении \times 200 (размером 720 \times 530 мкм), выбранных с учетом наибольшего количества меченых участков. Для каждого препарата определяли площадь экспрессии в % и среднее значение (медиану). Результаты оценивали с помощью программного обеспечения «ImageJ 1.48v».

Результаты и обсуждения. При проведении ИГХ исследования в биоптате кожи у всех больных псориазом отмечена выраженная экспрессия в верхних слоях эпидермиса (\geq 4 слоев ИЛ-36 γ +клеток), чем в группе контроля ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ показателя экспрессии интерлейкин-36 γ в различные периоды заболевания показал, что значения ИЛ-36 γ в коже у пациентов с бляшечным псориазом составляет – 6,45% [4,0-9,0], в 30,7 раз превышает показатели экспрессии в непораженных участках кожи – 0,24% [0,11-1,56] ($p < 0,05$). Уровень экспрессии в прогрессирующий период составил 5,78% [3,65; 9,05], в стационарный – 7,0% [5,2; 9,0]. В группе контроля экспрессии ИЛ-36 γ выявлено не было.

Толщина эпидермиса больных псориазом (463 мкм) 6 раз превышает данный показатель в непораженной коже (76,79 мкм) ($p < 0,001$). При проведении корреляционного анализа выявлена умеренная прямая связь ($r = 0,43$, $p < 0,001$) между толщиной эпидермиса и уровнем экспрессии ИЛ-36 γ в пораженной коже больных псориазом.

Выводы. В настоящем исследовании нами было выявлено значительное повышение уровня экспрессии ИЛ-36 γ в коже больных псориазом, как в стационарный, так и в прогрессирующий периоды заболевания, по сравнению с контрольной группой. Так же мы наблюдали более высокие значения экспрессии ИЛ-36 γ в коже у пациентов в стационарном периоде по сравнению прогрессирующим периодом, однако эти различия не были статистически значимы ($p > 0,05$).

Дальнейшее изучение цитокинов ИЛ-36 γ в патогенезе заболевания может быть важно в разработке новой терапевтической мишени для лечения псориаза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ИК) У ПАЦИЕНТОВ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ (АНАЛИЗ НМИЦ ССХ ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА ЗА ПЕРИОД С 2015 ПО 2017 ГГ.)

Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Бокерия Л.А.
Национальный медицинский исследовательский центр
сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева,
Москва

В НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева в период с 2003 по 2017 гг. были выполнены оперативные вмешательства в условиях ИК у 9951 пациентов в возрасте 65 лет и старше, 1726 (17,3%) больных были в возрасте 75 лет и старше. За последние 3 года (2015-2017 гг.) количество операций в условиях ИК у пациентов \geq 75 лет возросло на 23,4%.

Материал. С 2015 по 2017 гг. общее количество операций с ИК у больных \geq составило 328. Коррекция клапанного порока сердца (КПС) была выполнена 249 (75,9%) пациенту. Возраст больных колебался от 75,2 до 84,6 лет (в среднем – 80,5 \pm 7 лет). Средний Euroscore составил 11,4 \pm 9,1 (6,3-16,8). Одноклапанная коррекция проведена 63 (19,2%) пациентам: ПАК – 46 (14%); ПМК – 16 (4,8%); ПТК – 1 (0,3%). Сочетанные операции были выполнены 80 (24,3%) и 106 (32,3%) больным: АКШ+пл. МК – 49 (14,9%); ПАК+пл. МК – 44 (13,4%); АКШ+ПМК – 40 (12,1%); ПМК + пл. ТК – 26 (7,9%); ПАК+пл. МК+пл.ТК – 10 (3,0%); Бентал-де-Боно – 11 (3,3%); ПАК+АКШ – 4 (1,2%); ПАК+пл. МК+АКШ- 2 (0,6%).

Биопротезирование при замене аортального клапана было выполнено у 53% (70) больных, а механические протез клапанов сердца (ПКС) имплантированы 62 (47%) пациентам.

Среднее время ИК составило 173 \pm 11 сек. (54-488 мин.), время пережатия аорты – 84 \pm 39 мин. (26-260 мин.).

Результаты. Гладкое течение п/о периода отмечено у 37,2% (93) больных. Осложнения п/о периода: острая сердечная недостаточность (ОСН) – у 24 (9,6%), пневмония – у 19 (7,6%), кровотечение – у 18 (7,2%), нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – у 16 (6,4%). 11 (4,4%) пациентам были проведены сеансы гемодиализа в связи с острой почечной недостаточностью, ранний протезный эндокардит диагностирован у 5 (2%) больных.

Госпитальная летальность составила 10% (25 пациентов). Причинами госпитальной летальности

были: ОСН – у 5 (2%), кровотечение – у 5 (2%), пневмония – у 8 (3,2%), ОНМК – у 4 (1,6%), СПОН – 2 (0,8%), ТЭЛА – 1 (0,4%). Следует подчеркнуть, что в группе ПАК госпитальная летальность у пациентов 75 лет и старше составила 6,8% (9), т.е. была на уровне сопоставимой с данными зарубежных исследователей (3,5% и 9,9%, The Journal of the American Medical Association. 2013).

Таким образом, по данным автоматизированной истории болезни из НМИЦ ССХ было выписано 224 (90%) больных.

Выводы. За последние 3 года в НМИЦ ССХ отмечено трехкратное увеличение количества операций коррекции КПС в условиях ИК у больных ≥ 75 лет с приемлемым уровнем госпитальной летальности (10%), что обусловлено: совершенствованием хирургического, анестезиологического и перфузионного пособия; тщательным отбором пациентов на операцию с участием консилиума специалистов. Следует отметить, что при коррекции аортального порока почти в половине случаях (47%) были имплантированы механические ПКС, а летальность после ПАК составила всего 6,8%.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Перцев А.В., Будневский А.В., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – третья ведущая причина смерти во всем мире. В ее патофизиологии не последнюю роль играют ожирение и диета. Ожирение с одной стороны, ассоциировано со снижением легочных функций, с другой оказывает протективное действие при тяжелой ХОБЛ. Характер потребления питательных веществ и режим питания также связаны с легочными функциями, что отражается на характере течения и прогрессировании ХОБЛ.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ХОБЛ у больных с ожирением, проанализировать степень влияния ожирения на течение ХОБЛ в целом для разработки комплексной программы легочной реабилитации.

Материалы и методы. Работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта Президента РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НШ

4994.2018.7). В исследование было включено 76 человек с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести в стадии ремиссии – 36 женщин и 40 мужчин, $50,18 \pm 0,32$ лет – средний возраст. Все пациенты на основании комплексного обследования были разделены на 2 группы – больные ХОБЛ без ожирения и больные ХОБЛ с ожирением, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ была проведена вакцинация против гриппа. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной Гриппол однократно в осенне-зимний период. Комплексное обследование включало в себя оценку антропометрических показателей с расчетом индекса массы тела (ИМТ); оценку липидного спектра крови, спирометрию и оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «(Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты и их обсуждение. Через 12 месяцев наблюдения у пациентов с ХОБЛ и ожирением на фоне стандартной медикаментозной терапии и вакцинации против гриппа в 1,7 раза снизилось число обострений основного заболевания; в 1,5 раза уменьшилось число госпитализаций, отмечалась положительная динамика степени выраженности клинических симптомов ХОБЛ, статистически значимо снизилась активность системного воспалительного ответа проявившаяся в виде снижения уровня показателей провоспалительного профиля – ИЛ-6 в 1,4; ИЛ-8 в 1,2; ФНО- α в 1,4 раза.

Выводы. У больных ХОБЛ и ожирением за счет снижения числа обострений основного заболевания, госпитализаций, уменьшения выраженности клинической симптоматики, получено достоверное положительное влияние на эмоциональное восприятие болезни, психосоциальную адаптацию, физический и психологический компоненты качества жизни.

РОЛЬ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

**Перцев А.В., Будневский А.В.,
Овсянников Е.С., Перцева М.В.**
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

В профилактике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) большое внимание

уделено программам легочной реабилитации (ЛР), которые включают в себя физические тренировки дыхательной мускулатуры. Особую важность представляет собой течение ХОБЛ совместно с ожирением, которое оказывает влияние на степень тяжести, прогрессирование и дальнейший прогноз. У пациентов с сочетанием этих патологий наблюдается снижение качества жизни, учащение госпитализаций, что приводит к повышению затрат на лечение и росту показателей инвалидности и смертности.

Цель. Повышение клинической эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких с ожирением за счет разработки и внедрения комплексной системы реабилитации пациентов, включающей обучение, использование общих физических тренировок и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы. Работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта Президента РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НШ 4994.2018.7). В исследование было включено 62 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести с ожирением (40 мужчин, 22 женщины; средний возраст – 49,12±0,24 лет). Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 34 человека, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ был проведен курс ЛР; 2-ая группа – 28 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «(Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты и их обсуждение. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ с ожирением, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания был проведен курс ЛР выявлена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: снижение числа обострений и госпитализаций в 2,2 и 2,5 раз соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья в 2,2 раза, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 63,24 м.

Выводы. Курс легочной реабилитации необходимо включать в схемы ведения пациентов с ХОБЛ и ожирением для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов в общей врачебной практике.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ВОРОНЕЖА ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Перцев А.В., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С.,
Шаповалова М.М., Феськова А.А.,
Токмачёв Р.Е., Ромашов Б.Б.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Эндемический зоб представляет собой увеличение объема щитовидной железы, что связывают с дефицитом йода в среде обитания. Постоянный дефицит йода приводит к разрастанию ткани железы и изменению ее функциональных свойств и структуры. Очень часто увеличение в объеме щитовидной железы не обеспечивает необходимый уровень тиреоидных гормонов в организме, и развивается гипотиреоз. При снижении уровня тиреоидных гормонов в крови отмечается повышение секреции тиреотропина, что вызывает сначала диффузную гиперплазию железы, а затем происходит развитие узловых форм зоба. При длительной сохраняющейся недостаточности йода развивается гиперплазия и гипертрофия тиреоцитов, одновременно с этим их очаговая дистрофия, некробиотические изменения, склеротические процессы в железе.

Цель. Выявить распространенность и особенности изменений щитовидной железы у жителей г. Воронежа и обосновать программу необходимых лечебно-профилактических и диагностических мероприятий у данного контингента населения.

Материалы и методы. В качестве базовой основы для анализа были использованы материалы диспансерного обследования пациентов в возрасте 45-60 лет в 2016 и 2017 годах в г. Воронеже. Для оценки клинического статуса пациентов проводили исследование общего анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы, определение уровня артериального давления, запись ЭКГ. С целью обследования щитовидной железы выполняли ее пальпацию и ультразвуковое исследование с определением ее объема, расположения, наличия или отсутствия структурных изменений по стандартному протоколу. Всего было обследовано 124 пациента в возрасте 45-60 лет, проживающих в г. Воронеже. Из них: мужчины составили 72 человека, женщины – 52. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики: расчета средних значений (M), стандартного отклонения (SD), проведения Т-теста в программе Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных было установлено, что объем щитовидной железы не превышал показатели возрастной нормы, составляя $6,7+1,3$ см³. Гипоплазия щитовидной железы также обнаружена не была. При пальпаторном обследовании была установлена 0 степень увеличения щитовидной железы. Объем щитовидной железы у мужчин составлял $6,4+1,2$ см³, у женщин – $7,3+1,2$ см³. Изменения структуры органа были обнаружены у 12,1% обследованных пациентов. Кисты щитовидной железы были выявлены у 11,3% обследованных, были единичными, размером 1,5-3,0 мм. Единичные узлы были обнаружены в 0,6% случаев, размер их составлял 3-4 мм.

Выводы. Чувствительность ультразвукового исследования щитовидной железы при выявлении изменений, характерных для эндемического зоба на раннем этапе, существенно превосходит чувствительность пальпаторных клинических методов. По данным диспансерных осмотров целесообразно формировать группу повышенного риска среди пациентов с начальными структурными изменениями в щитовидной железе с целью проведения более интенсивных лечебно-профилактических мероприятий и рекомендовать повторные и углубленные обследования данного контингента.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ ЭМФИЗЕМОЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Першай Д.А., Касько Т.Е.
Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Проанализировать случаи спонтанной эмфиземы средостения и изучить особенности диагностики и методов лечения.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил ретроспективный анализ историй болезни пациентов со спонтанной эмфиземой средостения торакального отделения УЗ 10 ГКБ г. Минска с 2011 по 2018 год. При анализе наблюдений учитывался пол, возраст пациентов, время от начала заболевания до момента госпитализации и диагноз направившей организации, данные инструментальных исследований и методы лечения.

Результаты и обсуждение. Всего было исследовано 5 пациентов. Средний возраст пациентов – 23 года. Среднее время от начала заболевания до момента госпитализации – 2 суток. У 50% паци-

ентов диагноз при поступлении – пневмоторакс. У всех пациентов отсутствовала перфорация пищевода при проведении эзофагоскопии. Рентгеноскопическое исследование пищевода проводилось у 60% пациентов, у всех обследованных затеки вне стенок пищевода не обнаружены. ФБС проводилось у 60% пациентов, у всех обследованных патологии не выявлено. КТ ОГК проводилось у 60% пациентов, у всех обследованных определялось наличие газа в средостении. Все пациенты со спонтанной эмфиземой средостения получали только консервативное лечение (муколитики, НПВС, гастропротекторы, антибактериальные средства). Среднее число койко-дней – 5,6.

Выводы. 1. Спонтанная эмфизема средостения является редковстречаемым заболеванием. 2. В комплексной диагностике необходимым является выполнение КТ, ФБС, ФГДС, рентгеноскопии пищевода для исключения повреждения пищевода и трахеи. 3. Лечение спонтанной эмфиземы средостения должно носить консервативный характер с динамическим наблюдением за пациентом.

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Першай Д.А., Касько Т.Е.
Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Проанализировать показатели церебральной гемодинамики у пациентов с когнитивной дисфункцией и наличием ИБС и ХСН в анамнезе.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов, находившихся на лечении отделения реанимации и интенсивной УЗ «6-я Городская клиническая больница г. Минска». Критериями включения являлись: наличие когнитивных расстройств, определенное при помощи скрининг-теста Mini-Cog; наличие ИБС и ХСН в анамнезе; отсутствие черепно-мозговых травм. Для оценки степени тяжести нарушения церебральной гемодинамики было использовано реоэнцефалографическое исследование. Всем исследуемым были записаны реоэнцефалограммы с использованием аппаратно-программного комплекса «ИМПЕКАРД-М» с помощью 4 электродов во фронтотастоидальном отведении в положении лежа на спине.

Результаты и обсуждение. На основании полученных данных было выявлено, что когнитивный дефицит на фоне ИБС и ХСН в большинстве случаев сопровождается нарушениями церебральной гемодинамики.

Выводы. 1. У большинства обследованных имеются нарушения мозговой гемодинамики. 2. Реоэнцефалографическое исследование может быть использовано в комплексной диагностике когнитивных нарушений у пациентов, страдающих ИБС и ХСН.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ НЕОБРАТИМЫХ ОРГАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Петров А.В., Гаффарова А.С.
Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Цель исследования. Сравнить и охарактеризовать выраженность необратимых органных повреждений у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. В исследование включены 110 больных СКВ и 63 пациентов с ССД, госпитализированные в ревматологическое отделение ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» за период 2011-2016 гг. Все пациенты подписали информированное согласие на включение в исследование. Объем обследований пациентов соответствовал существующим стандартам. Пациенты с СКВ: 102 (92,7%) женщин и 8 (7,3%) мужчин, молодого возраста ($39,28 \pm 12,0$ года) с длительностью заболевания $121,2 \pm 94,56$ мес. Больные ССД: 61 (96,8%) женщин и 2 (3,2%) мужчин, среднего возраста ($54,22 \pm 13,51$ года) с длительностью заболевания $136,8 \pm 121,68$ мес. У 75 пациентов (68,2%) активность СКВ была низкой, у 29 (26,4%) – средней, у 6 (5,4%) высокой. Низкая активность ССД определена у 21 (33,3%), умеренная – у 38 (60,3%), высокая – у 4 (6,3%) больных.

С помощью ИП SLICC оценивали потенциально необратимые органные повреждения 12 систем органов от 1 до 7 баллов за каждый рассматриваемый параметр системы органов. Различали 4 степени ИП: отсутствие повреждений – 0 баллов,

низкий ИП – 1 балл, средний ИП – 2-4 балла, высокий ИП – более 4 баллов. Статистическая обработка и анализ результатов проводились с применением компьютерной программы Microsoft Office Excel 2010 и MedStat.

Результаты и обсуждение. Отсутствие повреждений было зарегистрировано достоверно чаще у больных с СКВ по сравнению с больными ССД (16,36% против 4,76%, $p < 0,05$). У больных СКВ низкий ИП был зафиксирован у 19 (17,27%), средний – у 61 (55,45%) и высокий – у 12 (10,9%). При ССД у 11 (17,46%) ИП был низким; у 42 (66,67%) – средним, 7 (11,11%) – высоким.

Медиана ИП при СКВ и ССД соответствовала среднему ИП (2 [1; 3] и 3 [2; 4], $p > 0,05$). ИП у пациентов с СКВ с продолжительностью заболевания более 5 лет достоверно выше (2 [1; 3] против 2 [0; 2], $p = 0,03$). У больных ССД статистически значимых различий ИП от длительности заболевания не выявлено (3 [2; 3] против 2,5 [1,5; 3,5], $p < 0,05$).

У больных СКВ достоверно чаще встречались поражение сердечно-сосудистой системы (ССС) (50,0% против 19,05%, $p < 0,01$), катаракта (10,09% против 6,35%, $p = 0,01$), повреждения периферических сосудов (13,64% против 4,76%, $p < 0,01$), в частности венозные тромбозы отмечались только у больных СКВ. ОНМК манифестировало у 7 больных СКВ, у 2 пациентов – повторно. Частота необратимых изменений в легких (10,9% против 66,67%, $p < 0,01$), костно-мышечной системе (10,0% против 25,4%, $p < 0,05$), коже (49,09% против 66,67%, $p = 0,01$) достоверно была выше у больных с ССД. Необратимые изменения зрительного анализатора (29,09% против 25,4%, $p > 0,05$), почек (8,18% против 6,35%, $p > 0,05$), нервной системы (14,45% против 19,05%, $p > 0,05$), органов ЖКТ (4,54% против 3,17%, $p < 0,05$) и половой системы (34,55% против 33,33%, $p < 0,05$) были зафиксированы с сопоставимой частотой.

Выводы. У пациентов СКВ, достоверно чаще наблюдались необратимые повреждения СССР, периферических сосудов в виде венозных тромбозов, ОНМК, катаракта. У больных ССД частота необратимых повреждений легких, костно-мышечной системы и кожи была достоверно выше. В частоте необратимых изменений нервной системы, почек и ЖКТ согласно критериям ИП SLICC статистически значимых различий не выявлено. ИП SLICC сопоставим у больных СКВ и ССД. ИП у больных СКВ при длительности заболевания менее 5 лет достоверно выше, у больных ССД величина ИП SLICC не связана с длительностью заболевания.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МИКРОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ ПОЗИТИРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ

Петрова В.Б., Болдуева С.А.,
Леонова И.А., Петрова А.И.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить взаимосвязь результатов психологического исследования и микроваскулярной коронарной дисфункции у пациентов с микрососудистой стенокардией (МСС).

Материалы и методы. Критерии включения в группу с МСС (49 больных): боли в грудной клетке, положительный стресс-тест с физической нагрузкой, неизмененные коронарные артерии (КА) по данным коронарографии, наличие нарушения перфузии миокарда и снижение коронарного резерва по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) миокарда в покое, при пробе с аденозином и холодовом тесте. ПЭТ миокарда с диагностическими пробами выполнялось на аппарате «Ecat-Exact-47» «Siemens» в ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий». При оценке психологического состояния использовались психометрические методы: шкала депрессии Бека, шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера-Ханина, личностный опросник Айзенка.

Результаты и обсуждения. В среднем у пациентов с МСС отмечался достаточный прирост суммарного МК при пробе с аденозином (МК в покое $108,3 \pm 34,1$ мл/мин/г; МК при пробе с аденозином $323,1 \pm 98,3$ мл/мин/г) и нормальные значения резерва эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) ($3,38 \pm 0,62$). В среднем у пациентов с МСС при проведении холодовой пробы имелась отрицательная тенденция прироста МК ($\Delta\%$): МК в покое $102,4 \pm 32,4$ мл/мин/г; МК при ХП $91,7 \pm 38,2$ мл/мин/г; $\Delta\%$: $2,7 \pm 25,1$.

По данным теста Спилбергера-Ханина в среднем при МСС определялся высокий уровень реактивной тревожности (РТ) ($46,2 \pm 1,4$ баллов) и высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) ($49,6 \pm 1,5$ баллов). При анализе уровня депрессии у больных с применением опросника Бека у большинства пациентов с МСС (77,6%) депрессия отсутствовала ($5,9 \pm 0,6$ баллов по шкале Бека), у 11 (22,4%) из 49 пациентов была выявлена легкая степень депрессии. По данным

опросника Айзенка у пациентов с МСС в целом отмечается высокий и средний уровень нейротизма (эмоциональной нестабильности) – $13,9 \pm 0,7$ баллов, среди пациентов с МСС преобладают интроверты (в 55,6% случаев). Комбинация интроверсии и нейротизма, которая наиболее часто встречается в группе МСС, предполагает у индивидуума тенденцию проявлять в поведении беспокойство, пессимизм и замкнутость.

У больных с МСС показатели интенсивности болевого синдрома имели значимую взаимосвязь с реактивной тревожностью ($r=0,5$; $p<0,01$ и $r=0,3$; $p<0,05$ соответственно) и в большей степени – с личностной тревожностью ($r=0,6$; $p<0,01$ и $r=0,4$; $p<0,01$ соответственно) Следует отметить, что тревожные нарушения, как личностные ($r=-0,5$; $p<0,05$), так и реактивные ($r=-0,4$; $p<0,05$), а также уровень интроверсии ($r=-0,56$; $p<0,05$) и нейротизма ($r=-0,37$; $p<0,05$), у больных с МСС имели значимые обратные связи с показателями холодовой пробы (МВF cold) по данным ПЭТ, характеризующими микроваскулярные расстройства, а именно – резерв эндотелийзависимой вазодилатации.

Выводы. Для больных с МСС характерны высокие уровни интроверсии и эмоциональной нестабильности, высокий уровень тревожности, как реактивной, так и личностной, при малой степени выраженности депрессии по данным психологического тестирования. Таким образом, можно предположить, что психологические факторы (а именно – тревожные расстройства) определенным образом взаимосвязаны с микроваскулярными нарушениями.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА В 2018 ГОДУ (ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА ГОРОДСКОГО КВД САНКТ-ПЕТЕРБУРГА)

Петунова Я.Г.^{1,2}, Пирятинская А.Б.¹, Дудко В.Ю.¹

¹Городской кожно-венерологический диспансер,

²Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

На венерологических отделениях СПбГБУЗ ГорКВД проходят специфическое лечение пациенты с различными формами сифилиса (ранние формы, поздние формы, сифилис сердечно-сосудистой системы, нейросифилис (с симптомами и асимптомным течением)). По показаниям выполняется исследование спинномозговой жидкости (люмбальная пункция), компьютерная томография, исследования сердечно-сосудистой системы (выполнение эхо-экг), проводится обследование пациентов врачами-кон-

сульгантами (офтальмолог, отоларинголог, невролог, терапевт, психиатр).

Цель исследования. Анализ структуры заболеваемости сифилисом за 2018 год.

Материалы и методы. 1438 медицинских карт больных венерологического стационара СПбГБУЗ ГорКВД за 2018 год, статистическая обработка.

Результаты и обсуждения. За 2018 год пролечен 1438 больной (в 2017 году – 1255). Анализируя возрастные группы больных сифилисом в 2018 году, можно констатировать преобладание пациентов в возрасте 26-45 лет – 844 пациента – 58% (в 2017 году – 51,1%), остается достаточно высоким число больных в возрасте старше 60 лет: в 2018 году – 128 человек – 8,8% (2017 год – 126 чел. – 9,8%). За последние два года 2017-2018 гг. отмечается стабильное преобладание пациентов мужского пола – в 2018 году – 885 чел. (62%), в 2017 – 761 чел. (62%), из них имеющие гомосексуальную ориентацию – 75%. Не имели постоянного места работы 939 (64%) человек из пролеченных в 2018 году. Из общего числа пролеченных пациентов за 2018 год страдали сопутствующей патологией: ВИЧ – 321 человек (22,3%), гепатитами В и С – 120 чел. (8,3%); за 2017 год – ВИЧ – 260 чел. (20,7%), с гепатитами – 74 чел (5,9%). Отмечается постепенное увеличение числа больных с ранним скрытым сифилисом: в 2018 году – 108 больных (7,5%), в 2017 г. – 76 (6,0%). Та же тенденция и с поздним скрытым сифилисом – в 2018 году – 401 больной (27,9%), в 2017 – 300 человек (23,9%). Первичный сифилис в 2018 году отмечался у 7 больных (0,5%), вторичный сифилис кожи и слизистых у 71 пациента (4,9%), нейросифилис ранний – 80 (5,6%), поздний асимптомный нейросифилис – 123 чел (8,6%), нейросифилис с симптомами – 13 (0,9%), серорезистентность – 351 (24,4%), профлечение по беременности – 85 (5,9%), превентивное лечение – 13 (0,9%), ликвороконтроль – 12 (0,8%), другие ИППП – 174 (12,1%). Сифилис сердечно-сосудистой системы был установлен впервые в 2018 году у 39 больных (2,7%), в 2017 году – 20 (1,6%); ранний нейросифилис впервые выявлен был у 71 пациента (5,0%), в 2017 году – у 60 (4,8%); у 17 пациентов (1,2%) отмечалось сочетание кардиоваскулярного сифилиса и нейросифилиса. Лечение по поводу нейросифилиса получали в 2018 году 129 человек (9,0%), в 2017 году – 110 (8,8%). У 80 пациентов, поступивших в стационар с диагнозом вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (58 чел. – 56%) и ранний скрытый сифилис (22 пациента – 44%) был выявлен нейросифилис. У 84 человек (65%) из них отмечалась сопутствующая патология: ВИЧ-инфекция и/или вирусные гепатиты, 55 (69%) лиц мужского пола имели гомосексуальную ориентацию.

Выводы. В 2018 году среди проходящих обследование и лечение в условиях стационара ГорКВД

по-прежнему преобладает число пациентов с поздними скрытыми формами сифилиса и серорезистентность, что соответствует Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных сифилисом, утвержденным в 2015 году. Тревогу вызывает рост висцеральных форм сифилиса: кардиоваскулярный сифилис и нейросифилис, а также их сочетание. Обследование и лечение пациентов с вторичным и ранним скрытым сифилисом, имеющих сопутствующую патологию (ВИЧ, вирусные гепатиты), необходимо проводить в условиях венерологического отделения для возможности выявления нейросифилиса.

ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ДОЗИРОВАНИЯ РИТУКСИМАБА НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Пиванова А.В., Лукина Г.В., Смирнов А.В.,
Глухова С.И., Насонов Е.Л.

Научно-исследовательский институт
ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. В условиях клинической практики изучить влияние анти-В-клеточной терапии (препарат Ритуксимаб) на процессы суставной деструкции в сопоставлении с особенностями клинического эффекта, дозой препарата.

Материал исследования. Прослежено в динамике 60 пациентов, в основном это женщины, со средним продолжительностью болезни около 9 лет, высокой степенью активности – DAS28 – 6,4, высоко позитивные по РФ и АЦЦП, 37% пациентов имели опыт лечения ГИБП (в подавляющем большинстве случаев – инфликсимаб). 73% получали сопутствующую терапию глюкокортикоидами.

Результаты и обсуждения. При анализе эффективности терапии по критериям EULAR после первого курса хороший и удовлетворительный эффект имели 83% пациентов, после 2 курса – 86%.

Низкой степени активности после первого курса достигли 13%, после второго 15%. Ремиссии после первого курса достигли 11% после второго 15% пациентов.

При анализе зависимости рентгенологического прогрессирования при подсчете по методу Шарпа в модификации Ван дер Хейде от эффективности лечения ритуксимабом, показано, что пациенты достигающие ремиссии заболевания в 100% случаев не имели прогрессирования костной деструкции, только 17% пациентов находящихся в низкой степе-

ни активности имели рентгенологическое прогрессирование, и у пациентов с умеренной и высокой активностью результаты деструкции были схожи и составляли 50%.

При оценке клинической эффективности терапии РА по критериям EULAR, в зависимости от дозы ритуксимаба (1000 мг х 2 и 500 мг х 2) различий между дозами не отмечено. Однако, при анализе рентгенологической динамики через 48 недель в зависимости от дозы ритуксимаба, показано, что достоверно четко торможение костной деструкции отмечается только при введении 2 инфузий по 1000 мг, по сравнению с меньшей дозой (500 мг х 2р).

Выводы. Таким образом, было показано, что при применении ритуксимаба в дозах 1000 мг №1 и 500 мг достоверных различий в клиническом эффекте получено не было. Достоверное четкое торможение костной деструкции прослеживается при использовании дозы 1000 мг №2.

ТРОПИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ (КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ)

Прятинская В.А., Карякина Л.А., Смирнова О.Н.,
Гусева С.Н., Винничук С.А., Хаббус А.Г.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Описание редких тропических инфекционных дерматозов (2 случая кожного лейшманиоза).

Материалы и методы. За последние 4 года в России зарегистрирован завоз лейшманиоза из 11 стран, в том числе из Испании. Кожный лейшманиоз относится к трансмиссивным заболеваниям кожи, вызванным лейшманиями, переносчиком которого являются мелкие кровососущие москиты. Приводим собственные наблюдения.

1. В начале марта 2018 года к нам на прием обратился мужчина 47 лет с жалобами на высыпание на коже без субъективных ощущений. Считает себя больным с сентября 2017 года. На протяжении 6 месяцев пациент неоднократно обращался к дерматологам и онкологам. Находясь на отдыхе в Испании, через 6 недель после укуса насекомого появились отек и покраснение, сопровождающиеся болезненностью. При осмотре на разгибательной поверхности правого предплечья располагается узел в диаметре до 2,5 см конусовидной формы буровато-красного цвета, в центре которого намечается некроз, при пальпации отмечается незначительная бо-

лезненность. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Проведена лабораторная диагностика путем поскабливания скальпелем по краю инфильтрата до получения серозно-кровянистой жидкости. Из соскоба были приготовлены мазки, окрашенные по Романовскому. В большом количестве обнаружены безжгутиковые формы *Leishmania tropica*. Поставлен диагноз кожного лейшманиоза.

2. Приводим 2-ой случай кожного лейшманиоза. Пациент 50 лет обратился на амбулаторный прием в декабре 2018 года с жалобами на высыпание в области задней поверхности шеи, без субъективных ощущений. Из анамнеза заболевания удалось выяснить, что образование на коже появилось в августе 2018 года через 4 недели после укуса насекомого, больной отдыхал в Испании. В течение 4 месяцев обращался за помощью к дерматологам, онкологу, диагноз не был поставлен. При осмотре на коже задней поверхности шеи, ближе к левой ушной раковине, располагался конусовидной формы, плотный, безболезненный инфильтрат в диаметре до 3-х см. Инфильтрат буровато-красного цвета с гладкой поверхностью с небольшим начинающимся некрозом в центре. Общее состояние больного не нарушено.

С целью подтверждения диагноза проведено патоморфологическое исследование. В сетчатом слое дермы: периваскулярная инфильтрация, очаг продуктивного воспаления, представленный лимфоцитами, плазмócитами и макрофагами, в которых при окраске по Романовскому-Гимзе и PAS-реакции выявляются мелкие включения. Подобная гистологическая картина может наблюдаться при лейшманиозе, необходимо сопоставление с клиникой.

Результаты. На основании эпидемиологического анамнеза, клинической картины, а также результатов лабораторного исследования (наличие безжгутиковых лейшманий) у одного больного и патоморфологического исследования у второго пациента, им был поставлен диагноз кожного лейшманиоза сельского типа. Назначено лечение: "Humantin" (аналог мономицина) в капсулах по 250 мг 6 раз в сутки в течение 10 дней. Проведена лазеротерапия с последующим применением мази с паромомицином 2 раза в сутки с положительным клиническим эффектом.

Выводы. 1) Во избежание ошибок диагностики кожного лейшманиоза необходимо обращать особое внимание на сбор эпидемиологического анамнеза, длительность течения воспалительного фурункулоподобного образования. 2) Диагноз необходимо подтвердить лабораторным исследованием (наличием безжгутиковых лейшманий) или патоморфологическим исследованием биоптата кожи.

МИГРЕНЬ – ГОЛОВНАЯ БОЛЬ МИРОВОЙ ЭКОНОМИКИ

Писарев Н.В., Поддубная Ю.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Мигрень – это хроническое заболевание нервной системы, проявляющееся эпизодическими приступами головной боли длительностью от 4 до 72 часов. Ее типичными характеристиками являются: односторонняя локализация, пульсирующий характер боли средней или высокой интенсивности, наличие сопровождающих симптомов тошноты, рвоты, фото- и фонофобии. Во всем мире и в России мигрень является наиболее распространенной формой первичных головных болей. Так, в России более 28 млн. человек страдают мигренью, большая часть которых трудоспособного возраста. Это заболевание приводит к снижению качества жизни, межличностным конфликтам, большим финансовым потерям.

Цель. Изучить распространенность мигрени в России и в мире, а также указать на необходимость дальнейшего изучения этого заболевания в связи с высоким экономическим ущербом мигрени и снижением качества жизни больных.

Материалы и методы. Изучение и анализ научных статей, публикаций в книжных изданиях и журналах, посвященных первичным головным болям.

Полученные результаты. В мире и в России мигрень является наиболее частой формой первичных головных болей. Так, согласно исследованиям, проведенным в разных странах, мигренью страдает от 3 до 16%, а по некоторым данным до 30% населения. Мужчины с мигренью составляют от 2 до 15%, а женщины – от 6 до 25%. Распространенность мигрени в России составляет примерно 20,8%, что равно примерно 28,7 млн. человек. Средний возраст людей подверженных мигрени составляет 25-54 лет. Среди семилетних детей распространенность мигрени находится в пределах 1,2-3,2%, причем у мальчиков чаще, чем у девочек. В возрастной группе 7-11 лет распространенность мигрени равна 4-11% с примерно одинаковой частотой среди мальчиков и девочек. У детей старше 11 лет и подростков распространенность мигрени составляет от 8 до 23%, причем чаще среди девочек. Согласно другим исследованиям, распространенность мигрени среди детей в возрасте 5-15 лет составляет 10,6%, из которых 7,8% – мигрень без ауры, а 2,8% – мигрень с аурой. Примерно 3/4 людей с мигренью отмечают снижение эффективности труда, 1/3 больных не может работать во время приступа головной боли. В среднем каждый мужчи-

на с мигренью пропускает 9 рабочих дней, а женщина- 8 рабочих дней в год. Снижение работоспособности на 50% и более среди мужчин составляет 11 дней в год, среди женщин 12 дней в год. Из этого следует вывод о том, что мигрень влечет за собой большие экономические потери. Например, в Великобритании экономические потери составляют 950 млн. фунтов стерлингов в год и 19,7 млн. пропущенных рабочих дней в год.

Выводы. Таким образом, мигрень является широко распространенным заболеванием, которым поражено до 1/3 всех жителей планеты, большая часть из которых находится в трудоспособном возрасте, что влечет за собой огромные экономические потери, снижение качества жизни и ухудшение взаимоотношений между людьми. Вне сомнения, что эта проблема требует дальнейшего исследования и поиска ее решения.

ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Повзун А.С., Щемелева Е.В., Повзун К.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Острый суставной синдром (ОСС) является распространенной причиной обращения за медицинской помощью. Организация системы оказания медицинской помощи таким пациентам была осуществлена на базе НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, являющимся многопрофильным стационаром скорой медицинской помощи и обладающим всем спектром диагностических и лечебных возможностей для проведения диагностики и лечения ОСС.

Одной из наиболее частых причин возникновения ОСС является остеоартрит (ОА). Согласно полученным данным около трети пациентов с ОСС при верификации его причины обнаруживают наличие ОА.

Пациенты с ранее верифицированным ОА требуют проведения купирования болевого синдрома с одновременной коррекцией этиопатогенетической терапии симптом-модифицирующими препаратами медленного действия. Пациенты с впервые выявленным диагнозом могут быть диагностированы как больные с ОА при выполнении стандартного алгоритма диагностики, включающего данные анамнеза, физикального обследования, лабораторных анализов и рентгенографии.

Соблюдение алгоритма позволяет в кратчайшие сроки верифицировать ОА как причину ОСС и наряду с купированием болевого синдрома назначить вновь выявленным пациентам терапию, направленную на воздействие на основные патологические процессы.

Применение системы оказания помощи пациентам с ОСС позволяет в короткие сроки верифицировать основной патологический процесс, определить необходимость стационарного лечения пациента, а в случае его госпитализации – существенно сократить сроки пребывания больного в стационаре по сравнению с рекомендуемой продолжительностью согласно медико-экономического стандарта. Верификация ОА как ведущей причины ОА позволяет после купирования болевого синдрома направить до половины пациентов на амбулаторное лечение, не задействуя дорогостоящую койку специализированного стационара скорой помощи.

ПАТОГЕНЕЗ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Поддубная Ю.В., Писарев Н.В., Лобзина А.С.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Мигрень – неврологическое заболевание, проявлениями которого являются эпизодические или регулярные приступы интенсивной головной боли, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией. В основе патогенеза лежит активация тригемино-вазкулярной системы, что связано с повышенной возбудимостью коры головного мозга и спинномозгового ядра тройничного нерва. Физиология головной боли при мигрени включает в себя нейрогенное воспаление и вазодилатацию интракраниальных сосудов, развивающиеся вследствие выделения из периваскулярных волокон тройничного нерва болевых пептидов: кальцитонин-ген родственного пептида, оксида азота, гистамина (Осипова В.В., 2017; Табеева Г.Р., 2011). Диагностика мигрени основывается на скрининге при помощи шкал и неврологических опросников.

Цель исследования. Изучение аспектов симптоматической и патогенетической терапии мигрени.

Материалы и методы. Изучение научной литературы.

Результаты и обсуждение. Современная терапия мигрени направлена на купирование приступа

и профилактику очередной атаки. Купирование приступа достигается путем симптоматической и патогенетической терапии. Препаратами первого ряда являются ненаркотические анальгетики и НПВС (ибупрофен, кетопрофен, напроксен, диклофенак, ацетилсалициловая кислота). Их эффективность связана с подавлением нейрогенного воспаления в мозговой оболочке, противовоспалительной активностью и болеутоляющим действием. Приступы мигрени часто сопровождаются тошнотой и рвотой. Для устранения этих симптомов применяют противорвотные средства (метоклопрамид, домперидон), механизм которых связан с торможением триггер-зоны рвотного центра (Амелин А.В., 2017). Наиболее действенными средствами, способными через 20-30 минут снять мигренозную боль являются триптаны – агонисты серотониновых рецепторов типа 5-НТ_{1B} и 5-НТ_{1D}. В России зарегистрированы: суматриптан, элетриптан, золмитриптан, наратриптан. Эти препараты уменьшают нейрогенное воспаление, нормализуют тонус кровеносных сосудов и способствуют уменьшению боли. Сходным эффектом обладают алкалоиды спорыньи эрготамин и дигидроэрготамин, которые так же имеют сродство к серотониновым 5-НТ_{1B/1D} рецепторам. Для лечения приступа мигрени используют комбинированные препараты, которые представляют собой сочетание анальгетика или алкалоида спорыньи с кодеином, кофеином, изометептепом или буталбиталом (Амелин А.В., 2017).

Для профилактического лечения мигрени применяют: β-адреноблокаторы, НПВС, антиконвульсанты, антидепрессанты, блокаторы кальциевых каналов. Препаратом выбора при эпизодической мигрени являются β-блокаторы (пропранолол, тимолол, метопролол, атенолол). У пациентов с малой частотой приступов мигрени возможно применение кратковременных курсов НПВС, с большой частотой атак, коморбидными нарушениями следует применять антидепрессанты (амитриптилин) и антиконвульсанты (топирамат, вальпроевая кислота). Для профилактики приступов так же используют дигидрированные алкалоиды спорыньи. (Осипова В.В., 2017; Амелин А.В., 2017) Одним из новейших препаратов для профилактики мигрени является моноклональное антитело эренумаб. Он является первым в своем роде препаратом, воздействующим на кальцитонин-ген родственный пептид, участвующий в возникновении приступов мигрени. Клинические исследования доказали наибольшую эффективность эренумаба по сравнению с другими противомигренозными препаратами.

Вывод. Таким образом, для лечения мигрени применяют лекарственные препараты из различных фармакологических групп. Правильный выбор препарата – сложная задача для врача, решение которой

должно основываться на характере мигренозного приступа, наличие сопутствующих заболеваний и на прошлом опыте применения лекарств. На сегодняшний день высокоэффективное лечение мигрени остается труднодостижимой целью.

УЧАСТИЕ ПЕЧЕНИ В ТАНАТОГЕНЕЗЕ МАТЕРИНСКИХ СМЕРТЕЙ

Поликарпова Н.В., Валиева Т.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. На основании комплексного экспертного анализа материнской смертности за три года дать объективную оценку ее этиологической структуры и роли состояния печени в танатогенезе.

Материалы и методы исследования. Независимыми экспертами – высококвалифицированными специалистами акушером-гинекологом и терапевтом, проанализированы документы (выписки из истории родов, протоколы вскрытий, клинико-патанатомические эпикризы, данные гистологического исследования) по 31 случаю материнской смертности за три года.

Результаты исследования. Нозологическая структура материнской смертности за указанный период оказалась следующей: вирусная пневмония, ОРВИ – 9 случаев (29%); тромбоэмболические осложнения, острый жировой гепатоз беременных, заболевания сердца (ревматические пороки, перипаретальная кардиопатия, эндокардит) – по 5 случаев (по 16%); гнойно-септические осложнения – 4 случая (13%); эклампсическая кома, кровотечение, анафилактический шок – по 1 случаю (по 3,2%).

Поскольку в качестве *causa finalis* почти во всех случаях фигурировали три причины – полиорганная недостаточность, острый жировой гепатоз беременных и ДВС-синдром, каждый из которых патогенетически неразрывно связан с печенью, все обследованные по степени вовлеченности в процесс печени (по данным аутопсии) были разделены на 4 группы: с интактной печенью – 8 пациенток (25,8%); с вторичными (обусловленными основным заболеванием) изменениями в печени – 10 пациенток (32,3%); с наличием фоновой патологии печени – 8 (25,8%); с ОЖГБ – 5 (16%). Таким образом, практически лишь у четверти больных печень можно считать участия в танатогенезе не принимавшей. Большой неожиданностью оказалось частое выявление в качестве биопсийной находки гепатомегалии (случаи, когда масса печени превышала 2000 г, при норме для взрослых от 1200 до 1800 г.) – у 16 пациенток, то есть более чем у половины (51%). Возможно, это окажется (на-

подобие кардиомегалии) неблагоприятным предвестником, о чем можно будет говорить только после дополнительных исследований.

Из прижизненно выявленных признаков «печеночного неблагополучия» чаще всего фигурировали УЗИ-признаки гепатомегалии, неоднородность паренхимы, признаков холестаза, 2-х или 3-х кратное повышение уровня АлАт в крови, гипербилирубинемия (свыше 44 мкмоль/л). Среди аутопсийных данных чаще всего отмечались дряблость печеночной ткани, ее желтовато-красовая окраска, микроскопически – липофусциноз (по А.И. Струкову – признак изношенности печени), мускатная печень, вакуольная и гиалиновая дистрофия и деструкция гепатоцитов. В большинстве случаев эти находки не нашли отражения в представленных прозектурой версиях танатогенеза.

Выводы. Фактическое участие печени в танатогенезе материнских смертей существенно выше, чем считается в настоящее время. Окончательной следует считать версию танатогенеза, выработанную в результате совместного обсуждения акушером-гинекологом, терапевтом, реаниматологом и патологоанатомом всех анамнестических, динамических клинических и лабораторно-инструментальных, посмертных макро- и микроскопических данных. Только такие заключения могут быть основой для разработки стратегии дородового ведения и тактики акушерского пособия. В программе подготовки к беременности и родам следует обеспечить обязательное динамическое УЗИ- и лабораторное исследование и (в необходимых случаях) – профилактические курсы гепатопротекторной терапии.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Полонская И.И.¹, Сергеева В.В.¹, Тринитка Г.Г.²

¹Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,

²Главное бюро медико-санитарной экспертизы
по городу Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

Одним из основных показателей состояния здоровья населения является инвалидность, которая зависит от уровня заболеваемости, деятельность органов здравоохранения и социальной защиты, дости-

жений современной медицинской науки, демографической ситуации в стране, материально-технических возможностей региона, особенностей нормативно-правовой базы государства, регулирующей вопросы медико-социальной экспертизы (МСЭ) в случаях ограничения трудоспособности при нарушениях состояния здоровья. В структуре общей и первичной инвалидности первое место занимают болезни системы кровообращения.

В последнее время особое внимание терапевтов и врачей общей практики привлекает проблема коморбидности. В практике МСЭ достаточно часто приходится сталкиваться с определением влияния сопутствующих заболеваний на ограничения жизнедеятельности человека, так как данный вид экспертизы осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма.

Цель исследования. Проанализировать влияние коморбидной патологии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после шунтирования коронарных артерий (КШ) на степень выраженности нарушений функций организма и ограничения жизнедеятельности (ОЖД).

Материалы и методы. Основную группу (ОГ) составили 221 пациент с ИБС после проведенного шунтирования коронарных артерий и 45 больных контрольной группы (КГ) с ИБС, получающие только медикаментозную терапию.

Результаты. На основании комплексной оценки различных клинико-экспертных показателей выявлены стойкие умеренные нарушения функций сердечно-сосудистой системы у 100% обследованных основной и контрольной групп. У обследованных выявлялась различная коморбидная патология, которая также способствовала развитию стойких нарушений функций организма. Так стойкие умеренно выраженные нарушения выявлены со стороны эндокринной системы (в ОГ – 0,90%, в КГ – 2,22%), нарушения сенсорных функций у 1,36% ОГ и нарушения статодинамических функций у 12,67% ОГ и 17,78% КГ. Кроме того, стойкие незначительные нарушения чаще встречались со стороны пищеварительной и эндокринной систем. Не стойкие нарушения выявляются при заболеваниях центральной нервной системы, пищеварительной системы, дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата.

При этом среднее значение индекса коморбидности Kaplan–Feinstein составило в ОГ 10,08±0,25 и в КГ 9,18±0,31. А значение индекса коморбидности Charlson составило 6,50±0,16 в ОГ и 6,22±0,25 в КГ. Значимых различий между группами обследованных не выявлено.

Выявленные нарушения функций у данных пациентов привели к ограничениям жизнедеятельности: способности к самообслуживанию 85,07% в ОГ и 88,89% КГ; способности к самостоятельному

передвижению 81,90% ОГ и 86,67% КГ; способности к трудовой деятельности I степени у 100% обследованных ОГ и КГ.

Вывод. У 100% обследованных выявлены стойкие умеренные нарушения функций сердечно-сосудистой системы. Коморбидная патология чаще всего носила нестойкий характер, либо имели место стойкие, но незначительно выраженные нарушения функций. Однако у некоторых пациентов встречаются стойкие умеренные нарушения со стороны нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций, также функций эндокринной системы и сенсорных функций.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Полтырева Е.С., Мясоедова С.Е.

Ивановская государственная медицинская академия,
г. Иваново

Цель. Выявить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных ревматоидным артритом (РА), показать его значение в диагностике артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 127 пациентов с достоверным диагнозом РА (ACR/EULAR, 2010): 118 женщин и 9 мужчин (средний возраст – 61,43±10,74 лет), госпитализированных в клинику ИвГМА. Длительность болезни 9,44±9,02 лет, 19 пациентов (14,96%) имели ранний артрит (менее 1 года). Преобладал серопозитивный РА (62,20%) 2-й степени активности (61,42%), II рентгенологической стадии (57,48%), II функционального класса (22,05%) с минимальным нарушением жизнедеятельности по HAQ-DI (46,46%). 126 из 127 получали базисную противовоспалительную терапию, 96 (76,19%) – метотрексат в дозе 7,5-30 мг/нед., НПВП регулярно принимали 56 (44,09%), ГК – 28 (22,05%). АГ ранее диагностирована у 87 (68,5%), принимавших антигипертензивные препараты: монотерапию 34 (39,08%), двойную терапию – 34 (39,08%), тройную – 15 (17,24%), 4-5 препаратов получали 4 (4,60%). Взяты общий анализ и биохимический анализ крови с определением креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ, общего холестерина, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), глюкозы, С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ). Всем выполнен СМАД. Результаты обработаны в пакете программ Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение. Выделены 3 группы пациентов: 1 – без сопутствующей АГ (n=26), 2 – с впервые выявленной «маскированной АГ» (n=14) и 3 – с ранее диагностированной АГ (n=87). Во 2 группе по результатам измерения офисного АД преобладали лица с высоким нормальным АД (57,14%), у остальных АД было нормальным или оптимальным. В 3 группе среди получавших антигипертензивную терапию, клиническое целевое АД достигнуто у 49 (56,32%), не достигнуто у 38 (43,68%), чаще сохранялась АГ 1 степени. При сравнении показателей СМАД у лиц 1 и 2 групп выявлены более высокие уровни систолического (САД) (p=0,01) и диастолического АД (ДАД) (p=0,01), индекс времени САД (p=0,01) и ДАД (p=0,01) и в дневные, и в ночные часы. Пациенты РА с АГ в сравнении с лицами без АГ отличались достоверно более высокими уровнями по всем параметрам СМАД, а изменения суточного профиля АД по типу систолического и диастолического «нондиппера» выявлены у 44,83%. Во 2 группе по сравнению с 3-й были более низкие показатели индекса времени САД (p=0,02), вариабельности САД (p=0,03) и ДАД (p=0,03) в дневные и ночные часы. В 3 группе по данным СМАД целевые уровни АД были достигнуты только у 14 (16,09%), тогда как у остальных 73 (83,91%) имело место повышение САД и/или ДАД в дневные и ночные часы (60,92%) или повышение САД и/или ДАД только в ночные часы (22,99%). Выделены 2 подгруппы среди всех пациентов с АГ: «нондипперы» (n=44) и «дипперы» (n=29). У «нондипперов» отмечен менее благоприятный профиль суточного АД: в ночные часы были более высокими САД (137,34±12,54 и 117,14±8,36 мм рт.ст., p=0,0001) и ДАД (78,68±7,75 и 69,93±8,56 мм рт.ст., p=0,0001), повышен ночной индекс времени САД (77,82±26,82 и 26,55±27,44%, p=0,0001) и ДАД (59,45±30,73 и 30,38±27,44%, p=0,0001), пульсовое АД (56,23±10,00 и 50,17±10,76 мм рт.ст. p=0,02). Пациенты «нондипперы» были старше по возрасту (p=0,02), чаще имели низкие уровни холестерина ЛПВП (p=0,01). Общая оценка больным РА состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) была у «нондипперов» выше, чем у «дипперов» (56,66±23,61 и 43,97±22,69 мм, p=0,03), т.е. они хуже оценивали свое здоровье. Они же имели более выраженную интенсивность боли по ВАШ (57,83±25,88 и 38,19±28,53 мм, p=0,01).

Выводы. СМАД расширяет возможности диагностики АГ у больных РА, позволяет выявить «маскированную АГ» у лиц, большинство из которых имеют высокое нормальное АД при офисном измерении. У таких больных отмечен более благоприятный профиль АД по сравнению с больными с

ранее диагностированной АГ, что обосновывает необходимость ранней диагностики данного варианта АГ и создает возможности для успешного лечения этих пациентов. Результаты СМАД свидетельствуют о неудовлетворительном контроле АД у пациентов АГ с РА. У большинства пациентов с АГ, получающих антигипертензивную терапию, имела место «неконтролируемая маскированная гипертензия» с высокими цифрами АД в дневные и ночные часы, что повышает вероятность сердечно-сосудистых осложнений и требует серьезной коррекции тактики ведения. Суточный профиль АД пациентов РА с АГ характеризуется частой встречаемостью «нондипперов», которые отличаются более пожилым возрастом, нарушениями липидного обмена, худшей оценкой больным РА состояния здоровья и большей интенсивностью боли.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХИМИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК И ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕРАПИИ ПРИ МИЕЛОРОЛИФЕРАТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Поляков А.С., Носков Я.А., Никитин Ю.В.,
Колюбаева С.Н., Жоголев Д.К.,
Золотарёв А.Д., Петрова О.Р.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Концепция пациент-специфичного подхода к терапии не является новым подходом в современной медицине. В рутинной практике этими принципами руководствуются прежде всего при выборе антибактериальных, противовирусных, антимикотических препаратов. Тогда как попытки индивидуализированного выбора противоопухолевой терапии, основанные на определении химиочувствительности злокачественных клеток пока рассматриваются только в качестве перспективного метода. Сложности в практическом применении наработок клеточной онкологии основаны на трудностях в получении достаточного количества однородных опухолевых клеток из солидных новообразований, гетерогенностью опухолей как в рамках одной нозологической формы у различных пациентов, так и в пределах одного новообразования, невозможностью получения дополнительного биопсийного материала в терапевтических целях. С этих позиций наиболее перспективным направлением в плане скорейшего внедрения в практическую медицину является онкогематология. При

таких заболеваниях как миелодиспластический синдром (МДС) или острые миелоидные лейкозы (ОМЛ), когда достаточное для экспериментального изучения количество однородных опухолевых (бластных) клеток может быть получено из костномозговых пунктатов или даже периферической крови, экспериментальные исследования химиочувствительности *in vitro* могут способствовать обоснованному индивидуальному выбору и улучшению исходов терапии.

Цель исследования. Оценить возможность планирования терапии на основе изучения генотоксичности противоопухолевых препаратов на примере пациента с ОМЛ.

Материалы и методы. Бластные клетки периферической крови пациента с полирезистентным ОМЛ отсортировывали на сортере MoFlo Astrios EQ (Beckman Coulter) в 2 пробирки со сложной средой для культивирования, в одну из которых сразу добавляли противоопухолевый препарат (опробован только децитабин). После культивирования (24 часа) сравнивали количество жизнеспособных клеток в пробе и контроле (по маркировке свободной ДНК). В другом эксперименте полученные от больного бластные клетки культивировали с ППС (24 часа), а после выделения в пробы и контроль добавляли различные водорастворимые противоопухолевые препараты (в моно-варианте и в различных сочетаниях), оценивали генотоксичность с применением микроядерного теста (МЯТ).

Результаты. В ограниченных по перечню исследуемых лекарственных препаратов экспериментах, была показана высокая генотоксичность децитабина (по оценке количества жизнеспособных отсортированных клеток), а также даунорубицина и, особенно, даунорубицина в сочетании с интерфероном-альфа (по оценке в МЯТ). К сожалению, в описанном случае ОМЛ, результаты оценки химиочувствительности не были использованы в выборе терапии пациенту в связи с развитием тяжелых инфекционных осложнений и наступлением летального исхода. Однако, полученный опыт в ближайшее время планируется использовать при планировании терапии в перспективной локальной практике, а с накоплением и обобщением данных и, возможно, рекомендовать к распространению. С позиций оценки точности метода, наибольшей прецизионностью обладают методики исследования однородных – «чистых» клеточных суспензий, полученных при проточно-цитометрической сортировке бластных клеток с aberrантным фенотипом. Однако низкая доступность оборудования для сортировки, а также выявленное на практике снижение жизнеспособности отсортированных клеток, значительно ограничивают

возможности их дальнейшей культивации и изучения без применения сложных многоцитокиновых сред и создания особых физических условий. При этом, метод сортировки может быть использован для оценки качества культуральных методов выделения бластных клеток. Оказалось, что культуральный метод выделения обладает достаточной специфичностью, а выделенные бластные клетки ОМЛ остаются достаточно жизнеспособными и для определения генотоксичности лекарственных препаратов, и для создания экспериментальных клеточных линий.

Выводы. Адаптированные к локальным возможностям и апробированные нами методы определения генотоксичности как с применением микроядерного теста, так и подсчета «живых» клеток при проточно-цитометрическом анализе, обладают сопоставимой специфичностью и чувствительностью и могут рассматриваться в качестве перспективных методов определения химиочувствительности бластных клеток при миелоидных лейкозах.

АДИПОНЕКТИН И ЕГО РАСТВОРИМЫЙ РЕЦЕПТОР Т-КАДГЕРИН У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Полякова Е.А., Михеева К.Ю., Колодина Д.А.,
Драганова А.С., Куликова Е.В., Беляева О.Д.,
Беркович О.А., Баранова Е.И.

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение. Некоторые исследования показали, что важную роль в развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) играет адипонектин и его растворимый рецептор Т-кадгерин. Адипонектин подавляет пролиферацию, миграцию и трансформацию адвентициальных фибробластов, т.е. процессов, которые приводят к истончению покрышки атеросклеротической бляшки, повышая риск развития инфаркта миокарда (ИМ) – одну из основных причин хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель. Выявить связь между уровнем адипонектина, т-кадгерина с тяжестью сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца после реваскуляризации методом коронарного шунтирования (КШ).

Материалы и методы. В исследование был включен 41 пациент с ИБС, которым по показаниям было выполнено КИШ. 29 мужчин (70,7%) в возрасте $55,6 \pm 1,6$ лет, и 12 женщин (29,3%) в возрасте $58,7 \pm 1,1$ лет. В зависимости от функционального класса ХСН, пациенты были разделены на 2 группы: с II и III ф.к. Проводилось физикальное и лабораторное обследование пациентов. Толщина эпикардиальной жировой ткани оценивалась методом эхокардиографии. Уровни адипонектина и т-кадгерина в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием наборов DRG ELISAKit.

Результаты. У больных ХСН II ф.к. уровни адипонектина, т-кадгерина и соотношения адипонектин/т-кадгерин выше, чем при более высоком ф.к. ХСН ($27,1 \pm 0,09$ пг/мл и $9,4 \pm 0,1$ пг/мл, $p < 0,05$; $34,2 \pm 0,9$ пг/мл и $6,6 \pm 0,8$ пг/мл, $p < 0,05$; $1,1 \pm 0,1$ и $1,8 \pm 0,1$, $p < 0,05$; соответственно).

Уровни адипонектина и т-кадгерина были ниже у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), чем у больных ИБС без ИМ в анамнезе ($25,5 \pm 0,1$ пг/мл и $31,1 \pm 0,09$ пг/мл, $p < 0,05$; $32,7 \pm 0,8$ пг/мл и $40,0 \pm 0,9$ пг/мл, $p < 0,05$, соответственно). Соотношение адипонектин/т-кадгерин было выше у пациентов, перенесших ИМ, по сравнению с пациентами без ИМ ($1,8 \pm 0,2$ и $0,8 \pm 0,1$, $p < 0,05$).

При проведении корреляционного анализа выявлена положительная связь между уровнем адипонектина с толщиной эпикардиальной жировой ткани, ЛПВП крови ($r = 0,684$; $0,485$; $p = 0,01$), и отрицательная связь с массой тела и окружностью бедер ($r = -0,355$; $-0,408$; соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. Низкие уровни адипонектина, т-кадгерина и соотношения адипонектин/т-кадгерин в сыворотке крови выявлены при более тяжелом течении ХСН у больных ИБС.

ТКАНЕВЫЕ ЦИТОКИНЫ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Полякова Ю.В.¹, Папичев Е.В.¹,
Ахвердян Ю.Р.¹, Сивордова Л.Е.¹,
Квливидзе Т.З.², Заводовский Б.В.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Повышенное внимание к цитокинам различных тканей постоянно приводит к открытию новых биоактивных веществ. В патогенезе ревматоидного

артрита (РА) участвует большое количество молекул. Научный интерес к адипокинам (адипонектин и висфатин), гепатокину-фетуину-А и нейрогормону несфатину-1 связан с их разнонаправленным действием, связью с воспалительной активностью и клиническими проявлениями РА.

Цель. Уточнение звеньев патогенеза РА путем определения уровня адипонектина, фетуина, висфатина, несфатина в сыворотке крови пациентов для повышения качества диагностики и лечения.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов с РА и 30 практически здоровых лиц. Уровень адипокинов определялся непрямой твердофазным иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест систем (Bio Vendor, cat №RD195023100, Bio Vendor Human Fetuin-A, RaiBiotech, cat №EIA-VIS-1, RaiBiotech, cat №EIA-NESF) согласно инструкциям изготовителя. Всем пациентам проводилось полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Результаты и обсуждение. Пониженный уровень адипонектина (менее $0,8$ мкг/мл) был выявлен у 15 пациентов (25%), фетуина (менее $653,55$ мкг/мл) – у 16 (27%), высокий уровень висфатина (более 39 нг/мл) – у 55 (91%), несфатина (более $37,95$ нг/мл) – у 36 (60%), что достоверно чаще, чем у здоровых лиц. Не обнаружено достоверной разницы уровней определяемых адипокинов в зависимости от пола и массы тела пациентов с РА. Уровень тканевых цитокинов связан с РА и высокой активностью по DAS 28, позитивностью по АЦЦП, внесуставным проявлениям РА. Наибольшая корреляция при внесуставных проявлениях имеется при кожном и церебральном васкулите. Уровень фетуина и несфатина так же коррелирует с более выраженными рентгенологическими изменениями (III рентгенстадия).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что для пациентов, страдающих РА с низким уровнем адипонектина и фетуина-А, а так же высокими уровнями висфатина и несфатина-1 характерен клинический вариант РА с наличием высокой активности и позитивностью по РФ и АЦЦП. Повышенный уровень висфатина определяется более, чем у 90% пациентов, что говорит о его высокой провоспалительной активности. Уровень фетуина и несфатина так же связан со степенью поражения костной ткани (III стадия рентгенологических изменений с наличием большого количества эрозий). Интересно изучить корреляцию данных цитокинов с минеральной плотностью костной ткани и маркерами костного обмена. Дальнейшее изучение данных цитокинов может быть полезно для понимания патогенеза РА и, возможно, других ревматических заболеваний.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Попов В.Н.

Психоневрологический дом ребенка №6,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Создание абилитационных программ для эффективной стимуляции психомоторного развития и наилучшей адаптации детей к условиям жизни.

Материалы и методы исследования. В течение более 17 лет наблюдалось 854 ребенка. Разработанные нами дифференцированные абилитационные программы были рассчитаны на детей с разной степенью отставания. По содержанию они представляли собой комплекс воспитательных и оздоровительных мер, логопедических, музыкальных, физкультурных занятий, физиотерапевтических процедур, а также медикаментозного вмешательства. В Доме ребенка функционирует абилитационное отделение, состоящее из физиотерапевтического кабинета, зала лечебной физкультуры, кабинета массажа, кабинетов рефлексотерапии, гидромассажа с комнатой отдыха, кабинета развивающего обучения с компьютерными тренажерами и зоной Монтессори-терапии, а также сенсорной комнаты. С 2005 года используется реабилитационная кровать «Сатурн-90» как дополнительное средство в программах абилитации детей с перинатальным поражением Ц.Н.С., в основном, 1-го года жизни между курсами массажа, ЛФК, ФТК и водолечения. С детьми старше 1,5-2-х лет проводилась комплексная коррекционно-педагогическая работа по развитию психических процессов (интеллект, речь и др.) с использованием технических средств (компьютерно-игровые тренажеры: на основе двигательной активности по принципу ненавязчивого биорефлекторного воздействия, способствующего развитию общих движений, памяти и внимания). Занятия по игровой терапии осуществлялись, также, с применением компьютерных тренажеров. В летний период дети оздоравливались на собственной даче учреждения в г. Зеленогорске на берегу Финского залива. В это время проводились: климатотерапия (прогулки, сон на воздухе), климатолечение (многочасовые прогулки на воздухе, хождение босиком, воздушные и солнечные ванны, обтирание, обливание, купание в бассейнах, аэротерапия). Вместе с этим осуществлялось экологическое воспитание детей

(создание огородов, цветников, знакомство с «живой» природой в условиях дачи и создание «живых» уголков).

Результаты и обсуждение. Эффективность применения предложенных программ оценивалась ежемесячно или ежеквартально (раз в полугодие у глубоко отстающих детей) по показателям психофизического развития (в т.ч. эмоциональному состоянию, навыкам, игровой деятельности). У 65% воспитанников Дома ребенка наблюдалось улучшение по всем показателям психомоторного развития. Улучшение по отдельным показателям – у 30% детей. Отсутствие эффекта от проводимой терапии констатировалось у 5% «тяжелых» больных-инвалидов. Заболеваемость детей в Доме ребенка отмечалась как средняя по городу и составляла 118-3933‰ (до 1-го года – 64-4266‰). Учитывая, что, как правило, воспитанники учреждения имеют нарушения нервно-психического и соматического развития (30% дети с оформленной инвалидностью), то указанные показатели можно расценивать как лучшие, чем среднегородские. Все дети привиты, даже дети-инвалиды. План вакцинапрофилактики выполнялся на 100%. Иммунологическая прослойка за последние годы – 87-89%, что является самым высоким показателем среди домов ребенка С.-Петербурга (в среднем, этот показатель по всем учреждениям находится в пределах 50-54%).

Выводы. Раннее начало комплексной помощи детям младенческого и раннего возраста, воспитывающихся в детском учреждении, содействовало поддержанию их здоровья, максимально возможным достижениям в их развитии. Это служило предпосылкой успешной социализации и включению детей в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ И ГОРМОНОВ НА КЛИНИКУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Пошехонова Ю.В.

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького,
г. Донецк, Украина

Цель исследования. Исследование уровней гистамина, серотонина, инсулина и кортизола в крови детей при различных вариантах течения функциональной диспепсии (ФД).

Материалы и методы исследования. Обследовано 134 ребенка с ФД в возрасте от 5 до 15 лет и 30 здоровых детей-сверстников, составивших контрольную группу. Диагностика ФД проводилась в соответствии с Римскими критериями III, адаптированными для детского возраста. Определение уровней гистамина и серотонина в одной пробе крови проводилось по методу Л.Я. Прошиной (1981), содержание кортизола и инсулина в сыворотке детей определялось методом твердофазного иммуноферментного анализа (соответственно, «СтероидИФА-кортизол» и «DRG Instruments GmbH»).

Материалы и методы. Наличие ФД у детей сопровождалось гипергистаминемией ($100,2 \pm 8,4$ нг/мл, $p \leq 0,05$) и гиперсеротонинемией ($105,6 \pm 9,4$ нг/мл, $p \leq 0,05$) при сохраненном соотношении между уровнями этих БАВ ($1,13 \pm 0,11$, контрольная группа – $1,12 \pm 0,14$), что, вероятно являлось компенсаторной реакцией, поскольку гистамин и серотонин оказывают на желудочную секрецию противоположные влияния, а на моторную функцию и чувствительность рецепторов желудка их воздействия синергичные. Наиболее значительное повышение уровней гистамина в крови ($105,2 \pm 10,5$ нг/мл, $p \leq 0,05$) при самом низком содержании серотонина ($81,2 \pm 9,4$ нг/мл) было выявлено у больных язвенноподобным вариантом. Вероятно, значительная гипергистаминемия при отсутствии сопутствующего возрастания уровня серотонина в крови у детей с язвенноподобным вариантом способствует повышению кислотности желудочного содержимого при снижении резистентности СОЖ. Одинаковая степень повышения серотонина ($96,7 \pm 8,8$ нг/мл, $p \leq 0,02$) и гистамина ($95,4 \pm 8,2$ нг/мл, $p \leq 0,1$) наблюдалась при неспецифическом варианте. При дискинетическом варианте ФД отмечено преобладание гипергистаминемии ($100,2 \pm 9,4$ нг/мл, $p \leq 0,05$) над гиперсеротонинемией ($87,5 \pm 8,7$ нг/мл, $p \leq 0,05$). У всех детей с ФД выявлена гиперинсулинемия ($16,4 \pm 1,6$ мМЕ/л, $p \leq 0,02$), наиболее значительная у больных язвенноподобным и дискинетическим вариантами (соответственно $17,5 \pm 1,6$ нМЕ/л и $17,3 \pm 1,5$ мМЕ/л). Менее значительная степень повышения инсулина была отмечена у больных неспецифическим вариантом ($14,0 \pm 1,1$ мМЕ/л, $p \leq 0,2$). Содержание кортизола в сыворотке крови у детей с ФД было в пределах нижней границы нормы ($368,1 \pm 35,2$ нМоль/л, $p \leq 0,4$). В тоже время язвенноподобный вариант характеризовался не только значительной гиперинсулинемией, но и гиперкортизолиемией ($510,3 \pm 25,8$ нмоль/л, $p \leq 0,1$), тогда как у больных дискинетическим и неспецифическим вариантами уровни кортизола в сыворотке крови были достовер-

но снижены (соответственно, $288,1 \pm 10,8$ нмоль/л, $p < 0,02$ и $310,3 \pm 35,9$ нмоль/л, $p < 0,05$).

Выводы. Следовательно, среди факторов, участвующих в реализации ФД, важную роль играют в том числе гипергистаминемия, гиперинсулинемия и гиперсеротонинемия, которые выявляются у всех детей с данной патологией. Наличие при этом повышенных уровней кортизола в крови, вероятно, предрасполагает к развитию язвенноподобного варианта заболевания.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ ПРИ ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Прошай Г.А., Загарских Е.Ю.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель работы. Изучить различные подходы к лечению дислипидемии, андрогенного дефицита и эректильной дисфункции у мужчин молодого и среднего возраста с сахарным диабетом 2 типа и полиморбидной сердечно-сосудистой патологией (ПССП).

Материалы и методы. Обследовано 89 пациентов мужского пола 35-55 лет с сахарным диабетом 2 типа, ПССП (стенокардия I-II функционального класса, гипертоническая болезнь II стадии), ожирением и тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР). Всем пациентам до начала и через 9 месяцев после лечения проведено лабораторное обследование с оценкой уровня холестерина (ХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), общего тестостерона, пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от проводимого лечения: пациенты 1 группы получали стандартную терапию (бигуаниды, ингибиторы АПФ/сартаны/ β -адреноблокаторы/антагонисты кальция/диуретики, статины) и эсциталопрам/тофизолам (31 человек); пациенты 2 группы получали стандартную терапию + аудиовизуальную коррекцию (сертификат соответствия №РОСС RU.ЖТК1.Н00010 от 29.11.2018 года) (30 человек); пациентам 3 группы назначена стандартная терапия + аудиовизуальная коррекция + тестостерон ундеканат (28 человек). Пациенты были проконсультированы психотерапевтом, установлено

наличие ТДР. Выполнено урологическое обследование, для исключения противопоказаний к назначению гормональной терапии. Для оценки степени выраженности андрогенодефицита использовали опросники МИЭФ-5 и Шкалу старения мужчины AMS до и после лечения.

Результаты и обсуждение. Выявлено снижение уровня общего тестостерона ($7,2 \pm 2,7$ нмоль/л), признаки эректильной дисфункции и симптомы андрогенодефицита от умеренной степени выраженности до выраженной (по данным AMS $45,5 \pm 5,5$ баллов (норма 17-26), по МИЭФ-5 – $10,5 \pm 3,5$ баллов (норма 21-25)), повышение общего холестерина ($6,2 \pm 0,7$ ммоль/л) и атерогенных липопротеидов (ХС ЛПНП $3,6 \pm 1,2$ ммоль/л, ХС ЛПОНП $1,6 \pm 0,8$ ммоль/л, ТГ $3,4 \pm 1,6$ ммоль/л), снижение антиатерогенных липопротеидов (ХС ЛПВП $0,8 \pm 0,1$ ммоль/л). Уровни пролактина и ТТГ во всех группах не выходят за пределы референтных значений, что исключает вторичные причины снижения уровня тестостерона. После лечения уровень тестостерона в 1 группе составил $8,6 \pm 1,1$ нмоль/л, во 2 группе – $8,9 \pm 1,0$ нмоль/л, в 3 группе – $16,2 \pm 3,6$ нмоль/л. Шкала старения мужчины AMS, результаты в 1 группе – $43,0 \pm 2,1$ балла, во 2 группе $42,6 \pm 1,9$, в 3 группе – $25,6 \pm 3,9$. МИЭФ-5: в 1 группе – $11,5 \pm 2,5$ балла, во 2 – $12,0 \pm 2,0$, в 3 группе – $18,5 \pm 3,5$. Изменения в липидограмме после лечения: уровень ХС в 1 группе составил $5,6 \pm 0,2$ ммоль/л, во 2 группе – $4,5 \pm 0,4$ ммоль/л, в 3 группе – $4,6 \pm 0,3$ ммоль/л; уровень ХС ЛПОНП в 1 группе составил $1,3 \pm 0,6$ ммоль/л, во 2 группе – $0,9 \pm 0,2$ ммоль/л, в 3 группе – $0,8 \pm 0,3$ ммоль/л; уровень ХС ЛПНП в 1 группе составил $2,8 \pm 0,9$ ммоль/л, во 2 группе – $2,1 \pm 0,4$ ммоль/л, в 3 группе – $2,0 \pm 0,5$ ммоль/л; уровень ХС ЛПВП в 1 группе составил $1,3 \pm 0,1$ ммоль/л, во 2 группе – $1,5 \pm 0,1$ ммоль/л, в 3 группе – $1,7 \pm 0,2$ ммоль/л; уровень ТГ в 1 группе составил $2,6 \pm 1,2$ ммоль/л, во 2 группе – $1,9 \pm 0,5$ ммоль/л, в 3 группе – $1,9 \pm 0,5$ ммоль/л.

Выводы. 1. У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, ПССП, ожирением, ТДР выявлена дислипидемия, андрогенный дефицит. 2. Степень выраженности эректильной дисфункции и симптомы андрогенодефицита носили умеренный или выраженный характер. 3. После лечения выявлено более значимое улучшение липидного профиля при использовании аудиовизуальной коррекции, а аудиовизуальная коррекция и терапия андрогенами способствовали улучшению показателей эректильной функции и снижению степени выраженности симптомов старения мужчин. 4. При длительном постоянном применении аудиовизуальной терапии снижается уровень тревоги и депрессии без использования специфических лекарственных средств, что способствует активации внутренних резервов и усиливает положительное влияние заместительной терапии.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПРОТОКОВ И ЕЕ ПРОИЗВОДНЫХ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА В РАННЕ-И СРЕДНЕФЕТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ РАЗВИТИЯ

Прошина А.Е., Кривова Ю.С.,
Отлыга Д.А., Савельев С.В.

Научно-исследовательский институт
морфологии человека,
Москва

Экзокринные и эндокринные клетки поджелудочной железы (ПЖ) имеют энтеродермальное происхождение и дифференцируются в пренатальном развитии из эпителиальных клеток первичных протоков. Механизмы, определяющие направление дифференцировки прогениторных клеток неизвестны. Есть предположение, что судьбу эпителиальных клеток первичных протоков во многом определяет их расположение: клетки, расположенные в «стволе» (trunk) первичных протоков, могут стать эндокринными или клетками выводных протоков, а клетки, расположенные на вершинах концевых ответвлений первичных протоков (tips), - ацинарными. В соответствии с этой гипотезой, активация каскадов тех или иных молекулярных событий зависит от расположения клеток в протоке. Важную роль в регуляции этих событий играют различные транскрипционные факторы (ТФ). В большинстве исследований формирование трехмерной структуры ПЖ и роли ТФ в дифференцировке клеток оценивается у животных (преимущественно у грызунов). Однако у мышей островки чаще находятся между дольками, в то время как у человека они чаще выявляются внутри долек. Возможное объяснение этой разницы заключается в том, что у более крупных животных и у людей, большие дольки в развитии получают путем слияния меньших долек. Недавно было предложено альтернативное объяснение. При развитии ПЖ человека первые островки появляются вблизи проксимальных протоков до появления ацинусов. Эти островки располагаются между дольками. Островки, которые развиваются позже, образуются из более дистальных ветвей протоков и приобретают внутريدольковое положение.

Цель работы. Исследовать развитие системы протоков и ее производных в ПЖ человека в ранне- и среднефетальном периодах развития.

Материалы и методы. Работа выполнена на 30 аутопсиях ПЖ плодов (гестационный возраст 14-27 недель) при помощи множественного иммуногистохимического (ИГХ) маркирования антителами к Pdx1, гормонам эндокринных клеток – инсулину и

глюкагону, и эпителиальному маркеру – цитокератину 19 (ЦК19). Реакции визуализировали с помощью набора Multi Vision Polymer Detection System Anti-rabbit HRP + Anti-mouse AP, LV blue & LV Red (“Thermo Fisher Scientific”).

Результаты и обсуждение. В развитии ПЖ человека система протоков представляет собой систему древовидно ветвящихся трубочек. На срезах ПЖ человека эта система выглядит как их продольные и поперечные сечения. В предыдущих работах мы показали, что наиболее активно процессы морфогенеза эндокринной части ПЖ человека проходят в ранне- и среднефетальном периодах развития. Мы исследовали наиболее вытянутые продольные сечения протоков и выявили, что на прямых участках среза протока (больше 7 клеток, расположенных в ряд вдоль продольной оси) обнаруживаются в основном поляризованные клетки цилиндрического эпителия. Интенсивность ИГХ связывания с антителами к Pdx1 в ядрах этих клеток, была несколько ниже, чем в клетках ответвлений протоков. На прямых отрезках протоков мы также выявляли меньше гормон-позитивных клеток, чем в ответвлениях. В зонах перегиба эпителиального пласта (и (или) ветвления протока?) вблизи базальной поверхности, обнаружены скопления клеток, представляющие собой как отдельные эндокринные клетки, так и их кластеры (почки) или формирующиеся ацинусы. Возможно, что изменение формы клеток в таких «точках перегиба» приводит к активации экспрессии различных ТФ, регулирующих дифференцировку клеток эндокринного и экзокринного отделов ПЖ. Требуется дальнейшие работы по изучению трехмерного ветвления протокового «дерева».

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №18-015-00147.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Пулатова С.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить содержания С-реактивного белка (СРБ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Было обследовано 54 больных (12 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 35 до 60 лет (средний возраст $47,5 \pm 2,1$ лет). Сред-

няя продолжительность АГ составила $17,4 \pm 1,1$ лет. Группу контроля составили 20 практически здоровых человека.

В исследование не включались лица со злокачественной формой артериальной гипертензией, симптоматической гипертензией, с наличием острых воспалительных процессов и хронических в стадии обострения, почечной и печеночной патологией, гематологических заболеваний, онкологических заболеваний, алкоголизма, наркомании, диффузных заболеваний соединительной ткани, психических заболеваний, хронической сердечной недостаточности III-IV функциональных классов по NewYorkHeartAssociation и с наличием гемодинамически значимых пороков сердца.

Содержание СРБ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Для оценки степени риска прогрессирования сердечно-сосудистого заболевания использовали уровень СРБ. Из числа пациентов с артериальной гипертензией, у которых концентрация СРБ выше 3 мг/л, была сформирована группа с высоким риском прогрессирования сердечно-сосудистого заболевания.

Результаты. Из 54 больных АГ, у 30 (55,6%) человек была выявлена I степень повышения артериального давления (АД) и у 24 (44,4%) – II степень. В целом среднее систолическое АД составило $138,7 \pm 1,2$ мм рт. ст., среднее суточное диастолическое АД – $84,9 \pm 1,2$ мм рт. ст.

У 22 больных имелась высокая степень риска поражения органов-мишеней и развития сердечно-сосудистых осложнений. Очень высокая степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений была установлена у 31 больного по наличию ассоциированных заболеваний, в том числе у 15 больных артериальной гипертензией в анамнезе имелись эпизоды атеротромбоза.

При исследовании 54 пациентов с артериальной гипертензией было выявлено повышение уровня СРБ – $8,66 \pm 0,88$ мг/л ($p < 0,001$) по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе – $1,74 \pm 0,11$ мг/л.

Из числа обследованных больных нормальные значения СРБ были выявлены лишь у 4 человек. Умеренное повышение уровня СРБ мы обнаружили у 11 пациентов. Высокий риск прогрессирования сердечно-сосудистого заболевания (содержание СРБ более 3 мг/л) мы выявили у 39 больных (72%) АГ. Высокая частота повышения СРБ свидетельствует о значимой роли этого маркера в патогенезе артериальной гипертензии.

У пациентов с АГ при повышенном содержании СРБ в плазме крови выявлена коррелятивная взаимосвязь между концентрацией СРБ и показателями суточного профиля АД – систолическим, диастолическим и пульсовым АД по сравнению с группой нормотензивных лиц.

Выводы. Таким образом, на основании полученных результатов установлено, что у больных артериальной гипертензией обнаруживается высокий уровень острофазовых показателей СРБ – в 72% случаев. Следовательно, рост СРБ, маркера системного воспаления, ассоциирован с показателями суточного профиля АД, что в свою очередь может являться прогностическим фактором в повышении риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Пулатова Ш.Х., Ахмедов Л.А.

Республиканский научный центр
Экстренной Медицинской Помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Пневмонии у пациентов с диабетом отличаются тяжелым течением, частым развитием осложнений, склонны к затяжному течению и часто сопровождаются выраженной и длительной декомпенсацией углеводного обмена. Показатели летальности при внебольничных пневмониях, развившихся на фоне сахарного диабета, высоки и достигают 19-27%.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 30 пациентов с внебольничными пневмониями, развившимися на фоне сахарного диабета. В эту группу включены 20 женщин и 10 мужчин. Для всех пневмоний характерным являлось преобладание их внелегочных проявлений над легочными. В большинстве случаев пневмония началась с повышения температуры тела, до 38-40°C. У всех больных отмечалось тахипноэ: в среднем частота дыхания составляла 31,8±5,0 в 1 минуту. В тоже время только у 10 пациентов удалось выслушать мелкопузырчатые хрипы в зоне поражения. В остальных случаях при аускультации легких в зоне поражения выслушивалось только ослабленное дыхание. У большинства пациентов определялось притупление легочного звука над очагом поражения. У всех больных, на ОАК наблюдалось лейкоцитоз 8,5±1,4×10⁹/л, при рентгенологическом исследовании не удалось выявить инфильтративных или очаговых изменений. Диагноз пневмонии первоначально был выставлен только по клиническим проявлениям. У 15 пациентов воспалительный процесс в легких дебютировал развернутой клинической картиной бактериально-токсического шока. Возбудителями пневмоний у больных на фоне сахарного

диабета являлись: пневмококк, кишечная и синегнойная палочки, стафилококк. У 10 пациентов выявить возбудителя не удалось.

Результаты. В лечении, проводившемся по всем современным рекомендациям, кроме антибиотиков широкого спектра действия, противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии, муколитическая терапия и т.д. При повышении уровня лейкоцитов более 9,0×10⁹/л состояние больных улучшалось: купировалась лихорадка, становились менее выраженными симптомы интоксикации, начинала отделяться мокрота и т.д. В тоже время, в данный период, в легких начинала появляться классическая аускультативная картина пневмонии (жесткое дыхание, влажные разнокалиберные хрипы) и определялась полисегментарная инфильтрация на рентгенограммах. Данный феномен объясняется значительным снижением количества нейтрофилов в период агранулоцитоза, в результате чего в легких не формируется плотный воспалительный фокус, дающий четкую физикальную и рентгенологическую картину. При увеличении количества нейтрофилов, в легких появляются проявления воспалительной клеточной реакции, характерная аускультативная и рентгенологическая картина пневмонии.

Вывод. У больных Сахарного диабета клинические проявления пневмонии менее выражены и от этого более опасны. При диабете пневмония довольно быстро вызывает некроз и серьезный абсцесс в легких. Чаще поражаются нижние доли легких или задние отделы верхних долей. Возрастает риск асимптоматической бактериемии, легочного абсцесса, смерти.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Пунин Д.А.¹, Милягин В.А.¹,
Хоруженко О.М.², Гуляева С.А.²

¹Смоленский государственный
медицинский университет,

²Клиническая больница №1,
г. Смоленск

Актуальность. Влияние гиперинфляции легких и выраженности обструктивных нарушений на субъективное состояние пациента недостаточно изучено, а данные, предоставленные в литературе, противоречивы.

Цель работы. Изучение влияния гиперинфляции и выраженности обструктивных нарушений на субъективное состояние пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследован 71 пациент с ХОБЛ на базе ОГБУЗ КБ №1 и ОГБУЗ СОКБ г. Смоленска методом бодиплетизмографии после применения бронхолитика (сальбутамол 400 мкг) для оценки морфологического компонента легочной гиперинфляции и выраженности обструкции. Определялись следующие показатели: бронхиальное сопротивление (БС), функциональная остаточная емкость легких (ФОЕ), остаточный объем легких (ООЛ), общая емкость легких (ОЕЛ), отношение ООЛ/ОЕЛ, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) и отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ1/ФЖЕЛ). Выраженность одышки определялась по вопросу mMRC. По результатам теста обследуемые были разделены на 4 подгруппы (mMRC 0-1 – 27 пациентов; mMRC 2 – 20; mMRC 3 – 11 и mMRC 4 – 13 пациентов соответственно). Все показатели представлены в виде медианы с указанием 25% и 75% перцентилей. Для статистического анализа применен критерий Краскела-Уоллиса. При проведении множественных парных сравнений использовался критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Проверка статистического критерия Краскела-Уоллиса проводилась при уровне значимости $p=0,05$. При проведении множественных парных сравнений ошибка первого рода принималась равной $\alpha=0,008$.

Результаты. Возраст пациентов составил 64,0 лет [58,0; 64,5], стаж курения – 45,0 пачка*лет [36,0; 57,0], выраженность одышки по шкале mMRC – 2,0 балла [1,0; 3,0]. Показатели бодиплетизмографии: БС 0,48 кПа*с/л [0,34; 0,67], ФОЕ 152,4% [138,7; 182,7], ООЛ 173,4% [156,5; 215,8], ОЕЛ 127,6% [119,1; 140,7], ЖЕЛ 95,4% [81,7; 110,2], ООЛ/ОЕЛ 52,0% [47,1; 59,5], ОФВ1 152,0% [39,9; 59,7], ОФВ1/ФЖЕЛ 43,9% [35,9; 52,7]. При анализе показателей вентилизации в подгруппах пациентов была выявлена неоднородность следующих параметров: БС ($H=18,1$; $p=0,0004$), ОФВ1 ($H=14,9$; $p=0,0019$), ЖЕЛ ($H=11,4$; $p=0,0096$). Параметры ОФВ1 и ЖЕЛ отличались лишь в подгруппах с наименее и с наиболее сильно выраженной одышкой. ОФВ1 при mMRC 0-1 составил 57,6% [44,1; 66,9], при mMRC 4 – 33,6% [32,1; 39,7], $U=51$, $p=0,0002$. ЖЕЛ при mMRC 0-1 была равна 104,9% [96,1; 117,5], при mMRC 4 – 81,7% [68,0; 100,3], $U=77$, $p=0,0037$. Бронхиальное со-

противление было выше в подгруппе пациентов с mMRC 4 (0,76 кПа*с/л [0,63; 0,93]) в сравнении со всеми остальными подгруппами (0,39 кПа*с/л [0,31; 0,55], $U=38,5$, $p=0,00002$ при mMRC 0-1; 0,42 кПа*с/л [0,32; 0,67], $U=47$, $p=0,0016$ при mMRC 2; 0,59 кПа*с/л [0,44; 0,64], $U=24$, $p=0,0048$ при mMRC 3), которые не различались между собой по этому параметру.

Заключение. Таким образом, самочувствие пациента в большей степени определяется тяжестью обструктивных нарушений и в меньшей – выраженностью легочной гиперинфляции.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Работягова Ю.С., Клярская И.Л.

Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Цель. Установить ИПП – индуцированное изменение фенотипа цитохрома P450 2C19 (CYP2C19) помощью ^{13}C -пантопразолового дыхательного теста (^{13}C -ПДТ).

Материалы и методы. 54 пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, с генотипом CYP2C19 *1/*1 были разделены на две группы: принимавшие омепразол / эзомепразол ($n=27$); принимавшие рабепразол / пантопразол ($n=27$). Терапия назначалась в стандартных дозировках один раз в день в течение 30 дней. Изменение фенотипа CYP2C19 оценивалось по значению DOB_{30} (%): разнице значения отношения $^{13}CO_2/^{12}CO_2$ в выдыхаемом воздухе после приема ^{13}C – пантопразола относительно исходного (delta over baseline - DOB). ^{13}C -ПДТ проводился дважды до и после терапии. Статистические расчеты были выполнены с использованием двустороннего P.

Результаты и их обсуждение. Статистически значимая феноконверсия CYP2C19 ($p=0,001$) была выявлена в группе пациентов, принимавших омепразола/эзомепразола, тогда как в группе пантопразола/рабепразола не было выявлено изменений активности CYP2C19 ($p=0,8$).

Вывод. Эзомепразол и омепразол обладают выраженным ингибирующим действием на CYP2C19, что клинически выражается в изменении их фармакологического эффекта.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕНИНА ПЛАЗМЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДОБАВОЧНЫХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Редько Ю.П.

Ставропольский государственный
медицинский университет,
Ставропольская краевая клиническая больница,
г. Ставрополь

Цель исследования. Оценить информативность определения ренина плазмы при диагностике добавочных почечных артерий у молодых пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 40 пациентов (33 мужчины и 7 женщин, средний возраст $27,05 \pm 0,92$ лет) с АГ и добавочными почечными артериями. Добавочные почечные артерии верифицировали методом мультиспиральной компьютерной томографии, выполненной по сосудистой программе и ретроградной (трансфеморальной) аортоангиографии. АГ устанавливали в соответствии с клиническими рекомендациями. У 24 больных АГ добавочная почечная артерия была одиночной, у 16 – множественные (2-5). Группы сравнения сформировали: 15 пациентов (12 мужчин и 3 женщины, средний возраст $26,27 \pm 1,14$ лет) с добавочными почечными артериями и без АГ и 15 здоровых людей (12 мужчин и 3 женщины, средний возраст $26,0 \pm 1,03$ лет). Проводили иммуноферментный анализ плазменного уровня ренина (BCM Diagnostic). Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics (версия 21 для Windows). Различия считались статистически значимыми при величине $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных АГ с добавочными почечными артериями содержание ренина было значительно выше ($60,63 \pm 7,69$ пг/мл), чем у пациентов с добавочными почечными артериями без АГ ($24,51 \pm 2,78$ пг/мл, $p = 0,007$) и у здоровых людей ($21,0 \pm 2,31$ пг/мл, $p = 0,003$). Было установлено, что частота высокорениновой формы АГ у пациентов с добавочными почечными артериями составляла 62,5%, а нормо- и низкорениновой – у 20 и 17,5% соответственно. В группе с добавочными почечными артериями без АГ и у здоровых людей доминировал норморениновый статус (80 и 93,33% соответственно). Установлено, что шансы диагностировать добавочные почечные артерии у больных АГ с высоким уровнем ренина в 15 раз выше (95% ДИ 3,87-58,08), чем среди обследуемых с нормальным или низким

уровнем гормона. Чувствительность и специфичность повышенного уровня ренина в верификации добавочных почечных артерий у молодых пациентов с АГ соответственно 89,28 и 64,28%. Существенно, что уровень ренина у больных АГ с множественными добавочными почечными артериями оказался максимальным ($81,77 \pm 11,73$ пг/мл), статистически достоверно превышая таковой в группе АГ с одной добавочной почечной артерией ($46,52 \pm 9,27$ пг/мл; $p = 0,018$). С помощью ROC-анализа были установлены критериальные значения ренина для определения показаний к поиску множественных добавочных почечных артерий методами лучевой диагностики у молодых пациентов с АГ: площадь под кривой, равная 0,72, свидетельствовала о хорошем и достоверном качестве модели ($p = 0,019$), а таблица координат ROC-кривой для переменной ренина позволила выбрать сочетание чувствительности 68,8% и специфичности 62,5%, определившие точку отсечения – 59,65 пг/мл. Для улучшения межлабораторной сопоставимости результатов анализа при использовании различных тест-систем мы перевели полученное значение ренина плазмы ($\geq 59,65$ пг/мл) в уровень соответственно верхней границы нормы (37,52 пг/мл). Следовательно, уровень ренина $\geq 59,65$ пг/мл соответствует превышению верхней границы нормы в 1,59 раза и более.

Выводы. Установлена статистическая значимость между высоким уровнем ренина и добавочными почечными артериями у молодых пациентов с АГ. Определены критериальные значения гормона, ассоциированные с множественными добавочными почечными артериями. Полученные результаты могут быть использованы для определения показаний к лучевой диагностике добавочных почечных артерий у молодых пациентов с АГ.

СОВРЕМЕННЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРЕПАРАТАМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ

Репина Е.А., Инчина В.И.

Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет имени Н.П. Огарёва,
г. Саранск

Цель исследования. изучение метаболических показателей и патологических изменений

при сочетанном воздействии двух повреждающих факторов – гипергликемии и иммобилизационного стресса на фоне коррекции антиоксидантами.

Материалы и методы. Исследование проводилось на белых нелинейных крысах обоего пола массой 200 ± 20 г. Диабет моделировался внутрибрюшинным введением аллоксана в дозе 140 мг/кг. Экспериментальным животным подкожно вводили мексидол в дозе 25 и 50 мг/кг. В сыворотке крови исследовали следующие показатели: уровень гликемии, содержание общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности.

Результаты и обсуждение. Рост заболеваемости сахарным диабетом неразрывно связан с изменившимся образом жизни, воздействием факторов риска, к которым относятся такие универсальные для различных заболеваний факторы как стресс, гиподинамия, приводящие к ожирению, ИБС, гипертонии, сахарному диабету. Наличие тех или иных факторов риска определяет специфику выбора фармакологических методов коррекции.

Нарушения липидного обмена являются важным звеном патогенеза макроангиопатий и микроангиопатий при сахарном диабете. В этой связи нами было изучено влияние некоторых производных 3-оксиридина на уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности и триглицеридов сыворотки крови при экспериментальном диабете и его комбинации с иммобилизационным стрессом. Как показали исследования, комбинация двух факторов риска вызывает развитие дислипидемии, о чем свидетельствуют увеличение концентрации общего холестерина в сыворотке крови с $1,54 \pm 0,12$ до $2,17 \pm 0,44$ ммоль/л (на 40%), снижение ХС ЛПВП с $0,79 \pm 0,02$ до $0,62 \pm 0,09$ ммоль/л (на 21%), рост триглицеридов с $0,58 \pm 0,04$ до $1,98 \pm 0,24$ ммоль/л (на 241%), по сравнению с серией интактных животных. Развитие дислипидемии, в эксперименте, наиболее эффективно устраняет мексидол в дозе 25 и 50 мг/кг, снижая уровень ОХ в сыворотке крови на 70% и 58% соответственно. Эмоксипин и димефосфон в исследуемых дозах уступают по гипохолестеринемическому эффекту мексидолу, снижая содержание ОХ лишь на 18% и 4,56%. Мексидол в дозе 25 и 50 мг/кг повышает уровень ХС ЛПВП сыворотки крови с 0,62 в контроле до $0,88$ и $1,13$ ммоль/л, что составляет 42 и 82% соответственно.

Мексидол в исследуемых дозах снижает уровень триглицеридов сыворотки крови с $1,98 \pm 0,24$ в контроле до $0,486 \pm 0,04$ и $0,86 \pm 0,19$ ммоль/л (на 75,5 и 56,6%). Уменьшение содержания триглицеридов

в сыворотке крови на фоне эмоксипина составило – 54%, димефосфона – 66%.

Выводы. Таким образом, коррекция нарушений липидного обмена при сочетанном влиянии гипергликемии и иммобилизационного стресса оказалась наиболее эффективной на фоне введения мексидола. Наличие у мексидола гипохолестеринемической активности подтверждено экспериментальными исследованиями других авторов на различных экспериментальных моделях, вызывающих нарушения липидного обмена: при хроническом иммобилизационном стрессе.

ВЕСЕННЯЯ АСТЕНИЯ У ВРАЧА И БОЛЬНОГО

Решетова Т.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение степени астенизации практических врачей, руководящих медицинских работников, а также пациентов клиники внутренних болезней.

Материал и методы. В исследования участвовали 138 врачей-организаторов здравоохранения (главных врачей, начмедов, заведующих отделениями) и 47 практикующих врачей других специальностей, не занимающих руководящие должности (группа сравнения) и 126 больных терапевтического профиля. Обследование проводилось с помощью структурированных интервью и Шкалы астении MFI-20, которая выявляет различные признаки астенизации: в физической сфере (слабость, утомляемость), в психической сфере (снижение концентрации внимания, памяти), снижение активности и уровня мотивации.

Результаты и обсуждение. Параметры астенизации больных по методике MFI-20 были следующие: общий уровень астении $13,6 \pm 1,7$, физический компонент астении $11,1 \pm 1,7$, снижение активности $10,9 \pm 0,9$, снижение мотивации $9,3 \pm 1,6$, психический компонент (астения в когнитивной сфере) $12,6 \pm 2,1$ (норма <12 баллов) У практических врачей были следующие показатели: общий уровень астении $9,6 \pm 0,5$, физический компонент астении $9,5 \pm 0,7$, снижение активности $9,2 \pm 0,4$, снижение мотивации $8,3 \pm 0,4$ Психический компонент (астения в когнитивной сфере) $8,1 \pm 0,5$. Обследование руководящих медицинских работников выявило следующее: общий уровень астении $13,4 \pm 0,59^*$,

физический компонент астении $11,2 \pm 0,79$, снижение активности $12,2 \pm 0,49^*$, снижение мотивации $9,7 \pm 0,88^*$, психический компонент (астения в когнитивной сфере) $9,9 \pm 0,58^*$. При этом достоверных отличий астении у врачей и больных выявлено не было. Исследование продемонстрировало достоверную негативную сравнительную динамику $*p < 0,05$ параметров астенизации у руководящих работников между их осенними показателями и летними (перед отпуском). Необходимо отметить, что если осенью у 58% обследованных руководящих медицинских работников не было выявлено никаких признаков астенизации, то зимой такие данные были получены только у 30%, а к лету – у 21%. Структурированное интервью выявило в клинической картине астении у врачей большой блок признаков дисфункции вегетативной нервной системы: от бессонницы, сердцебиений, приливов, чувства неполного вдоха, спазмов в кишечнике до панических атак. При этом 72% врачей не обращались за медицинской помощью, но пытались лечиться психофармакологическими средствами самостоятельно. У 21% в схемы самолечения часто добавлялся корвалол, хотя сейчас имеются препараты, не вызывающие зависимости и без негативного влияния на концентрацию внимания, память. 37% врачей предпочитали фабомотизол (афобазол), 17% – тофизолам или другие бензодиазепиновые препараты, 10% – тетраметилтетраазабициклооктандион (адаптол), 10% – агомелатин, 5% – различные психотропные препараты (от amitриптилина до галоперидола). Весьма неблагоприятным признаком является мнение 21% врачей о том, что психофармакологическое лечение «барство, глупость; надо просто взять себя в руки».

Заключение. Вследствие социально-экономического кризиса 2 года в Санкт-Петербурге весенняя астения заканчивается к июлю. Страдают от нее и врачи, и больные. Если не предпринимать никаких мер, следствием астении являются конфликтность, снижение болевого порога, комплаенса, волевых качеств и др.

Исследованные врачи, рекомендуя своим пациентам в соответствии со стандартами, эффективные нейроангиопротекторы, вегетонормализаторы, антиоксиданты, ноотропные препараты, сами предпочитали или вообще не лечиться, или пользовались сомнительными средствами. Вместе с тем, принципы современной когнитивносберегающей психофармакотерапии позволяют помочь медицинскому работнику справиться с астенией, дисфункцией вегетативной нервной системы и сохранить работоспособность даже в условиях высокой психоэмоциональной нагрузки.

«SMART ОДЕЖДА» КАК СПОСОБ МОНИТОРИНГА ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Родионов А.Н., Рудченко И.В.
Военный инновационный технополис «ЭРА»,
г. Анапа

Цель исследования. Оценить возможность использования «Smart одежды» для длительного, дистанционного мониторинга жизненно важных функций организма и как альтернатива амбулаторным методам мониторинга.

Материалы и методы. Поиск данных в библиотеках «eLIBRARY», «GoogleScholar», «PubMed», «Science Direct» по ключевым словам: «smart одежда», «мониторинг жизненно важных функций», «smart clothing medical». Соответствие описания статей тематике исследования и году публикации (не ранее 2014).

Результаты и обсуждение. В век цифровой индустрии современные технологии стали неотъемлемой частью нашей жизни, в настоящее время мы живем в компьютеризированном и механизированном мире. Технический прогресс все глубже «вращается» в нашу повседневную жизнь, начиная от социальных сетей и 3D-принтеров, и заканчивая виртуальной реальностью и технологиями в медицине. Одной из таких современных технологий является «умная» одежда, которая постепенно входит в нашу повседневную жизнь.

Выявлено, что концепт «умной одежды» является одним из перспективных направлений цифровой медицины. С целью предупреждения острых патологических состояний, у лиц предрасположенных к ним, есть необходимость в круглосуточном мониторинге жизненно важных функций. Чтобы решить данную задачу, предлагается использовать комплекс датчиков, позволяющих регистрировать неинвазивно – сатурацию, ЭКГ, температуру тела, уровень гемоглобина, сахар крови. Данный комплекс датчиков представляется возможным внедрить в одежду. Для решения данной задачи рекомендуется использовать EPG-датчик (интегральная микросхема для измерения электрического потенциала). Эти датчики могут найти применение в таких областях, как электрокардиография, электромиография, электроэнцефалография и электроокулография. EPG-датчик может быть использован в качестве замены традиционной технологии «мокрого» электрода при снятии ЭКГ, так как данный вид датчика не требует ни геля, ни других веществ, улучшающих качество контакта. Для получения качественного ЭКГ-сигнала достаточно расположить EPG-датчик на теле пациента или в непосредственной близости от него.

Датчик позволяет решать широкий круг задач – от кардиомониторинга до более сложных клинико-диагностических исследований. В последнем случае он может быть использован в качестве замены регистрации ЭКГ в традиционных 12 отведениях. Это связано с тем, что стандартная частота стационарного электрокардиографа всего 200 Гц, датчики же имеют частотный диапазон 0,2-20 кГц, что позволяет оценивать высоко-частотные компоненты ЭКГ-сигнала, которые могут быть перспективными для диагностики многих кардиологических заболеваний, связанных с нарушениями ритма и проводимости. Так же можно создавать бесконтактные системы снятия сигнала, а в качестве опорного потенциала использовать проводящую ткань.

Выводы. Регистрируемые медицинские данные при помощи «Smart одежда» позволят оценить состояния здоровья человека в режиме реального времени, но без детального анализа получаемых данных эта информация ничего не стоит, поэтому большое значение играет создание алгоритма, который производит обработку и вывод результатов измерения пользователю или врачу. В настоящий момент данный алгоритм прорабатывается многими зарубежными исследователями, и возможно, в ближайшее время концепт «умной одежды» будет активно использоваться в медицине.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Родионова А.Ю., Сергеева В.В.
Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение статуса коморбидности у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС), направленных на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Материалы и методы. В исследование включены 363 больных, освидетельствованных в бюро МСЭ Санкт-Петербурга. Основная группа – 117 больных АГ с поражением органов-мишеней и МС (возраст – $57,7 \pm 0,9$ года); контрольная группа – 66 больных АГ с острым инфарктом миокарда и/или острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе, в сочетании с МС (возраст – $59,4 \pm 1$ года). Группы сопоставимы по возрасту и полу. Группу

сравнения составили 90 жителей блокадного Ленинграда (возраст $74,8 \pm 3,6$ года) с АГ и МС. Наличие МС устанавливалось на основе критериев Всероссийского научного общества кардиологов (2009). Для оценки статуса коморбидности применялся индекс Charlson. Статистическую обработку данных производили с использованием пакета программ Excel и Statistica ver. 6.0.

Результаты и обсуждение. В основной группе пациенты имели от 2 до 11 сопутствующих заболеваний (в среднем – $5,9 \pm 0,4$), индекс коморбидности (ИК) составил $3,7 \pm 0,3$. В контрольной группе ИК был достоверно выше и составил $4,3 \pm 0,4$, количество заболеваний на одного пациента варьировалось от 2 до 12 (в среднем – $6,3 \pm 0,6$). Наиболее распространенной сопутствующей патологией у больных в основной и контрольной группе являлась ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярная болезнь с дисциркуляторной энцефалопатией, нарушения сердечного ритма и проводимости, которые отражали стойкие нарушения функций сердечно-сосудистой системы различной степени выраженности. В группе сравнения ИК составил $5,0 \pm 0,3$ баллов, что достоверно выше, чем в основной группе больных ($p < 0,01$). При этом количество заболеваний у больных старшей возрастной группы составило от 4 до 14, в среднем – $8,2 \pm 0,5$, что выше показателей в основной группе исследуемых ($p < 0,01$). В группе сравнения кроме сердечно-сосудистой патологии в большом количестве выявлялись сопутствующие соматические заболевания различных органов и систем: заболевания органов пищеварения (хронический панкреатит – 53,3%, хронический холецистит – 45,5%, хронический гастрит – 19,5%), заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит – 89,6%, мочекаменная болезнь – 49,4%), заболевания опорно-двигательного аппарата (57,1%), приводящие к стойким нарушениям функций систем организма и ограничениям жизнедеятельности больных.

Выводы. Среди больных АГ с МС, направленных на МСЭ, высока частота сопутствующих заболеваний. У данной категории пациентов в структуре коморбидной патологии преобладает сердечно-сосудистая патология. Профиль коморбидности у больных АГ осложненного течения с МС отражает утяжеление форм сопутствующих заболеваний. С возрастом отмечается тенденция к преобладанию полиорганной пораженности, чаще – пищеварительной, мочевыделительной систем, опорно-двигательного аппарата. Также в старшей возрастной группе выявляется увеличение среднего балла ИК по всем системам и ухудшение прогностических показателей. Имеющаяся сопутствующая патология у больных АГ с метаболическими расстройствами может влиять на клинико-экспертную оценку состояния больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСАРКОИДОЗА

Родионова О.А.¹, Везикова Н.Н.¹, Сиренев И.М.²

¹Петрозаводский государственный университет,

²Республиканская больница имени В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Цель работы. Описать клинический случай диагностики нейросаркоидоза.

Материалы и методы. Пациентка Е., 26 лет. Известно, что в возрасте 14 лет обследовалась по поводу вторичного гипоталамического синдрома, специфической терапии не требовалось. У пациентки есть дочь 5 лет, ребенок здоров. В возрасте 17 лет по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга выявлялись очаги демиелинизации, наблюдалась неврологом, дальнейшее обследование на тот момент не назначалось. За 3 месяца до настоящей госпитализации отметила шаткость походки, тремор, по поводу чего выполнена МРТ головного мозга – описаны очаги глиоза. Была записана неврологом на плановую госпитализацию для дифференциальной диагностики демиелинизирующего заболевания.

Внезапно у пациентки развилась выраженная слабость в ногах, появились тазовые нарушения. Исключено острое нарушение мозгового кровообращения, госпитализирована в неврологическое отделение больницы скорой медицинской помощи, где с учетом данных МРТ сложилось диагностическое представление о цереброспинальной форме рассеянного склероза, была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном (суммарная доза 7,0 граммов) без положительной динамики. Переведена в Республиканскую больницу для дальнейшей терапии. При поступлении С-реактивный белок (СРБ) в пределах нормы, в клиническом анализе крови сдвиг лейкоцитарной формулы влево на фоне терапии глюкокортикоидами. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 13 мм/час. После проведения сеанса плазмафереза у пациентки развилась фебрильная лихорадка. С учетом лейкоцитурии, бактериурии, тазовых нарушений представление об инфекции мочевых путей, начата антибактериальная терапия. Другие очаги инфекции были исключены.

В связи с сохраняющейся фебрильной лихорадкой, повышением уровня СРБ, повышенным уровнем прокальцитонина представление о рецидивирующей инфекции мочевых путей, неоднократная смена антибактериальной терапии без положительного эффекта. Исключена инфекция ЦНС, ревматологическая патология, онокопатология.

При выполнении УЗИ органов брюшной полости обращали на себя внимание увеличенные лимфатические узлы до 15 мм. Пациентке выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ)

органов грудной и брюшной полостей – выявлены увеличенные внутригрудные и внутрибрюшные лимфатические узлы до 14мм и 40мм соответственно, гепатоспленомегалия. Таким образом, не исключалась реактивная лимфоаденопатия на фоне переносимой инфекции или лимфопролиферативное заболевание.

В условиях хирургического отделения пациентке выполнена лапаротомия, биопсия лимфатического узла.

Результаты и обсуждение. По результатам гистологического заключения: множественные четко ограниченные друг от друга эпителиоидно-клеточные гранулемы саркоидного типа с включением многочисленных гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса. Описанная гистологическая картина соответствует саркоидозу лимфатического узла. Пациентка осмотрена фтизиатром, выполнен диаскин-тест, был исключен туберкулез.

Таким образом, сложилось диагностическое представление о генерализованном саркоидозе, нейросаркоидозе. Начата терапия преднизолоном в дозе 65 мг в сутки. На фоне терапии – обрыв лихорадки, восстановилась чувствительность и частично двигательная функция в нижних конечностях.

Выводы. диагностический путь от первых проявлений саркоидоза в виде очагов демиелинизации по данным МРТ до развития клинической картины поражения ЦНС и лимфатических узлов составил почти 10 лет.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И ЛИТОВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Руденко Э.В.¹, Алекна В.⁵, Морозик П.М.³,
Тамултиене М.⁵, Руденко Е.В.⁴, Самоховец О.Ю.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Минский городской центр профилактики
остеопороза и болезней костно-мышечной системы,

³Институт генетики и цитологии

Национальной академии наук Беларуси,

⁴Белорусская академия последиplomного образования,
г. Минск, Республика Беларусь,

⁵Вильнюсский университет,

г. Вильнюс, Литовская Республика

Деносумаб – первый препарат из класса генно-инженерных биологических препаратов, разработанный для лечения остеопороза, который представляет собой человеческое моноклональное

антитело к лиганду рецептора активатора фактора каппа-В (RANKL). Рецептор RANK играет ключевую роль в развитии остеопороза, стимулируя созревание и активацию остеокластов путем связывания с соответствующим лигандом (RANKL). Деносумаб способен блокировать RANKL, что приводит к снижению уровней маркеров костной резорбции и увеличению костной массы, снижая риск остеопоротических переломов. Действие RANKL во многом определяется генетическими факторами. Полиморфизм генов пути RANK/RANKL/OPG, участвующих в регуляции костного метаболизма, может в значительной степени обуславливать индивидуальный ответ на лечение деносумабом, включая устойчивость к терапии.

Цель настоящего исследования. Изучение влияния полиморфизма генов пути RANK/RANKL/OPG на прирост минеральной плотности костной ткани (МПКТ) на фоне терапии деносумабом постменопаузального остеопороза у женщин.

Материалы и методы. В исследование было включено 83 женщины с постменопаузальным остеопорозом (медианный возраст 66,0 лет), получавших терапию деносумабом в течение 12 месяцев. Шестидесять семь из включенных в исследование женщин были расценены как ответчики на лечение (наблюдалось увеличение МПКТ после периода лечения), у 16 наблюдалось снижение МПКТ (неответчики). Измерение МПКТ проводилось методом ДРА на аппарате Prodigy, GE Lunar, США. Частоты генетических маркеров OPG (остеопротегерин, rs3134069, rs3102734), RANKL (rs9594738, rs9594759) и WNT4 (rs7521902) исследовали методом ПЦР.

Результаты. OPG rs3134069, rs3102734, RANKL rs9594738 были статистически значимо ассоциированы с недостаточным ответом на терапию деносумабом (OR=4,6, 95% ДИ 1,2-16,9 и OR=12,3, 95% ДИ 1,3-111,9, соответственно, $P < 0,02$). Выявленное сильное прямое неравновесное сцепление ($P < 2,0 \times 10^{-16}$) свидетельствует о преимущественном совместном наследовании аллелей риска вариантов генов OPG и RANKL. Множественный анализ частот гаплотипов, сформированных из маркеров OPG rs3134069, rs3102734, RANKL rs9594738, rs9594759 и WNT4 rs7521902, позволили выявить гаплотип C-A-T-T-C, состоящий из аллелей риска соответствующих вариантов генов и существенно повышающий возможность выявления «неответчиков» на лечение остеопороза деносумабом (OR=16,6, 95% ДИ 1,4-185,9, $P=0,029$).

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования позволили выявить 4 информативных генетических маркера устойчивости к терапии деносумабом. Эти данные могут способствовать разработке персонализации антиостеопоротической терапии на этапе принятия решения выбора конкретного препарата. Исследование продолжается.

Данное исследование осуществлялось при финансировании Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований и Научного совета Литвы.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДИНАМИКУ АНТИТЕЛ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Русанова О.А.¹, Гонтарь И.П.¹, Емельянова О.И.¹,
Парамонова О.В.², Зборовская И.А.¹

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
²Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград

Введение. Развитие и течение РА связано с изменением общей и иммунологической реактивности организма, сложными ферментативными и обменными сдвигами, в регуляции которых большое значение имеет эндокринная система.

Гормоны щитовидной железы усиливают как резорбцию, так и синтез костной ткани, выработку гликозаминогликанов и протеогликанов в соединительной ткани. Избыточная концентрация тиреоидных гормонов способствует усилению воспалительных реакций и дискордантности обмена веществ.

Цель исследования. Определить влияние проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий на динамику исследуемых тиреоидных показателей и антител к ним.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 73 человека, с сочетанной патологией – ревматоидный артрит и тиреоидные заболевания, причем средняя продолжительность манифестного заболевания щитовидной железы составила $3,01 \pm 1,74$ года, и 35 практически здоровых лиц- доноров станции переливания крови, сыворотку которых использовали в качестве контроля. В зависимости от вида проводимой терапии было сформировано три группы. В состав первой группы из 21 человека вошли пациенты которые получали нестероидные противовоспалительные препараты per os или в/м, базисные препараты (метотрексат, арава, делагил), ГКС (местно). II сформировали из 33 пациентов, получавших НПВП, базисные препараты в сочетании с системными ГКС (15-40 мг/с). III – 16 человек для лечения которых использовали НПВП и базисные препараты в

сочетании с плазмаферезом. В качестве антигенов использовались коммерческие препараты «L-тироксин» и «Трийодтиронин». Антитела к ним определяли иммуноферментным методом при фиксации антигена мультисерийной полимеризацией в потоке газообразного азота с включением магнитного материала и ковалентного связывания глутаровым альдегидом в модификации И.П. Гонтаря с соавт. 2001 г.

Результаты. В первой группе, представленной, в основном пациентами с умеренной активностью, уровень АТ к Т3 и Т4 был изначально невысокий, АТ к Т4 $0,127 \pm 0,013$ е.о.п., АТ к Т3 $0,110 \pm 0,013$ е.о.п. и в результате лечения произошла нормализация данного показателя, АТ к Т4 $0,098 \pm 0,010$ е.о.п., АТ к Т3 $0,058 \pm 0,011$ е.о.п. ($p < 0,05$). Более выраженный эффект лечения наблюдался у больных, принимавших глюкокортикостероиды. В этой группе, по данным ИФА, наблюдалась отчетливая тенденция к уменьшению количества АТ к тиреоидным гормонам АТ к Т4 $0,118 \pm 0,014$ е.о.п., АТ к Т3 $0,113 \pm 0,012$ е.о.п. Снижение уровня антител под влиянием ГКС вполне АТ к Т4 $0,083 \pm 0,010$ е.о.п., АТ к Т3 $0,091 \pm 0,020$ е.о.п. В III группе больных в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий произошло достоверное снижение уровня АТ к Т3 и Т4 ($p < 0,05$) АТ к Т4 $0,137 \pm 0,010$ е.о.п., АТ к Т3 $0,117 \pm 0,001$ е.о.п. Количества АТ к Т4 $0,091 \pm 0,0009$ е.о.п., АТ к Т3 $0,079 \pm 0,0008$ е.о.п. после проведенной терапии.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о положительном влиянии в комплексном лечении больных РА базисных препаратов, являющихся основой реабилитационных мероприятий и экстракорпоральных методов (плазмафереза), приводящих к значимому снижению интенсивности антителогенеза, нормализации уровня тиреоидных гормонов и уменьшению активности заболевания.

ИНФАРКТ МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ. ДАННЫЕ АНАЛИЗА РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗА 2013-2018 ГГ.

Рыжикова М.В., Болдуева С.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

ФП может быть как осложнением инфаркта миокарда (ИМ), так и фактором, предрасполагающим к его развитию. Ведение пациентов с ФП и ИМ сопряжено с определенными трудностями, в частности, с антитромботической терапией.

Цель. Оценить распространенность различных типов ИМ у больных с ФП, встречаемость ФП среди больных с ИМ, особенности антитромботической терапии в данной группе пациентов.

Методы. Анализ историй болезни 1520 пациентов с ИМ за 6 лет (2013-2018 гг.).

Результаты. Среди всех больных с ИМ ФП зарегистрирована у 271 пациента (17.8%), из них: женщин – 53.5%, мужчин – 46.5%, средний возраст – 74.8 ± 12.8 лет. ФП в анамнезе была у 156 больных (57.6%), из них: постоянная форма – у 53 (43.8%), пароксизмальная – 52 (43%), персистирующая – 16 (13.2%); у 80 пациентов (29.5%) – впервые зарегистрирована в остром периоде ИМ, у 35 (12.9%) – достоверно давность ФП неизвестна. Большинство пациентов как с предсуществующей, так и первым пароксизмом ФП (75.6% и 88.8% соответственно) переносили ИМ 1 типа; ИМ 2-го типа развивался у 35 больных (22.4%) с хронической ФП, у 8 из которых (0.53% из всех больных с ИМ) были эмбологенными ИМ; у 8 пациентов (10%) среди лиц с впервые возникшей ФП ИМ развился на фоне тахисистолии. У 90.5% пациентов с ИМ 1 типа выполнена ангиопластика и стентирование инфаркт-связанной артерии. Среди пациентов с ИМ 1 типа на фоне предсуществующей ФП тройная антитромботическая терапия (пероральный антикоагулянт (АК)+ацетилсалициловая кислота+клопидогрел) в 64.9% случаев была назначена на 1-3 месяца, далее – двойная терапия (АК+клопидогрел) на 12 месяцев, с последующим переходом на АК; в 7% случаев срок двойной терапии сокращался до 3-6 месяцев в связи с развившимся малым кровотечением/ высоким риском кровотечения. В 10.5% случаев АК не были назначены у пациентов с крайне высоким риском кровотечения, включая невозможность контроля МНО на амбулаторном этапе, плохой комплаенс; в 4.4% случаев (у пациентов без стентирования КА/развившимся малым кровотечением/высоким риском кровотечения) назначены только АК. Не антагонисты витамина К (НОАК) в составе антитромботической терапии используются с 2016 г. – в 91.7% случаев, в 2018 г. – в 73.3%. Среди пациентов с ФП в анамнезе и ИМ 2 типа АК были назначены в 94% случаев, причем либо в виде монотерапии (НОАК) – 25% больных (в связи с высоким риском кровотечения), либо в сочетании с 1 дезагрегантом – 46.9%, либо в составе тройной терапии – 15.6%. В группе пациентов с ИМ и впервые возникшей ФП антикоагулянты в составе тройной антитромботической терапии при выписке назначены только в случае повторных пароксизмов ФП во время госпитализации, причем в 2013 г. – в 7.1%, в 2018 г. – в 20% случаев.

Выводы. Таким образом, ФП встречается у 17,8% пациентов с ИМ, в большинстве случаев –

предсуществующая ФП, постоянная форма. В основном – ИМ 1 типа. В последние годы все чаще используются антикоагулянты, причем преимущественно НОАК. У большинства больных назначалась тройная антитромботическая терапия.

ОЦЕНКА ГИПОАЗОТЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕФРОЦИЗИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III-IV СТАДИИ

Сайитхонов С.М., Жаббаров А.А.
Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Последнее десятилетие принесло немало открытий в отношении особенностей течения и тактики лечения хронической болезни почек. Была выявлена многофакторная ее природа, включающая нарушение белкового, водно-электролитного, минерального обмена и другие нарушения, выявляемые при лабораторных исследованиях. Тем не менее, важнейшим проявлением ХБП, влекущим к смертельным осложнениям, остается уремическая интоксикация.

Цель исследования. Оценить клинический эффективность и безопасность препарат Нефроцизина в качестве гипоазотемического средства.

Материал и методы обследования. В клиническое исследование были включены 60 больных, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении 3 клиники Ташкентской Медицинской Академии, с клиническим установленным диагнозом хроническая болезнь почек, III-IV стадии. Под нашим наблюдением находились 60 больных с хронической почечной недостаточностью разной этиологии, из них 31 (52%) мужчин и 29 (48%) женщин. Опытную группу составили пациенты от 18 и более лет в возрасте от 19 лет до 73 лет. Средний возраст больных составил $50,8 \pm 3,3$ лет. Из них женщин – 13 (43,3%) и мужчин 17 (56,7%). В группе сравнения с такими диагнозами и соответствующим возрастом в возрасте от 20 лет до 74 лет. Средний возраст больных составил $47,7 \pm 2,9$ лет. Из них женщин – 16 (53,3%) и мужчин 14 (46,7%). Скорость клубочковой фильтрации (рассчитывали по формуле Коккрофта-Голта) у обследованных больных соответствовала ХБП III-IV ($30-59$ мл/мин). Состояния азотистого обмена оценивали по показателям мочевины, креатинина в сыворотке которые определялись общепринятыми методами. Длительность исследования составила 20 дней. Контрольными точками исследования явились первый, десятый и двадцатый день лечения. Все больные с диагнозом

ХБП 3-4 стадии получали традиционное лечение, включавшее коррекцию кислотно-щелочного баланса, водно-электролитных нарушений. Больные были произвольно разделены на 2 группы (А и В) по 30 человек, сопоставимые по полу, возрасту, весу и росту.

В группу А включили больных, которым в дополнение к традиционной терапии ХБП назначали препарат нефроцизин в дозе 50 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки в течении 20 дней.

В группу В включили, получавших традиционное лечение.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия t-Стьюдента для парных и непарных переменных. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Проведенное исследование показали, что в опытной группе до лечения значение систолического артериального давления (САД) было равно $153,3 \pm 4,2$ мм рт.ст., а значение диастолического артериального давления (ДАД) равно $90 \pm 1,9$ мм рт.ст, соответственно. Приходя на 20 день лечения, в опытной группе получавших «Нефроцизин» значение САД составило $136,7 \pm 2,9$ мм рт.ст. и ДАД $83,7 \pm 1,3$ мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе среднее значение САД было также равно до лечения $145,3 \pm 4,0$ мм рт.ст, а ДАД $88,0 \pm 2,3$ мм рт.ст., соответственно. В контрольной группе получавших базисную терапию, после лечения средний показатель САД составил $138,3 \pm 4,0$ мм рт.ст и ДАД $84,2 \pm 1,9$ мм рт.ст., соответственно. Необходимо отметить и то, что исходные значения САД и ДАД как у больных опытной группы, так и у больных контрольной группы существенно не отличаются.

Динамика пульса на фоне лечения обследуемых больных существенно (статистически значимо) не отличается. Если в опытной группе среднее значение пульса была равно до лечения $81,8 \pm 1,7$, а после лечения $76,8 \pm 1,0$.

Согласно полученным результатам, скорость клубочковой фильтрации, оцененная в начале и в конце исследования, оставалась стабильной ($46,07 \pm 0,52$ мл/мин и $47,57 \pm 1,16$ мл/мин в группе А, $42,07 \pm 1,16$ мл/мин и $45,07 \pm 0,82$ мл/мин в группе В;). Показатели мочевины и креатинина до лечения в группе А составляла $10,4 \pm 0,92$ ммоль/л и $297,6 \pm 5,5$ мкмоль/л соответственно. Уровень остаточного азота был равен – $52,4 \pm 4,2$ ммоль/л. В группе В были следующие показатели: мочевина – $10,9 \pm 1,1$ ммоль/л, креатинин – $279,6 \pm 4,9$ мкмоль/л, остаточный азот – $57,6 \pm 4,2$ ммоль/л. После 20 дней лечения, у больных в группе А отмечалось заметное снижение вышеуказанных показателей (мочевина – $8,2 \pm 0,7$ ммоль/л, креатинин – $212,7 \pm 4,1$ мкмоль/л, остаточный азот – $49,6 \pm 4,8$ ммоль/л.). У больных группы В такой динамики не наблюдалось.

Вывод. При использовании Нефроцизина наблюдается уменьшение среднего показателя мочевины и креатинина гораздо быстрее, чем в группе получавших только традиционное лечение. Уменьшение уровней мочевины и креатинина говорит о том, что при использовании Нефроцизина уремия и интоксикация организма снижаются быстрее, чем при использовании только традиционного лечения.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ. НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Сайфутдинов Р.Г.,
Миннуллина З.Ш., Сайфутдинов Р.Р.
Казанская государственная медицинская академия,
г. Казань

Цель исследования. Оценить содержание желчных кислот в крови при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Желчные кислоты (холевая, хенодезоксихолевая, литохолевая, дезоксихолевая и урсодезоксихолевая) в крови определяли у 74 больных с НАЖБП (средний возраст $58,4 \pm 1,5$ лет). Всем пациентам была выполнена антропометрия и они прошли полное клиническое, биохимическое и инструментальное обследование. Больных со стеатозом печени было – 64 чел, с стеатогепатитом – 10 чел. Содержание желчных кислот в мг/мл (первичные: холевая, хенодезоксихолевая; вторичные: литохолевая, дезоксихолевая и третичная: урсодезоксихолевая) в сыворотке крови определяли методом газожидкостной хроматографии на хроматографе «Хромос GX-1000» (Россия).

Результаты и обсуждение. Содержание всех пяти ЖК у здоровых лиц статистически не различалось по полу. В то же время уровень ЖК у больных с НАЖБП, как при стеатозе, так и при стеатогепатите, статистически значительно выше, чем в контрольной группе. Имеется достоверная разница в содержании некоторых ЖК в крови между пациентами со стеатозом печени и стеатогепатитом. Нужно отметить, что она существует только в отношении вторичных ЖК и третичной. Так, при стеатогепатите, в сравнении со стеатозом печени, литохолевая кислота и УДХК больше у мужчин, а дезоксихолевая ниже. Наоборот, у женщин литохолевая и УДХК ниже, а дезоксихолевая кислота выше. Также разница в содержании ЖК (в сторону, или повышения, или понижения) между мужчинами и женщинами, при стеатогепатите более выражена, чем при стеатозе печени. Выводы. У

больных с НАСГ, по сравнению с СТП значительно выше в крови содержание ХК ($5,51 \pm 0,11$ и $5,16 \pm 0,06$, $p < 0,01$) и, ниже УДХК ($0,34 \pm 0,04$ и $0,61 \pm 0,02$, $p < 0,01$), соответственно. Что является дифференциально-диагностическим критерием этих состояний.

ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА УРОВЕНЬ «СРЕДНИХ МОЛЕКУЛ» В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Саламех К.А., Шаповалова В.К.
Луганский государственный медицинский
университет имени Святого Луки,
г. Луганск, Украина

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) – одна из самых распространенных патология, среди заболеваний ЛОР-органов, которая поражает, прежде всего, лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста. Установлено, что решающую роль в патогенезе данной сочетанной патологии играет синдром «метаболической» интоксикации (СМИ), который характерен для многих заболеваний воспалительного характера. Наличие СМИ у больных ОТФ, на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) требует разработки новых схем лечения с использованием современных препаратов.

Цель работы. Изучение влияния циклоферона на уровень «средних молекул» (СМ) у больных ОТФ на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 65 больных с ОТФ на фоне ХОБЛ, в возрасте от 18 до 58 лет. Все больные были распределены на две группы – основную (33 пациента) и сопоставления (32 пациента). Пациенты основной группы, помимо общепринятого лечения дополнительно получали современный иммуномодулирующий препарат циклоферон.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований установлено, что у всех обследованных больных ОТФ на фоне ХОБЛ имели место существенные нарушения со стороны изученных лабораторных показателей уже на этапе постановки диагноза (то есть до начала лечения). Они заключались в достоверном повышении уровня СМ в сыворотке крови, что указывает на наличие синдрома «эндогенной» (метаболической) интоксикации у этих больных. Так, при норме показателя СМ $0,56 \pm 0,08$ г/л, у больных с ОТФ на фоне ХОБЛ, он составлял

в среднем $3,69 \pm 0,07$ г/л в основной и $3,75 \pm 0,09$ г/л в группе сопоставления соответственно ($P < 0,01$). То есть, концентрация СМ в сыворотке крови у больных данного профиля превышала нормальные значения в 6,6 раз, составляя в среднем $3,72 \pm 0,8$ г/л.

При изучении уровня СМ у больных ОТФ на фоне ХОБЛ, на момент выписки из стационара было установлено, что у больных основной группы, принимавших, кроме общепринятого лечения циклоферон, отмечается практически полная нормализация данного показателя, в то время как в группе сравнения, несмотря на некоторую положительную динамику, уровень СМ оставался достоверно выше нормы.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности циклоферона в комплексе лечения больных ОТФ на фоне ХОБЛ. Это позволяет считать перспективным использование данного препарата при лечении данной коморбидной патологии.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Санеева Г.А.

Ставропольский государственный
медицинский университет,
г. Ставрополь

Концепция профилактической медицины, как неотъемлемая часть общественного здравоохранения, в последние годы приобретает все большую актуальность. В числе наиболее значимой неинфекционной патологии, требующей комплексного применения превентивных программ, остеопороз занимает прочное место.

Качественные и количественные характеристики костной ткани, во многом определяющие развитие остеопороза, формируются в двух первых декадах жизни. Исключение факторов риска, своевременная диагностика нутритивно-дефицитных состояний с рациональной модификацией образа жизни и питания приобретают особое превентивное значение в группах риска костной метаболической патологии.

Генетические синдромы с системным поражением соединительной ткани, такие как несовершенный остеогенез, синдром Марфана, Элерса-Данло, ассоциированы с развитием вторичного остеопороза. Однако спектр наследственных соединительнотканых нарушений широк, не ограничиваясь только моногенными формами. Гипермобильность суставов – одно из характерных фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани, встречается

при моногенных дифференцированных синдромах, а также является диагностическим критерием нозологически обособленной единицы – синдрома гипермобильности суставов (СГМС).

Цель исследования. Оценка показателей костно-минерального обмена и нутритивного статуса у пациентов с синдромом гипермобильности суставов.

Материал и методы. Обследованы 214 пациентов (128 мужчин и 86 женщин) в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст $22,8 \pm 3,6$ лет). СГМС диагностировали по шкале Р. Beighton согласно действующим критериям. В исследование не включались больные с моногенными заболеваниями. В контрольную группу были включены 40 человек без дисплазии соединительной ткани. Изучали сывороточные показатели фосфорно-кальциевого обмена, уровни витамина D (25(OH)D). Суточное потребление кальция оценивали по пищевым таблицам на основании дневника питания в течение трех дней.

Результаты статистически обработаны. Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выявленные в группе пациентов с СГМС особенности костного минерального обмена характеризовались незначительно сниженными или низконормальными показателями общего кальция крови на фоне сохраненного референсного значения фосфатемии. Гипокальциемию при этом имели 23,3% ($\chi^2=4,016$, $p=0,045$) обследуемых.

Оценка среднесуточного потребления кальция по дневникам питания в группах с СГМС и контрольной продемонстрировала более чем двукратное его снижение – 448 ± 56 мг/сутки и 424 ± 45 мг/сутки соответственно – по сравнению с рекомендуемыми возрастными нормами. Распространенность гипокальциемии в группе СГМС по сравнению с контрольной ($p < 0,05$) при сопоставимом кальций-дефицитном стереотипе питания может свидетельствовать о дезадаптации костно-минеральной регуляции у пациентов с соединительнотканной недостаточностью.

Распространенность D-дефицита среди пациентов с СГМС оказалась достоверно высокой по сравнению с группой контроля ($\chi^2=3,782$, $p=0,048$), а выраженный, менее 10 нг/мл, дефицит отмечен у 4,1% больных.

Выводы. Мероприятия по профилактике и выявлению недостаточности остеотропных минералов целесообразны в программах курации пациентов с СГМС. Они включают определение нутритивного статуса, диагностику минеральной недостаточности, обучение принципам рациональной диетотерапии, применение дополнительной медикаментозной поддержки. Скрининг витамин D-дефицитных состояний при СГМС с адекватным их восполнением – важная составляющая профилактической стратегии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Сатаева Л.Г.

Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алма-Ата, Республика Казахстан

Актуальность изучения проблемы вирусных гепатитов связана с их высокой социальной, клинико-эпидемиологической и экономической значимостью. Казахстан является гиперэндемичным регионом по вирусным гепатитам. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается в южных и юго-западных регионах республики. Официально регистрируемые формы вирусных гепатитов в Казахстане – гепатиты А и В.

Из всех нозологических форм вирусных гепатитов наиболее распространенным является гепатит А, и регистрируется до 90%. За последнюю четверть века в Казахстане переболело 1,5 млн. человек, причем ежегодно регистрируется от 4 до 60 тысяч случаев вирусного гепатита А (ВГА). Однако эти статистические данные представляют только небольшую долю от действительного числа заболеваний, так как у детей младшего возраста инфекция протекает бессимптомно, и регистрируются далеко не все случаи.

Цель исследования. Изучить заболеваемость хроническим вирусным гепатитом за период с 2012 по 2017 гг. в Казахстане.

Материал и методы. В исследовании применены эпидемиологические методы – описательная статистика. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости вирусным гепатитом А, с использованием учетно-отчетной документации ДКГСЭН (Департамент Комитета Государственного Санитарно-Эпидемиологического Надзора) за 2012-2017 гг.: «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях», формы №1, формы №2; формы 058/у – экстренные извещения. Обработка данных проводилась с использованием методов эпидемиологической диагностики, статистических методов и программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В течение последних 5 лет заболеваемость хроническим вирусным гепатитом в Казахстане в целом имеет тенденцию к спаду. Проведенный анализ заболеваемости в разрезе территориальной принадлежности населения показывает, что городские жители более подвержены ХВГВ. Западные регионы страны, несмотря на ощутимое снижение заболеваемости ХВГВ, остаются одними из лидеров как в 2012, так и в 2017 годах. В Южно-Казахстанской области в 2017 году заболеваемость остается на том же высоком уровне,

как и в 2012 году. По данным статистики в 2017 году в Казахстане был зарегистрирован показатель заболеваемости вирусными гепатитами на 100 тысяч населения – 258,31. Из них 223,72 составил гепатит А, в то время как гепатит В – 25,32 соответственно. Наиболее пораженной возрастной группой являются дети 5-9 летнего возраста, среди которых зарегистрированы самые высокие показатели. Ведущий путь контактно-бытовой и регистрируется в 71,5% случаев. Выявлена осенняя сезонность. Своевременная вакцинация контактных лиц в эпидемических очагах привело к снижению заболеваемости. Анализ многолетней динамики заболеваемости вирусными гепатитами А населения г.Алматы за период 2012-2017 годы показал, что отмечается снижение уровня заболеваемости с 35,1 на 100 тысяч населения в 2015 году до 8,8 в 2017 году соответственно.

Для эпидемического процесса вирусного гепатита А в период 2012-2017 годы характерна выраженная тенденция к снижению, темп снижения составил – 10,3%.

Выводы. В течение последних 5 лет заболеваемость хроническим вирусным гепатитом В в Казахстане имеет тенденцию к спаду. Среди городского населения заболеваемость в среднем за весь период в 2,4 раза больше, чем у сельского населения. По итогам в 2017 году количество регионов, сохраняющих лидерские позиции, занимают – г. Астана, Западно-Казахстанская, Южно-Казахстанская, Жамбылская, Актюбинская области и г. Алматы.

НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ПРИЧИНА АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Сафарова К.Н., Дорогойкина К.Д., Ребров А.П.
Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости НПВП-индуцированного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов со спондилоартритами (СпА) и анемией.

Материалы и методы. У 107 пациентов с достоверным СпА (средний возраст 44 [36; 53] года, продолжительность СпА – 16 [9; 21] лет, 66 (61,9%) мужчин) проведена оценка гемограммы, уровня С-реактивного белка (СРБ), показателей феррокинетики (железо сыворотки, трансферрин, ферритин,

насыщение трансферрина железом (НТЖ). Анемия устанавливалась в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) при снижении уровня гемоглобина <130 г/л у мужчин и <120 г/л у женщин. Для оценки состояния слизистой оболочки (СО) верхних отделов ЖКТ пациентам с анемией выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Результаты и обсуждение. Анемия является частым гематологическим нарушением у пациентов с ревматическими заболеваниями, наиболее часто регистрируются анемия хронического заболевания (АХЗ) и железодефицитная анемия (ЖДА), либо их комбинация. Развитие анемии ассоциировано с активностью основного заболевания, а в ряде случаев может являться осложнением медикаментозной терапии, в том числе приема НПВП. В исследуемой группе анемия выявлена у 42 (39,3%) пациентов: у 38 (90,5%) пациентов анемия легкой степени, у 4 (9,5%) – средней степени. На основании анализа гемограммы, показателей феррокинетики и уровня СРБ пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия лабораторных признаков абсолютного железодефицита: 1-ая группа – 13 (31%) пациентов с диагностированной АХЗ, 2-ая группа – 26 (61,9%) больных с анемией смешанного генеза (АХЗ+ЖДА) и 3 (7,1%) пациента с истинной ЖДА.

Все пациенты с анемией принимали НПВП: большинство пациентов (75,6%) принимали НПВП с умеренной селективностью и неселективные НПВП. Индекс приема НПВП ASAS, рассчитанный на период предшествующих 30 дней, составил 71,4 [42,9; 100]%. Все пациенты принимали НПВП в сочетании с ингибиторами протонной помпы.

По результатам ЭГДС в 1-ой группе пациентов НПВП-индуцированные эрозии СО пищевода и желудка выявлены у 1 (7,7%) больного, эндоскопические признаки гастрита – у 8 (61,5%) пациентов, гастродуоденита и рефлюкс-эзофагита – у 3 (23,1%) пациентов, у 1 (7,7%) больного патологии СО ЖКТ выявлено не было. Во 2-ой группе у 1 (3,4%) пациента с язвенным анамнезом выявлены эрозии СО желудка, у 14 (48,3%) пациентов – эндоскопические признаки гастрита, у 10 (34,5%) – гастродуоденита, из них у 5 пациентов выявлен эзофагит, у 4 (13,8%) – изменений СО не выявлено. Эпизод НПВП-индуцированных эрозий желудка и 12-перстной кишки (ДПК) в анамнезе отмечен у 4 (13,8%) больных 2-ой группы, на момент исследования при ЭГДС дефектов СО не обнаружено. У 3 (10,3%) больных в анамнезе указание на язвенную болезнь желудка или ДПК, у 2-х пациентов при ЭГДС выявлена рубцовая деформация пилородуоденальной зоны.

Выводы. Анемия выявлена более чем у трети пациентов со СпА, из них у большинства (90,5%)

больных зарегистрирована анемия легкой степени. У 29 (69%) больных выявлены лабораторные признаки железодефицита, но только у 1 (3,4%) пациента при ЭГДС подтверждено НПВП-индуцированное эрозивное поражение верхних отделов ЖКТ. Причиной дефицита железа в данной группе может являться наличие НПВП-ассоциированной энтеропатии, что требует дополнительного обследования пациентов. Развитие железодефицита может быть патогенетически связано с длительным угнетением абсорбции алиментарного железа на фоне персистирующего системного воспаления и истощением запасов железа в отсутствие желудочно-кишечной кровопотери.

РОЛЬ САРКОПЕНИИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Сафонова Ю.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Актуальность. Саркопения – это возрастное заболевание, описываемое прогрессирующей потерей мышечной массы и функции. Кроме того, саркопения является основной клинической проблемой в общественном здравоохранении пожилых людей, которое ведет к некоторыми неблагоприятными последствиями, такими как инвалидность, низкое качество жизни и повышенный риск смерти. Распространенность саркопении возрастает. Это обусловлено социально-экономическими факторами, а также результатом старения населения во всем мире. По данным ВОЗ в 2050 году должно быть не менее 2 миллиардов людей в возрасте от 65 лет и старше, по сравнению с 600 миллионов сегодня. Средняя продолжительность жизни также растет, особенно в промышленно развитых странах. В возрасте до 25 лет, происходит постепенное уменьшение размера и количества мышечных волокон, что приводит к потере около 30% мышечной массы в возрасте 80 лет. В 2016 году саркопения была включена в классификатор болезней МКБ-10 с кодом М.62. 84, а в октябре 2018 года после 10-летнего изучения саркопении мировыми гериатрическим и ревматологическим сообществами был принят новый термин саркопении и алгоритм диагностики. Интерес к саркопении во всем мире возрастает. Задачей врача в клинической практике будет заключаться в оценке саркопении риска и проведении мероприятий, направленных на профилактику неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Провести анализ публикаций, оценивающих роль саркопении в практическом здравоохранении.

Материалы и методы. Обзор базы данных PubMed проводился с 2010 по 2019 года с использованием заранее определенных поисковых терминов саркопении и хронические неинфекционные заболевания: были добавлены дополнительные заранее определенные условия поиска. Наблюдательные исследования были включены в анализ. Критерии отбора статей были рекомендации Европейской рабочей группы по изучению саркопении у пожилых людей (EWGSOP 2010 и 2018 годов), с определением мышечной массы с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) или анализа биоэлектрического импеданса (BIA), измерением мышечной силы ручным динамометром и проведением функциональных SPPB тестов, включающих в себя оценку обычной скорости ходьбы, теста с определением баланса и теста на поднятие со стула 5 раз.

Результаты. В 2010 году Европейская рабочая группа по изучению саркопении (European Working Group on Sarcopenia in Older People Sarcopenia) (EWGSOP) опубликовала определение саркопении, которое широко использовалось во всем мире. Это способствовало достижению прогресса в выявлении саркопении и обеспечению ухода за людьми, которые имели риск развития саркопении. В течение десятилетия, прошедшего с начала работы EWGSOP, исследователи и клиницисты изучили многие аспекты саркопении. Экспертные группы по всему миру опубликовали дополнительные определения саркопении, а исследователи сделали значительный прорыв науки в области понимания мышечной ткани для нормального функционирования организма и ее роли при различных заболеваниях. В настоящее время саркопения официально признана мышечным заболеванием с кодом в МКБ-10 – M.62. 84. В начале 2018 года Рабочая группа вновь собралась (EWGSOP2), чтобы провести анализ научных данных, накопленных за 10 лет и обновила алгоритм диагностики саркопении. Оптимальный уход за пациентами с саркопенией необходим, потому что саркопения увеличивает риск падений и переломов, ухудшает способность выполнять повседневную деятельность. Саркопения имеет тесную связь с сердечно-сосудистыми, респираторными заболеваниями и когнитивными нарушениями. Это заболевание приводит к нарушениям подвижности и способствует снижению качества жизни, потери независимости или необходимости долгосрочного ухода и повышает риск смерти. Наличие саркопении увеличивает риск госпитализации и увеличивает стоимость лечения во время госпитализации.

Выводы. Знание саркопении необходимы врачу первичного звена для своевременного выявления факторов риска саркопении, и проведение мероприятий, направленных на профилактику неблагоприятных исходов.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ

Сафонова Ю.А.^{1,2}, Алиев Д.Б.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое иммуновоспалительное (аутоиммунное) заболевание, проявляющееся прогрессирующей деструкцией суставов, системным воспалением внутренних органов и ассоциированное с широким спектром коморбидных заболеваний. Показано, что одним из независимых факторов риска РА является снижение мышечной функции особенно у пациентов пожилого возраста за счет возрастного снижения количества мышечных волокон, что приводит к снижению функциональной мобильности, увеличению риска падений и, соответственно, переломов.

Цель исследования. Провести анализ состояния силы и функции скелетных мышц у пациентов с поздним дебютом РА.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента с РА (14 женщин и 8 мужчин), соответствующие критериям ACR/EULAR 2010 г, средний возраст 73,2±6,3 года, длительность заболевания 3,4±3,0 лет. Из них 7 человек (31,8%) имели низкую активность заболевания, 15 человек (68,2%) высокую активность. Мышечную силу оценивали с помощью кистевого динамометра ДК-50. Снижение мышечной силы наблюдается при показателях менее 20 кг для женщин и 30 кг для мужчин. Мышечную функцию изучали по результатам краткого комплекса тестов физической активности SPPB-тестов (short physical performance battery). Нарушение мышечной функции определялось при снижении общего балла менее 9. Активность РА определяли по индексу DAS28 в соответствии с классификацией Ассоциации ревматологов России (ARR) 2007 г. Высокая активность соответствовала DAS28 >5,1 балла.

Результаты. В представленной выборке пациентов с РА показатели мышечной силы варьировали

от 4 до 35 кг (среднее значение $15 \pm 2,1$ кг). У лиц с низкой активностью РА средние значения мышечной силы достоверно выше, чем у пациентов с высокой активностью РА ($22,4 \pm 2,4$ кг и $11,5 \pm 2,6$ кг соответственно, $p < 0,01$). Показатели динамометрии у женщин были ниже нормальных значений ($8,7 \pm 2,3$ кг против 16 кг соответственно), у мужчин средние значения мышечной силы соответствовала норме $26,0 \pm 2,1$ кг. 50% мужчин и 100% женщин имели низкие значения мышечной силы. У пациентов с РА показатели мышечной функции по результатам общего балла SPPB тестов варьировали от 3 до 12 баллов (среднее значение $7,6 \pm 1,4$ балла). У женщин средний общий балл SPPB тестов достоверно ниже, чем у мужчин ($6,9 \pm 1,4$ балла и $8,9 \pm 1,6$ балла соответственно, $p < 0,05$). 50% мужчин и 28,6% женщин имели общий балл тестов, соответствовавший норме. Было установлено, что у пациентов с низкой активностью РА мышечная функция статистически значимо лучше, чем у пациентов с высокой активностью ($8,3 \pm 1,2$ балла и $7,3 \pm 1,2$ балла соответственно, $p < 0,01$).

Выводы. 1. У пациентов с высокой активностью РА показатели мышечной силы и функции достоверно ниже, чем у пациентов с низкой активностью заболевания. 2. Все женщины с поздним дебютом РА, имели низкие средние значения мышечной силы. 3. У женщин с РА, статически значимо чаще встречалось снижение мышечной функции, чем у мужчин.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Сваровская А.В.¹, Тепляков А.Т.¹, Харитонов И.А.²

¹Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук,

²Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у больных ИБС, коморбидной с сахарным диабетом (СД) 2 типа, отягощенных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по данным 5-летнего наблюдения.

Материал и методы. Обследовано 53 пациента с ИБС с ХСН II-III функционального класса (ФК) по NYHA и ФВ ЛЖ менее 40% в возрасте от 48 до 58 лет. В 1-ю группу ($n=23$) вошли пациенты с ИБС и со сниженной сократительной способностью миокарда, а во 2-ю группу 30 больных с ИБС, ассоциированной с СД 2 типа и низкой ФВ ЛЖ. Статистически значимых различий между группами по клинико-демографическим параметрам не обнаружено. Анализ результатов исследования включал данные первичной госпитализации, а также последующие амбулаторные и госпитальные наблюдения. Отдаленные результаты подвергались анализу по наступлению одного из неблагоприятных сердечно-сосудистых событий или по истечению срока наблюдения.

Результаты. Манифестация ХСН через 1 и 3 года у больных 1-й группы происходила в 4,6 ($p=0,07$) и в 3,7 раз ($\chi^2-4,951$, $p=0,05$) реже, чем у больных с СД 2 типа, а через 5 лет госпитализация в стационар по причине прогрессирования таковой требовалась у 15,4% пациентов 2-й группы и ни в одном случае в 1-й группе ($\chi^2-7,532$, $p=0,006$). Статистически значимых межгрупповых различий по частоте развития повторных нефатальных инфарктов миокарда выявить не удалось. Суммарно за первый год наблюдения повторные коронарные вмешательства осуществлялись с одинаковой частотой 47,8 и 43,3% случаев соответственно. Через 3 года повторные вмешательства потребовались во 2-й группе в 2 раза чаще ($\chi^2-5,124$, $p=0,041$). Через 5 лет в 1-й группе ни в одном случае не выполнялись повторные вмешательства, а во 2-й группе у 30,8% больных ($\chi^2-8,652$, $p=0,011$). Через 1 год после стентирования коронарных артерий (КА) выживаемость составляла в 1-й группе 91,3%, а во 2-й группе – 93,3%. Установлено, что кривые дожития статистически значимо ($\chi^2-5,412$, $p=0,020$) расходятся через 3 года наблюдения, достигая максимума к концу 5-го года проспекции ($\chi^2-6,468$, $p=0,011$). При оценке течения СД 2 типа установлено, что у пациентов с эпизодами гипогликемии значительно чаще диагностировали прогрессирование атеросклероза в нативных КА ($\chi^2-4,951$, $p=0,05$) и декомпенсация ХСН ($\chi^2-6,419$, $p=0,004$).

Выводы. Таким образом, годовые результаты у больных обеих групп были сопоставимы. При оценке трехлетних результатов установлено, что больные с СД и ХСН, перенесшие эндоваскулярную реваскуляризацию в сравнении с больными без диабета имеют статистически значимо более низкую выживаемость, свободу от инфаркта миокарда и более высокую потребность в повторной реваскуляризации. Пятилетняя выживаемость оказалась достоверно ниже в группе с СД ($\chi^2-6,468$, $p=0,011$).

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РОЖЕЙ

Свентицкая А.Л., Красавцев Е.Л., Пасечник С.П.,
Повжик К.С., Разуванова И.А.
Гомельский государственный
медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования. изучить частоту заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с различными формами рожи.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 792 медицинских карт стационарного пациента с рожей с 2013 по 2017 гг. Среди всего количества обследуемых, коморбидная патология регистрировалась у 556 пациентов (70,2%). В числе обследуемых с коморбидной патологией были 191 мужчина (средний возраст – 58,7±1,05 года) и 364 женщины, средний возраст которых составил 64,5±0,67 года ($\chi^2=4,3$, $p<0,001$). Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) встречались в возрасте от 32 до 93 лет, их средний возраст – 65,01±1,1 лет. Среди данной группы пациентов было 102 мужчины (53,4%, средний возраст – 64,2±1,25 лет) и 138 женщин (37,9%, средний возраст 69±2,2 лет, $p<0,048$). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 10.0 for Windows 8.0. Критический уровень значимости (достоверности) был принят как $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Заболевания ССС были выявлены у 240 пациентов (43,2% от количества обследуемых пациентов с коморбидной патологией), при чем у мужчин в 1,4 раза чаще, чем у женщин ($\chi^2=3,4$, $p<0,001$).

Патология ССС была представлена в виде следующих заболеваний: артериальная гипертензия (АГ) – 200 пациентов (83,3%), у 37 случаях (18,5%) из них имело место сочетание с другими заболеваниями ССС; ишемическая болезнь сердца (ИБС) в виде атеросклеротического кардиосклероза (АСКС) – 28 пациентов (11,7%), постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП) – 9 пациентов (3,75%), стабильной стенокардии напряжения (СН) – 3 пациента (1,25%).

При эритематозной форме (404 пациента) рожи заболевания ССС были выявлены у 195 пациентов (34% от числа пациентов с данной формой рожи), из них: артериальная гипертензия (АГ) – у 155 пациентов (79,5% от числа пациентов с заболеваниями ССС данной формы*), ишемическая болезнь сердца (ИБС) в виде АСКС и АГ встречались в 28 случаях (14,36%*), у 9 пациентов (4,6%*) имело место сочетание АГ и ИБС в виде постоянной фор-

мы ФП. ИБС в виде СН выявлена у 3 пациентов (1,54%). При эритематозно-буллезной форме (104) рожи заболевания ССС были выявлены у 29 пациентов (27,9% от числа пациентов с данной формой рожи) в виде АГ; при эритематозно-геморрагической форме (21 пациент) рожи заболевания ССС – у 7 пациентов (33,3% от числа пациентов с данной формой рожи) в виде АГ; при буллезно-геморрагической форме (29 пациентов) рожи заболевания ССС – у 9 пациентов (23,08% от числа пациентов с данной формой рожи) в виде АГ.

Статистически значимо чаще у пациентов с эритематозной формой рожи встречались заболевания ССС ($\chi^2=2,14$, $p<0,05$), чем у пациентов с эритематозно-буллезной формой.

Выводы. Заболевания ССС встречались у 43,2% пациентов от количества обследуемых с коморбидной патологией. У мужчин в 1,4 раза чаще встречалась коморбидная патология в виде заболеваний ССС, чем у женщин ($\chi^2=3,4$, $p<0,001$). Статистически значимо чаще у пациентов с эритематозной формой рожи встречались заболевания ССС, чем у пациентов с эритематозно-буллезной формой ($\chi^2=2,14$, $p<0,05$).

Определение коморбидной патологии при развитии рожи позволяет определять группу риска по заболеванию рожей, а также прогнозировать рецидивы заболевания и обращает внимание на возможность сочетания препаратов различных групп при назначении этиотропной и патогенетической терапии с лечением коморбидной патологии.

К ВОПРОСУ КОРНЕОТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Селютина О.В.

Воронежский областной клинический
кожно-венерологический диспансер,
г. Воронеж

Введение. Атопический дерматит – серьезная медико-социальная проблема. Диагноз атопического дерматита устанавливается на основании анамнестических данных и характерной клинической картины. При атопическом дерматите у больных нарушаются процессы образования и отшелушивания рогового слоя.

Материалы и методы. Под наблюдением дерматолога БУЗ ВО ВОККВД в 2013-2014 гг. находилось 10 пациентов в возрасте от 3 до 14 лет с диагнозом: атопический дерматит, обострение. Мальчиков 4, девочек 6. Всем пациентам в качестве базовой наружной терапии назначался крем флюид для чрезмерно чувствительной кожи тела Физиогель

АИ и крем для чрезмерно чувствительной кожи лица Физиогель АИ 1-2 раза в день. В качестве наружного лекарственного средства использовали метилпреднизолон ацепонат 0,1% 1 раз в сутки в утренние часы в форме крема или эмульсии. Изучение клинической эффективности оценивали на 7, 14 день терапии и через месяц.

Результаты. Все пациенты и их родители были удовлетворены результатами проводимой терапии. Клиническая ремиссия достигнута на 7 день терапии у 9 пациентов, у 1 пациента на 10 день терапии. Побочных эффектов на фоне проводимой терапии не отмечалось.

Выводы. Таким образом, корнеотерапия («лечение рогового слоя») с применением современных средств на основе дерма-мембранной структуры, имитирующей строение билипидного слоя эпидермального барьера является базовой наружной терапией атопического дерматита, позволяющей в короткие сроки достигать клинической ремиссии.

БЕЗГЛУТЕНОВАЯ ДИЕТА С ПОЗИЦИИ АДЕКВАТНОГО ПИТАНИЯ ИЛИ «ПОДВОДНЫЕ КАМНИ» ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ

Семенова Е.А., Орешко Л.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Для всех живых организмов пища – источник энергии и веществ, обеспечивающих их жизнедеятельность, а питание (совокупность процессов, включающих поглощение, переработку, всасывание и дальнейшее усвоение пищевых веществ) – необходимое условие их существования.

Мечта об идеальной пище, которая будет содержать только полезные вещества и поможет человеку сделаться более совершенным, существовала всегда. Необходимость создания идеальной пищи была обусловлена тем, что дефекты питания индуцируют развитие ряда заболеваний сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной систем, органа кожи и других. Реализация данной проблемы проходила путем формирования нескольких научных теорий: сбалансированного, рационального питания и теории адекватного питания. Первые из которых основывались лишь на том, что питание поддерживает молекулярный состав организма и обеспечивает его энергетические и пластические потребности, не учитывая все механизмы пищеварения, различные виды транспорта пищевых веществ,

общие эффекты кишечной гормональной системы, влияние микробиоты. Таким образом, для современного человека пища является не только продуктом для ассимиляции структур организма, но и фактором, обуславливающим взаимодействие эндокринной, пищеварительной систем и кишечной микрофлоры. Балластные вещества, или пищевые волокна, являются эволюционно важным компонентом пищи. Поток таких модифицированных микрофлорой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) веществ необходим для нормального функционирования пищеварительного аппарата и организма в целом.

Целиакия – это аутоиммунная генетически детерминированная патология, развивающаяся вследствие патологической выработки аутоиммунных антител или размножения аутоагрессивных клонов Т-киллерных клеток против здоровых, нормальных тканей организма. Основной мишенью являются энтероциты слизистой тонкой кишки, в которых развивается аутоиммунное воспаление в ответ на поступление пептидов злаковых культур (пшеницы, ржи, овса, ячменя). Вследствие энтерацитарной ферментопатии происходит модификация ультраструктуры слизистой оболочки тонкой кишки, повышение ее проницаемости, способствующие развитию синдрома мальабсорбции. Известно, что целиакия повышает риск развития Т-клеточной лимфомы, рака тонкой кишки и язвенного еунита. По данным ряда исследований до 1980-1990-х годов распространенность заболевания в общей популяции составляла 2 – 13:100 000 1:1000 – 1:3000, а в настоящее время в некоторых популяциях она может достигать 1:200 – 1:100.

Увеличение заболеваемости целиакией происходило вследствие некоторых эволюционных и технических процессов, связанных с балансовыми изменениями в питании человечества; селекцией зерновых культур и появление новых сортов пшеницы с повышенным содержанием клейковины и использованием в сельском хозяйстве пестицидов и удобрений, повышающих ее иммуногенность; модификацией производства хлебобулочных изделий с увеличением в них содержание токсичных пептидов глютена; накопления генетического груза в популяции, а также ростом потребления глютена во всем мире и использованием клейковины во всех отраслях промышленности как способа улучшения качества и количества продукции.

Единственным патогенетическим методом лечения заболевания является строгая пожизненная безглютеновая диета (БГД) с исключением из рациона питания таких злаковых культур, как пшеница, рожь, ячмень, овес и их гибридные варианты. Известно, что на фоне БГД происходит восстановление морфометрических показателей и функциональных изменений слизистой оболочки тонкой кишки, увеличивается со-

держание жировой и костной массы тела, однако нормализации нутритивного статуса зачастую не происходит. БГД является несбалансированной, длительное ее соблюдение приводит к недостаточному поступлению нутриентов и дисбалансу элементного и витаминного состава. Это обстоятельство объясняется тем, что зерна пшеницы богаты пищевыми волокнами, витаминами группы В, микро- и макроэлементами, незаменимыми аминокислотами, насыщенными и полиненасыщенными жирными кислотами, фосфолипидами и бета-каротином и холином. В литературе имеются сведения о том, что длительное соблюдение БГД приводит к изменению липидного обмена с повышением уровня триглицеридов и ЛПНП в крови, что увеличивает риск развития болезней системы кровообращения. При исключении из рациона злаковых культур содержание пищевых волокон, являющихся основной формой поступления балластных веществ, снижается до 6 г/сутки, в то время как рекомендуемым количеством является 25–38 г/сутки. Дефицит в рационе больных целиакией злаковых пищевых волокон повышает риск развития онкопатологии пищеварительного тракта, приводит к изменению эндоэкологии со снижением числа бифидобактерий (в т.ч. *B. longum*), бактериального разнообразия *Lactobacillus* spp. и *Bifidobacterium* spp. и ростом энтеробактерий (в т.ч. *E. coli* и др.), а также провоцирует констипационный синдром. Учитывая особенности питания и среднесуточный калораж пациентов, увеличиваются риски повышения концентрации тяжелых металлов в крови (ртуть, кадмий и свинец), а также алиментарно-зависимые нарушения (белково-энергетическая недостаточность, дефициты макро- и микроэлементов, витаминов). Имеются данные о сниженном содержании минералов в костях у женщин с верифицированным диагнозом целиакии во взрослом возрасте по сравнению с контрольной группой. Рацион питания этих больных характеризовался увеличением квоты жиров и уменьшением квоты углеводов по сравнению с установленными нормами. Важным фактом является наличие измененных обменных процессов у пациентов с целиакией, направленных в сторону катаболизма, активации оксидативного стресса, а следовательно увеличению потребности организма в энергии.

Таким образом, не смотря на то, что БГД является эффективной мерой лечения целиакии, длительное ее соблюдение приводит к риску негативных последствий, обусловленных особенностями рациона. Если рассматривать безглютеновое питание с позиции адекватного питания, то длительное соблюдение БГД приводит к дефициту микроэлементного, витаминного, белкового состава и сопровождается симптоматикой, связанной с обменными и дисбиотическими нарушениями и моторной функцией пищеварительного тракта.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ, СОБЛЮДАЮЩИХ БЕЗГЛУТЕНОВУЮ ДИЕТУ

Семенова Е.А., Орешко Л.С., Шомин А.В.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить особенности нутритивного статуса больных целиакией, соблюдающих безглютеновую диету (БГД).

Материалы и методы. В исследование были включены 157 пациентов с верифицированным диагнозом целиакии. Среди обследованных мужчины составили 42,7%, женщины – 57,3%; средний возраст составил 30,52±12,28 лет. Для оценки нутритивного статуса обследованным проводился анализ субъективных данных, антропометрические измерения с использованием калипера (ИМТ, окружности плеча (ОП), кожно-жировых складки над трицепсом – КЖСТ), лабораторные анализы (клинический анализ крови, биохимический анализ крови с определением белкового пула), биоимпедансометрия. Биоимпедансометрию выполняли на анализаторе структуры тела и параметров гемодинамики фирмы ДИАМАНТ-АИСТ (Санкт-Петербург) с оценкой жировой (ЖМ) и безжировой массы тела (БЖМ).

Обследованные были разделены на две группы в зависимости от сроков соблюдения АГД: к 1-й группе отнесены 69 пациентов с длительностью АГД до 1 года, из которых 21,7% (15) больных были без АГД в связи с впервые установленным диагнозом, ко 2-й группе – 88 пациентов с длительностью АГД более 1 года.

Результаты и обсуждение. По данным субъективного исследования 43,3% пациентов отмечали у себя недостаточную массу тела. По результатам измерения роста-весовых параметров среднее значение ИМТ составило 19,46±3,53 кг/см², при этом у 61,7% пациентов данный показатель был в пределах референсных значений, у 25,5% выявлены признаки дефицита и у 6,4% – избыточной массы тела, у 6,4% больных значение ИМТ соответствовало ожирению 1 степени. Значение антропометрических показателей были ниже референсного интервала почти у половины обследованных. Так, низкое значение КЖСТ выявлено у 42,0% больных, а ОП – у 43,3% больных, что свидетельствовало о недостаточности питания по типу алиментарного маразма.

Следует отметить, что у 59 (60,8%) пациентов, имеющих нормальные значения ИМТ, процентное содержание ЖМ варьировало в пределах нормы. У

65 (67,0%) пациентов количество БЖМ было ниже референтного значения и у 32 (33,0%) пациентов имело нормальное значение. У 8 (20,0%) пациентов с низкими значениями ИМТ процентное содержание ЖМ и количество БЖМ также находились ниже нормы. У 3 (15,0%) пациентов с повышенными значениями ИМТ наблюдалось повышение процентного содержания ЖМ.

При сравнении показателей нутритивного статуса в группах обследованных, оказалось, что достоверных различий значений ИМТ, ОП, ЖМ не наблюдалось. Однако, отмечена тенденция к увеличению доли больных с низким значением КЖСТ у обследованных 1-й группы. Так, низкие показатели КЖСТ получены у 24,6% больных из 1-й группы и 14,7% больных из 2-й группы.

Выводы. Комплексная оценка нутритивного статуса у пациентов с целиакией, включающая соматометрические и инструментальные методики, позволила выявить научно обоснованные нарушения нутритивного статуса по типу алиментарного маразма. Показано, что нарушения нутритивного статуса не зависят от срока соблюдения БГД, что требует разработки коррекционных диетических мероприятий сбалансированного питания.

РОЛЬ МИКРОРНК (МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сердюкова О.С.

¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал
Федеральный исследовательский центр
Институт цитологии и генетики
Сибирского отделения Российской академии наук,
Институт молекулярной и клеточной биологии
Сибирского отделения Российской академии наук,
г. Новосибирск

Цель исследования. Разработка диагностической панели на основе микроРНК, позволяющая повысить точность и информативность цитологического заключения при диагностике злокачественных и доброкачественных узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы. Материал для исследования получен экстракцией с цитологических препаратов опухолей ЩЖ: коллоидный узел (КУ) (n=63), фолликулярная аденома (подозрение на фолликулярную карциному) ЩЖ (n=16), аутоиммунный

тиреоидит (АИТ) (n=30). Анализ уровня экспрессии микроРНК проведен с использованием метода ОТ-ПЦР в реальном времени. Статистическая обработка данных проводилась с применением непараметрического коэффициента Манна-Уитни.

Результаты и обсуждения. Сравнительный анализ уровней экспрессии микроРНК-146b, -221, -375, -205, -187, -199b, -183 -551,-7 между подгруппами фолликулярная аденома (подозрение на фолликулярную карциному) ЩЖ и подгруппой КУ ЩЖ показал статистически достоверное увеличение уровня экспрессии микроРНК-146b в 8 раз (p<0,05), микроРНК-221 в 3 раза (p<0,05), микроРНК-375 в 4 раза (p<0,05), микроРНК-199b в 3 раза (p<0,05), микроРНК-183 в 4 раза (p<0,05) в подгруппе опухолей с диагнозом фолликулярная аденома (подозрение на фолликулярную карциному) ЩЖ. Сравнительный анализ уровней экспрессии микроРНК-146b, -221, -375, -205, -187, -199b, -183 -551,-7 между подгруппами фолликулярная аденома (подозрение на фолликулярную карциному) ЩЖ и подгруппой АИТ показал статистически достоверное увеличение уровня экспрессии микроРНК-146b в 12 раз (p<0,05), микроРНК-205 в 8 раз (p<0,05), микроРНК-199b в 2 раза (p<0,05), микроРНК-183 в 6 раз (p<0,05) в подгруппе опухолей с диагнозом фолликулярная аденома (подозрение на фолликулярную карциному) ЩЖ.

Выводы. Анализ уровней экспрессии микроРНК -146b, -221, -375, -205, -199b, -183 позволяет повысить точность и информативность цитологического заключения, способствуя дифференциальной диагностике фолликулярной карциномы ЩЖ от доброкачественных новообразований ЩЖ в том числе фолликулярной аденомы щитовидной железы.

РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ, ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ

Серебрякова И.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Описание клинического случая розового лишая Жибера, возникшего на фоне подготовки к процедуре ЭКО.

Материалы и методы. Пациентка С, 32 лет обратилась к дерматологу с жалобами на шелушащиеся высыпания на коже туловища, сопровождающиеся умеренным чувством зуда. Первый высыпной элемент появился в области живота около 4 недель назад на месте инъекции гормонального препарата для стимуляции суперовуляции в связи с подготов-

кой к ЭКО в репродуктивной клинике. Отметила, что за сутки до появления сыпи были легкий озноб, недомогание. Лечилась у дерматовенеролога частной клиники с диагнозом микоз гладкой кожи. Диагноз не был подтвержден лабораторными методами. Пациентка получала наружную терапию: акридерм крем 2 раза в сутки 10 дней в день, затем крем кло-тримазол 5 дней без положительного эффекта, высыпания постепенно стали распространяться на грудь, спину. В связи с распространением сыпи, отсутствием эффекта от проводимой терапии обратилась на амбулаторный прием к дерматовенерологу в НИИ медицинской микологии им П.Н. Кашкина.

Результаты и обсуждения. При осмотре на коже груди и живота имелись два «материнских пятна» диаметром 5-6 см с нежным шелушением по периферии, а на боковых поверхностях туловища были множественные, розоватого цвета эритематосквамозные пятна диаметром до 2-3 см, округлые и овальные, располагавшиеся вдоль линий Лангера. Центр пятен был нежно-складчатый, с шелушением. При обследовании клинический анализ крови и общий анализ мочи были без патологических изменений. Анализ крови на микрореакцию и гепатиты отрицательные. Микроскопия и посев на среду Сабуро кожных чешуек с очагов на коже тела были отрицательные, мицелия микромицетов не обнаружено. Анализы крови – определение антител класса M,G к герпес-вирусам 1,2,6,7 типов были отрицательные. Клиническая картина, а также результаты лабораторных исследований позволили поставить диагноз розового лишая Жибера. Больной было рекомендовано: ограничение приема водных процедур, не вызывать раздражения кожи. В связи с торпидностью кожного процесса пациентка получила внутрь доксицилина гидрохлорид по 100 мг 2 раза в день 7 дней, на фоне чего высыпания разрешились.

Причина розового лишая Жибера неизвестна. Общепризнанной является гипотеза инфекционного, в первую очередь вирусного происхождения. В последние годы особое внимание уделялось роли герпесвируса-6 и герпесвируса-7, однако этиологический агент до настоящего времени не выявлен. Косвенными свидетельствами того, что данное заболевание имеет инфекционную природу, являются его сезонные колебания, а также наличие продромальных симптомов, наблюдавшихся у данной пациентки. Спонтанное выздоровление происходит обычно бывает на 4-5-й неделе заболевания. При генерализации и торпидности процесса, наличии выраженного зуда показана терапия.

Выводы. Розовый лишай Жибера – заболевание инфекционно-аллергической природы, относящееся к группе инфекционных эритем, характеризующееся диссеминированными мелкими розовыми

пятнами, требующее при дифференциальной диагностики с микозом гладкой кожи выполнения соскоба кожных чешуек с последующей их микроскопией и посевом на среду Сабуро.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Сивордова Л.Е.¹, Полякова Ю.В.¹, Папичев Е.В.¹,
Ахвердян Ю.Р.¹, Кравцов Г.И.², Заводовский Б.В.¹

¹Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
²Вологодский государственный
медицинский университет,
г. Вологда

Болезни костно-мышечной системы рассматриваются во всем мире как одна из наиболее часто встречающихся патологий современного общества, их распространенность по данным литературы составляет до 7,64%. Отличительной особенностью ревматических заболеваний является высокая инвалидизация пациентов. По показателю первичного выхода на инвалидность они занимают 5-е место среди всех причин стойкой потери трудоспособности. Остеопороз (ОП) – самое распространенное заболевание костной ткани, которое является безмолвной эпидемией XXI века, имеющей высокое социально-экономическое значение. Число переломов при незначительной травме в Европе составляет до 400 тысяч в год, в США ежегодно регистрируется полтора миллиона переломов, из них 250 тыс. переломов шейки бедра, 250 тыс. переломов луча, 700 тыс. – позвоночника. При ревматоидном артрите частота развития переломов чрезвычайно высока, до половины больных РА имеют низкоэнергетические переломы в анамнезе. Кроме того, среди них нередко наблюдаются нарушения консолидации переломов.

Цель исследования. Оценить эпидемиологические характеристики остеопороза (ОП) у больных ревматоидным артритом (РА), частоту развития переломов позвоночника и костей периферического скелета, выделить доминирующие факторы риска развития ОП, исследовать уровень биохимических маркеров для уточнения патогенеза нарушений костного метаболизма при РА.

Материалы и методы. Дизайн исследования: одномоментный ретроспективный анализ медицин-

ских карт пациентов Волгоградского центра по диагностике и лечению остеопороза.

Обследовано 140 больных с достоверным диагнозом РА, наблюдавшихся в Волгоградском центре по диагностике и лечению остеопороза. Из них 109 женщин и 31 – мужчина в возрасте от 18 до 74 лет. Средняя длительность заболевания составила $8,17 \pm 2,67$ лет. Контрольную группу составили 60 условно здоровых доноров (48 женщин и 12 мужчин в возрасте от 23 до 68 лет).

Остеоденситометрия проводилась на костном рентгеновском денситометре «DPX PRO» LUNAR, GE (США). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы «Statistica 8.0».

Результаты исследования. У 68 больных РА (48,6%) обнаружено снижение показателей Z и/или T ниже границ нормы. Из них у 9 больных РА (6,4%) был выявлен остеопороз, у 59 (42,1%) – остеопения (различия с группой сравнения достоверны $\chi^2=34,91$, $p<0,0001$). Больные РА, имеющие ОП, достоверно чаще предъявляли жалобы на боли в костях ($p<0,001$) и снижение мышечной силы ($p<0,01$) по сравнению с больными РА, не имеющими остеопороза. Это может говорить о том, что боли в трубчатых костях и позвоночнике, у больных РА обусловлены не только воспалительным процессом, но и снижением прочности кости. Снижение прочности костной ткани сопряжено с риском возникновения переломов при минимальной травме. Переломы костей у больных РА с ОП также наблюдались достоверно чаще ($p<0,001$), по локализации преобладали переломы предплечья, лодыжки, позвоночника, шейки бедра ($p<0,001$). У больных РА, осложненным ОП, достоверно были повышены маркеры костной резорбции: концентрация продуктов деградации коллагена I типа – Cross laps в моче в пересчете на креатинин ($p<0,001$), кислая фосфатаза ($p<0,05$), кальций мочи ($p<0,001$). Отмечалось некоторое повышение остеокальцина, другие маркеры костного формирования были в пределах нормы и у больных ОП, и у пациентов, не имеющих остеопенического синдрома ($p>0,05$).

Выводы. Остеопороз по данным остеоденситометрии выявляется при РА достоверно чаще, чем у здоровых лиц (48,6% и 5% соответственно). Факторами риска его развития при РА являются высокая активность, II-IV рентгенологическая стадия, длительность заболевания больше 5-ти лет, функциональная недостаточность суставов II-III, прием глюкокортикостероидов per os. Клинически остеопороз проявляется болями в костях и патологическими переломами предплечья, лодыжки, шейки бедра, тел позвонков. ОП при РА протекает с высоким костным обменом, что проявляется в повышении концентрации сывороточного остеокальцина и увеличении экскреции Cross laps с мочой. На фоне терапии происходит повышение минеральной плотности кости,

улучшение показателей костного ремоделирования, уменьшение болевого синдрома в костях, увеличение мышечной силы, повышение качества жизни.

ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Синяева А.С., Филиппов Е.В., Мосейчук К.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости основных факторов риска фибрилляции предсердий и проанализировать назначенное лечение.

Материалы и методы. Критериями включения в исследование явились: мужчины и женщины в возрасте от 18 лет, с впервые выявленным клинически значимым пароксизмом фибрилляции предсердий, зарегистрированным по данным ЭКГ либо холтеровского мониторинга ЭКГ (ХМ-ЭКГ). Период включения: январь-февраль 2019 года. В исследование вошло 15 пациентов соответствующих критериям включения.

Комплексное обследование включало оценку истории болезни, изучение жалоб, анамнеза, объективного статуса, результатов инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭХО-КГ).

Статистическая обработка собранного материала проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Среди пациентов доля мужчин составляла 20%, женщин 80%. Средний возраст пациентов составил 63 года. Большинство пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий старше 60 лет (87%). Анализ показывает, что среди факторов риска развития фибрилляции предсердий наиболее часто встречалась артериальная гипертензия – у 80% пациентов, ХСН – у 67%, ожирение – у 60%, ишемическая болезнь сердца – у 40%. Исходно высокий синусовый ритм встречался у 33% пациентов, сахарный диабет 2 типа был зарегистрирован у 33%, а гипертиреоз и занятия чрезмерной физической нагрузкой встречались в 6,7% и 20% соответственно.

По данным Эхо-КГ зарегистрированы приобретенные пороки сердца у 86% пациентов. Чаще это были сочетанные пороки митрального, трикуспидального клапанов и регистрировались у 73% пациентов. ФВ ЛЖ в среднем составила 56%.

По данным истории болезни пациентам назначались иАПФ (66,7%) бета-блокаторы (53%), антиаритмические препараты (47%), антиагреганты (33%). Антикоагулянты использовались у 73% паци-

ентов, что является оправданным, поскольку у 13% пациентов риск инсульта (по шкале CHA₂DS-VASc 0 баллов) оставался низким, а у 14% был высокий риск кровотечений.

Медикаментозное восстановление ритма произошло у 40% пациентов, кардиоверсия выполнена 6,7% пациентов.

Выводы. 1. Большинство пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий старше 60 лет (87%). 2. Среди факторов риска развития фибрилляции предсердий наиболее часто встречались – артериальная гипертензия, ХСН, ИБС и ожирение. 3. По данным Эхо-КГ приобретенные пороки сердца зарегистрированы у 86% пациентов. 4. Антикоагулянты использовались у 73% пациентов. 5. Медикаментозное восстановление ритма произошло у 40% пациентов, кардиоверсия выполнена 6,7% пациентов.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОЙ АРТРОПАТИИ

Сиротко О.В., Сиротко В.В., Литвяков А.М.

Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. В практическом здравоохранении диагностика реактивной артропатии (РеА) имеет определенные сложности, особенно на ранней стадии, которые обусловлены тем, что наиболее доступным и распространенным для исследования суставов является рентгенологический метод (Rg). Существуют данные о том, что изменения, которые обнаруживаются на Rg-грамме пораженных суставов при РеА не являются специфичными, могут выявляться при других заболеваниях суставов.

Цель работы. Изучение особенностей поражений суставов у пациентов с реактивным артритом с применением МРТ и УЗИ суставов, определение их информативности.

Материалы и методы. В исследование было включено 2 группы пациентов. Первая группа – 56 пациентов с РеА (30 (55,6%) пациентов с острым РеА и 26 (44,4%) пациентов с хроническим РеА), вторая контрольная группа (КГ) из 30 лиц. В первой группе женщины составили 26 человек (46,4%), мужчины – 30 человек (53,6%). Медиана возраста пациентов – 34 года (31-42). Медиана длительности течения РеА – 1 год (0,3-3,25). Все пациенты с РеА имели подтвержденную урогенитальную хламидийную инфекцию. Среди 2 группы было 15 мужчин (50%) и 15 женщин

(50%). Медиана возраста составила 38,5 лет (33-48). Всем пациентам выполнялось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включая МРТ и УЗИ суставов. В исследовании использовали стандартный пакет SPSS 6.0 for Windows.

Результаты исследования. При выполнении МРТ пораженных суставов четко визуализировались пораженные энтезы, наличие под ними локального остейта и эрозивного дефекта замыкательной пластины кости. Поражение энтезов встречалось в виде следующих структурных изменений: утолщение, разволокнение, появления участков пониженной и повышенной плотности, микроразрывы (дефекты) волокон. В ходе проведения УЗИ суставов у пациентов с РеА визуализировались воспалительно-деструктивные эрозии с остейтом и локальным остеолитом замыкательной пластины кости в местах инсерции пораженного энтеза, а энтезит визуализировался как отечная, неоднородная ткань более 1,5 мм толщиной и встречался во всех пораженных суставах (100%). У пациентов в острой стадии заболевания воспаленный энтез имел пониженную экзогенность за счет острого воспаления с анэхогенными участками – микронадрывы. У пациентов с хронической стадией артрита в энтезе выявлялись повышенной экзогенности кальцинаты (энтезофиты). Сам пораженный энтез при хроническом РеА имел меньшую толщину, чем при остром РеА. Суставная поверхность костей в местах фиксации синовия была с четким гиперэхогенным, ровным контуром, а синовиальная оболочка без очагового утолщения и признаков неангиогенеза. Также у пациентов с РеА выявлялась гипоэхогенность, неоднородность, увеличение объема параэнтезиальных мягких тканей в виде параэнтезиального отека и теносиновита; присутствие выраженной расширенной гипо- или анэхогенной зоны в полости сустава – пораженный синовит; параэнтезиальный выпот.

При сопоставлении результатов Rg-графии, МРТ и УЗИ суставов была определена чувствительность, специфичность, доля истинных результатов Rg и УЗИ в диагностике эрозивных поражений суставов при РеА относительно «золотого стандарта» (МРТ) методом 4-ех полевой таблицы Флетчера. Чувствительность УЗИ в диагностике эрозивных поражений составила 93%, а при Rg-графии – 42%; специфичность УЗИ в диагностике эрозивных поражений – 91%, а при Rg-графии – 90%. Доля истинных результатов при УЗИ суставов составила 91,5%, а при Rg-графии – 57%.

Выводы. Ультразвуковая диагностика РеА по информативности не уступает магнитно-резонансной томографии и превосходит стандартную рентгенографию. Основной ультразвуковой признак РеА – энтезит с остейтом (100%). Эрозивное поражение у пациентов с РеА при УЗИ суставов характеризуется формированием истинной эрозии воспаления без патологической

васкуляризации в проекции синовия. Дополнительными ультразвуковыми признаками РеА являются: выраженный синовит, параэнтезиальный отек мягких тканей, параэнтезиальный выпот, теносиновит.

КОМОРБИДНОСТЬ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Сиротко О.В., Сиротко В.В., Литвяков А.М.
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. На сегодняшний день ревматоидный артрит (РА) является самым распространенным системным аутоиммунным заболеванием суставов среди населения трудоспособного возраста. В тоже время довольно широкое распространение имеет патология щитовидной железы. Согласно мировой статистике, различными заболеваниями щитовидки страдают не менее 3% населения планеты. В литературе есть данные о наличии заболеваний щитовидной железы у пациентов с ревматоидным артритом. Но при этом ни один из авторов не указывает на особенность патологии щитовидной железы при РА.

Цель работы. Изучение и анализ патологии щитовидной железы у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов ревматологического отделения с диагнозом ревматоидный артрит (ACR 1987 г. и EULAR 2010 г.). У всех этих пациентов выполнено комплексное лабораторно-инструментальное обследование и в сопутствующей патологии выявлено заболевание щитовидной железы. Среди них было 98 женщин (98%) и 2 мужчин (2%). Медиана возраста пациентов составила 58 лет (53-64). Медиана длительности течения РА 7 лет (4-15).

Результаты и обсуждение. Активность воспалительного процесса I степени была установлена у 15 (15%) пациентов с РА, II степени – у 68 (68%) пациентов, III степени – у 17 (17%) пациентов. У 2 (2%) пациентов была установлена 3 группа инвалидности, у 15 (15%) пациентов – 2 группа инвалидности, а у 2 (2%) пациентов – 1 группа инвалидности. Серопозитивный вариант РА имели 69 (69%) пациентов с РА. У 14 (14%) пациентов с РА были выявлены ревматоидные узелки. Оценка рентгенологических снимков пораженных суставов проводилась по Штейнбрökerу. Так I рентгенологическая стадия была установлена у 1 (1%) пациента, II стадия – у 48 (48%) пациентов, а III стадия – у 41 (41%) пациента, а 4 стадия у 10 (10%) пациентов. У

2 (2%) пациентов был установлен 1 функциональный класс (ФК) нарушения функции суставов, у 88 (88%) пациентов – 2 ФК, 3 ФК – у 10 (10%) пациентов.

При выполнении ультразвукового исследования щитовидной железы у 65 (65%) пациентов был выявлен узловой зоб, у 7 (7%) пациентов диффузный зоб, у 3 (3%) пациентов смешанный зоб. Аутоиммунный тиреоидит был установлен у 28 (28%) пациентов. При оценке функционального статуса ЩЖ у 31 (31%) пациента был установлен гипотиреоз (снижение функции), у 69 (69%) пациентов – эутиреоз (нормальная функция), при этом у 3 (3%) пациентов эутиреоз наступил на фоне заместительной гормональной терапии (з.г.т.). В 20% случаев узлового зоба и в 11% случаев АИТ был установлен гипотиреоз. Гипертиреоз (повышение функции) не был выявлен ни у одного пациента. Из 31 (31%) пациента с гипотиреозом 28 (28%) пациентов принимали з.г.т., которую назначил врач-эндокринолог по результатам анализов крови на гормоны. При этом 12 (12%) пациентов принимали эутирокс, а 16 (16%) пациентов – L-тироксин.

У 9 (10%) пациентов с узловым зобом было выполнено хирургическое вмешательство в связи с быстрым ростом узлов. У 1 (1%) пациента с РА с узловым образованием щитовидной железы оперативное лечение было связано с малигнизацией узлового образования щитовидной железы.

Выводы. У пациентов с ревматоидным артритом в структуре сопутствующей патологии узловой зоб встречается чаще, чем диффузный зоб и АИТ. При патологии щитовидной железы у пациентов с РА чаще встречается сохранение нормальной функции щитовидной железы – эутиреоз (69%), чем гипотиреоз (34%). При патологии щитовидной железы у всех пациентов с РА не встречалось нарушение функции щитовидной железы в виде гипертиреоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ 10-ЛЕТНЕГО РЕГИСТРА

Скопец И.С., Везикова Н.Н., Лазакович Д.Н.,
Марусенко И.М., Барышева О.Ю.
Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

Материалы и методы. В исследование включены 5694 пациента, последовательно госпитализированных в Региональный сосудистый центр (г. Петрозаводск) в период с 01.01.2009 по 01.01.2019

по поводу острого коронарного синдрома (ОКС), включенных в Федеральный регистр ОКС. Проведена оценка риска госпитальной и 6-месячной летальности по шкале GRACE.

Результаты. В исследование вошли 5694 пациента, среди них 2256 (39,6%) перенесли ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСспST), 3438 (60,4%) – ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST), преобладали мужчины (59,8%).

Распределение риска госпитальной летальности в группе больных с ОКСспST оказалось следующим: низкий риск (49-125 баллов) имели 25,7%, средний риск (126-154 балла) – 33,7%, высокий риск (более 154 баллов) – 40,6%. Максимальный балл по GRACE при оценке риска госпитальной летальности составил 319. В то же время риск 6-месячной летальности у половины пациентов (51,6%) оказался низким (27-99 баллов), средний риск (100-127 баллов) определен у 23,0% пациентов, высокий риск (более 127 баллов) – у 25,5%.

В группе с ОКСбпST: низкий риск госпитальной летальности (1-108 баллов) имели 22,3% пациентов, средний риск (109-140 баллов) – 27,1%, высокий риск (более 140 баллов) – 50,7%. Максимальный балл по GRACE составил 372. Риск 6-месячной летальности у большинства пациентов (59,6%) так же оказался высоким (более 118 баллов), средний риск (89-118 баллов) определен у 23,5% пациентов, низкий риск (1-88 баллов) – у 16,9%.

Выводы. Представлены результаты оценки риска госпитальной и 6-месячной летальности у пациентов с ОКС в реальной клинической практике по данным 10-летнего регистра. Продемонстрировано, что половина пациентов с ОКСбпST и более 40% пациентов с ОКСспST имеют высокий риск госпитальной летальности. Высокий риск 6-месячной летальности имеют преимущественно пациенты, перенесшие ОКСбпST.

ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОКСИДАНТНОГО СТРЕССА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Скорикова В.Г., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И.
Тюменский государственный
медицинский университет,
г. Тюмень

Перекисное окисление липидов (ПОЛ) – это важная составляющая процессов эндотелиальной

дисфункции и эндогенной интоксикации, характеризующих патогенез ишемического инсульта.

Свободные радикалы обладают высокой реакционной способностью, в связи с чем выявить их рутинными химическими методами невозможно. Современные методы спектрофотометрического анализа позволяют в одной пробе биологического материала определить отдельно продукты перекисного окисления липидов: диеновые конъюгаты (первичные продукты), кетодиены и сопряженные триены (вторичные) и конечные продукты ПОЛ – основания Шиффа.

Цель исследования. Оценить показатели оксидантного стресса, характеризующие синдромы эндотелиальной дисфункции и эндогенной интоксикации у больных в остром периоде ишемического инсульта в зависимости от тактики ведения.

Материалы и методы исследования. Обследованы 86 пациентов в остром периоде ишемического инсульта, которым в динамике произведен забор крови для специальных спектрофотометрических исследований. Всем пациентам с момента поступления была назначена комплексная базовая максимально унифицированная терапия ишемического инсульта. 43 пациентам на фоне базовой терапии проводилась тромболитическая терапия альтеплазой. Контрольную группу составили 13 пациентов без острых цереброваскулярных событий в анамнезе, сопоставимые по половозрастным признакам и сопутствующим заболеваниям с основной группой.

Определение продуктов перекисидации липидов эритроцитов в гептановой и изопропанольной фазах липидного экстракта производили на спектрофотометре СФ-2000. Статистический анализ производили с использованием программы IBMSPSS Statistics 21.

Результаты и обсуждение. В результате спектрофотометрических исследований крови пациентов в остром периоде цереброваскулярной катастрофы выявлены признаки активации процессов перекисного окисления липидов, а, следовательно, явлений эндотелиальной дисфункции и эндогенной интоксикации как на фоне базовой терапии, так и при проведении тромболитической терапии: увеличены показатели степени ненасыщенности ДК и (КТ+СТ), индексы окисленности ДК и (КТ и СТ) гептановой фазы, продуктов перекисидации липидов, экстрагируемых смесью гептан-изопропанол (ДК изопропанольной и гептановой фаз, (КТ и СТ) гептановой фазы, веществ с ИДС и ШО изопропанольной фазы). Это косвенно отражает лабильность мембранных комплексов, их подверженность разрушению и согласуется с литературными данными,

свидетельствующими об активации данного явления при острой ишемии головного мозга.

Выводы. Спектрофотометрические методы определения показателей оксидантного стресса в остром периоде ишемического инсульта в полной мере отражают характер патогенетических событий у больных с мозговыми сосудистыми катастрофами.

Показатели совокупной оценки оксидативного стресса, независимо от выбранной терапевтической тактики, не стабилизируются на протяжении всего периода наблюдения и не нивелируются тромболитической терапией.

ЛИСТАЯ СТАРУЮ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ: ЧТО УБИЛО МОЦАРТА? ИСТОРИЧЕСКОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ

Скородумова Е.Г., Костенко В.А.,
Скородумова Е.А., Рысев А.В., Сиверина А.В.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Цель. Установить по литературным данным возможную причину смерти Моцарта

Материалы и методы. Проанализировано 48 источников, а именно воспоминания современников, реконструкции событий и прочие данные.

Результаты. По высказываниям Карла Бетховена: «Сальери говорит, что отравил Моцарта» и Антона Шиндлера «Сальери опять очень больной. В бреду он повторяет, что виновен в смерти Моцарта, он избавился от нее с помощью яда» можно сделать вывод что Сальери убил Моцарта, однако это не совсем так и об этом свидетельствовали санитары больницы в которую поместили Сальери: «Мы, нижеподписавшиеся... санитары заявляем перед лицом Бога и перед всем человечеством, что,, с начала длительной болезни... ни разу его не оставляли наедине... Мы также свидетельствуем, что, в связи с его слабым здоровьем, никому, даже членам его семьи, не разрешалось навещать его... В связи с этим, на поставленный вопрос, соответствует ли действительности, что вышеупомянутый кавалер Сальери говорил во время болезни, что он отравил знаменитого композитора... Моцарта, клянемся честью, что никогда не слышали от Сальери таких слов...»

При этом, из воспоминаний отца Леопольда Моцарта известно, что Вольфранг Амадей в детстве имел гнойное воспаление десен, ангины, трахеобронхиты, что в основной своей массе вызывается бета-гемолитическим стрептококком

группы А. Помимо этого, у него имелось воспаление суставов с высокой лихорадкой, что косвенно указывает на острую ревматическую лихорадку. Катамнез заболевания представляет собой: 1762 г. – скарлатинозная лихорадка; 1763 г. – дозревалась ревматическая лихорадка; 1765 г. – «very bad cold» по Леопольду Моцарту (аналог тяжелой простуды); 1765 г. – появилась болезненность кожи и мелких костей; 1767 г. – ветряная оспа с тяжелым течением Varicella Zoster; 1784 г. – рвота, острое воспаление суставов; 20 ноября 1791 г. Моцарт слег. Возникла слабость, руки и ноги распухли до такой степени, что он не мог ходить, затем последовали внезапные приступы рвоты. Кроме того, у него обострился слух (он велел убрать из комнаты клетку со своей любимой канарейкой – он не мог выносить ее пения). 28 ноября Софи Вебер замечала, что с каждым днем Моцарт постепенно слабел, к тому же его состояние усугублялось ненужными кровопусканиями. Возникла выраженная потливость. За два часа своей смерти он остался в абсолютном сознании. Из-за того что в клинической картине ведущим был отечный синдром, он сам и его современники предполагали отравление мышьяком и ртутью, однако прочая клиника не соответствовала данному заболеванию. При этом, у Моцарта имелось: повышение температуры тела); воспаление суставов; подкожные ревматические узелки (просовидная лихорадка), а также поражение желудочно-кишечной системы с развитием абдоминального синдрома. В свидетельстве о смерти значится «просовидная лихорадка» При описании черепа Моцарта оказалось, череп принадлежал человеку маленького роста (рост Моцарта был чуть больше 1,50 м) в возрасте от 30 до 40 лет (Моцарт умер в 35 лет). Кости черепа имеют следы рахита, перенесенного вследствие недостатка витамина D (Моцарт родился 27 января 1756). Обе лобные кости рано срослись, поэтому глаза выдавались вперед – вот почему, наверное, поэт Людвиг Тик назвал глаза Моцарта «дурацкими». Следы заживленной трещины черепа.

Резюмируя вышесказанное вероятный диагноз выглядел следующим образом:

- Осн. Острая ревматическая лихорадка. Активная фаза. Третья степень активности, ревмокардит. Сочетанный митрально-аортальный порок сердца. Абдоминальный синдром. Непрерывно-рецидивирующее течение.
- Соп. Синдром дисплазии соединительной ткани. Пролапс митрального клапана?
- Осл. НКПБ-III. Асцит. Анасарка.
- Возможный механизм наступления смерти: прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности.

ГЕМОСИДЕРОЗ ПЕЧЕНИ КАК МАРКЕР АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В И С

Смирнов О.А., Смирнова О.Н., Отставнова А.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Многие хронические заболевания человека сопровождаются так называемой анемией хронической болезни (АХБ), ключевым медиатором которой является железо-регуляторный полипептидный гормон печени гепцидин (hepcidin). Экспрессию mRNA гепцидина в гепатоцитах индуцируют цитокины (IL-6, IL-1 α , TNF- α .) макрофагов и звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, экспонированных липосахаридами. Гепцидин связывает ферропортин (белок-переносчик железа из энтероцитов, макрофагов и гепатоцитов в плазму крови), что приводит к перераспределению железа из функционального в стабильный фонд с задержкой освобождения микроэлемента. При этом железо накапливается в гепатоцитах, макрофагах костного мозга, селезенки и печени – звездчатых ретикулоэндотелиоцитах. Перенасыщение ферритина (клеточного белка хранения металла) сопровождается образованием пигмента гемосидерина (морфологического маркера перегрузки клеток железом), наличие депозитов которого в гепатоцитах и звездчатых ретикулоэндотелиоцитах обозначается как гемосидероз печени (ГСП). Вследствие уменьшения доставки микроэлемента в костный мозг развивается относительное железодефицитное состояние при нормальных или несколько повышенных запасах железа. Биологический смысл процесса состоит в ограничении доступности железа для роста микроорганизмов и репликации вирусов. Поэтому АХБ рассматривается в качестве одной из фундаментальных реакций врожденного иммунитета, направленных на повышение общей сопротивляемости организма. Напомним также, что гепцидин обладает прямым антимикробным действием путем разрушения мембран бактерий.

Цель исследования. Изучить важнейшие клинико-лабораторные и морфологические проявления АХБ при хроническом вирусном гепатите В и С, оценить значение ГСП в диагностике и прогностической оценке заболевания.

Материал и методы. Изучены 90 наблюдений хронического гепатита вирусной этиологии, в том числе ХГ-В (47) и ХГ-С (43). Этиологию заболевания подтверждали с помощью сывороточных тестов (HBsAg, HBeAg, HBcAb, HBV-ДНК,

HCV-Ab IgM, HCV-РНК). Состояние обмена железа оценивали по концентрации гемоглобина (Hb), сывороточного железа (СЖ), ферритина сыворотки (ФС) и показателю степени насыщения трансферрина железом (НТЖ). Всем больным проводилась пункционная биопсия печени. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином, орсеином и на железо по методу Перльса. В ходе морфологического исследования оценивались активность заболевания и его стадия, а также наличие ГСП. Для изучения ассоциации ГСП с клинико-лабораторными проявлениями АХБ все наблюдения были разделены на 2 группы. В первую группу (ГСП« \rightarrow ») включили 39 случаев без морфологических проявлений перегрузки печени железом, во вторую (ГСП« \leftarrow ») – 51 наблюдение при наличии этого феномена. Проводилась стандартная статистическая обработка полученных данных.

Результаты и их обсуждение. В первой группе наблюдений (ГСП« \rightarrow ») состояние обмена железа характеризовалось нормальными показателями: Hb – 142,1 \pm 1,4 г/л; ЖС – 22,8 \pm 0,3 мкмоль/л; ФС – 107,5 \pm 9,3 мкг/л; НТЖ – 33,2 \pm 0,9%. У больных второй группы (ГСП« \leftarrow ») отмечено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение функционального фонда железа по всем (за исключением ФС) показателям: Hb – 131,4 \pm 1,9 г/л; ЖС – 19,2 \pm 0,2 мкмоль/л; НТЖ – 26,3 \pm 0,7%. Установлено также, что ГСП отчетливо сочетался с более высокими активностью хронического гепатита В и С и степенью фиброзирования ткани органа. Именно в подобных случаях заболевания, опираясь на сведения о патогенезе АХБ, можно предполагать ее развитие и более тяжелое течение. Этим можно объяснить и достоверное ($p < 0,05$) повышение концентрации ФС (174,6 \pm 9,3 мкг/л) у больных второй группы. Известно, что данный показатель при заболеваниях печени отражает, в основном, активность процесса и тяжесть цитолитического синдрома, а не величину запасов железа в организме больных.

Выводы. Таким образом, состояние функционального фонда железа, полностью отвечающее критериям анемии, у больных хроническим гепатитом В и С в наших наблюдениях встречалось относительно редко. Вместе с тем, у большинства пациентов отмечалось уменьшение этого фонда, которое отчетливо сочеталось с ГСП. Анализ полученных результатов и сведений о патогенезе АХБ позволяет вполне обоснованно выдвинуть предположение о том, что уменьшение функционального фонда железа и формирующаяся перегрузка печени микроэлементом при хроническом гепатите В и С патогенетически связаны, главным образом, с АХБ. Следовательно,

ГСП может рассматриваться в качестве морфологического маркера АХБ при хроническом гепатите В и С. Поскольку наличие этого маркера ассоциировалось с более высокими активностью заболевания и степенью фиброза печени, для его выявления рекомендуется обязательное окрашивание гистологических срезов биоптатов ткани органа на железо по методу Перльса.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА

Смирнова М.П., Чижов П.А.
Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является распространенным осложнением многих сердечно-сосудистых заболеваний. У пациентов с ХСН часто встречается анемия и дефицит железа (ДЖ). Частыми осложнениями многих хронических заболеваний, в том числе и ХСН, являются тревожно-депрессивные расстройства. Наличие проявлений тревоги и депрессии у лиц с ХСН существенно снижает качество жизни этих пациентов.

Цель исследования. Оценить выраженность тревоги (Т) и депрессии (Д) у пациентов с ХСН и ДЖ.

Материалы и методы. Проведено обследование 209 больных с ХСН разного функционального класса, в возрасте от 46 до 83 лет, средний возраст 71,79±7,44 года, 53 мужчины (М) и 156 женщин (Ж). У всех больных проводили клиническое обследование, тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса ХСН, анкетирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. На гематологическом анализаторе, определяли уровень гемоглобина (HGB); уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л в сыворотке крови определяли фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: STRF= (Fe сыворотки, мкмоль/л x398)/трансферрин, мг/дл, в %.

Результаты. Согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) у 60 (28,6%) пациентов диагностирован II функциональный класс (ФК) ХСН, у 103 (49,2%) – III ФК, у 46 (22%)

– IV ФК. Достоверных отличий по HADS между М и Ж не выявлено. По мере нарастания ФК ХСН от II к IV отмечалось достоверное увеличение баллов по шкале HADS. По показателю тревоги средний балл составил при II ФК 5,13±3,23, III ФК – 6,40±3,75, IV ФК – 9,00±3,75, по показателю депрессии – при II ФК 6,19±3,58, III ФК – 8,76±3,72, IV ФК – 13,36±3,87, соответственно. Среди обследованных с ХСН IV ФК частота встречаемости клинически выраженной Т и/или Д (>8 баллов по HADS) была достоверно выше по сравнению с лицами с ХСН II ФК, 31% и 43% против 23% и 25%, соответственно.

У 88 (42%) обследованных (17М и 71Ж) выявлен латентный ДЖ (снижение FER<100 мкг/л или FER 100-300 мкг/л и STRF <20%), средний уровень FER составил 51,26±27,79. Клинически выраженная Т отмечалась у 25%, Д – у 37% пациентов с латентным ДЖ. У 54 (26%) обследованных диагностирован явный ДЖ (уровень Fe<12,5 мкмоль/л). Клинически выраженная Т отмечалась у 11%, Д – у 22% пациентов с явным ДЖ. У пациентов с латентным ДЖ и явным ДЖ отмечалась тенденция (p<0,1) к увеличению выраженности Т по сравнению с лицами без ДЖ, различия выраженности Д были недостоверны. Анемия, согласно критериям ВОЗ (уровень HGB<120 г/л для Ж и <130 г/л для М) выявлена у 42 (20%) обследованных (13 М и 29Ж), средний уровень HGB составил 105,24±9,98 г/л. Клинически выраженная Т отмечалась у 30% пациентов с ХСН и анемией, клинически выраженная Д – у 46%. У пациентов с ХСН и анемией достоверно выше показатель Д по сравнению с лицами без анемии и ДЖ – 11,16±3,70 против 9,06±4,43 соответственно.

Выводы. По мере прогрессирования ХСН, от II ФК к IV ФК достоверно увеличивается выраженность Т и Д. Число пациентов имеющих Т и/или Д увеличивается с ростом ФК ХСН. Наличие латентного и явного ДЖ, а также анемии усугубляет имеющиеся проявления Т и Д у пациентов с ХСН.

КОЛОНИЗАЦИЯ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ГРИБАМИ РОДА MALASSEZIA ПРИ ПСОРИАЗЕ

Смолина О.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение колонизации кожи скальпа грибами рода Malassezia у больных псориазом.

Материалы и методы. Обследован 81 больной в возрасте от 18 до 82 лет (средний возраст – 45 лет) с диагнозом вульгарный псориаз с поражением кожи волосистой части головы (51 (63%) женщина, 30 (37%) мужчин). Тяжесть поражения скальпа оценивали с помощью индекса PSSI (Psoriasis Severity Scalp Index). Микроскопическое исследование патологического материала проведено методом люминисцентной микроскопии с использованием калькофлюора белого. При культуральном исследовании для получения роста *Malassezia* spp. кожные чешуйки засеивали на агаризованную среду Лиминга-Нотмана. Гистологическое исследование биоптатов кожи волосистой части головы проведено 10 больным после подтверждения колонизации кожи грибами. Окраска препаратов – PAS -реакция.

Результаты и обсуждение. При микроскопическом исследовании патологического материала от 81 пациента дрожжевые клетки *Malassezia* spp выявлены у 36 (44,4%) больных. Рост грибов рода *Malassezia* получен у 34 (42%) пациентов, индекс PSSI которых составил $45,2 \pm 13,3$ баллов. Индекс PSSI больных (45), у которых грибы не обнаружены, – $19,6 \pm 11,8$ баллов, $p < 0,05$. При гистологическом исследовании на поверхности рогового слоя эпидермиса выявлены скопления многочисленных дрожжевых клеток эллипсоидной или цилиндрической (1,5-4,0x2,0-6,0 мкм) формы, которые имели широкий воротничок. Однополярное почкование было частым. По сравнению с материнскими клетками стенки почек окрашены бледнее. Клеточная реакция на колонизацию кожи грибами отсутствовала. Отметим, что псориазические высыпания на коже волосистой части головы у больных с наличием колонизации *Malassezia* отличались выраженным воспалительным характером: яркой эритемой, выраженной инфильтрацией и шелушением, субъективно выраженным зудом. Степень выраженности симптомов воспаления была ниже у пациентов, у которых отсутствовали грибы.

Выводы. 1. Колонизация кожи скальпа грибами рода *Malassezia* выявлена у 42% больных псориазом кожи волосистой части головы. 2. Тяжесть псориазического поражения кожи волосистой части головы (PSSI) коррелировала с обнаружением грибов *Malassezia* spp. в кожных чешуйках скальпа. Установлена связь между степенью воспалительной реакции при псориазе волосистой части головы и *Malassezia* spp. 3. Грибы рода *Malassezia* могут быть триггерным фактором в формировании псориазических бляшек на волосистой части головы.

ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ОЖИРЕНИЕМ

Смолькова Л.Г.¹, Кудряшова А.А.¹, Хахунаева В.И.¹,
Тигунцева О.Д.², Кабакова Е.Н.²

¹Иркутский государственный
медицинский университет,

²Иркутская ордена «Знак почета»
областная клиническая больница,
г. Иркутск

Цель. Изучение особенностей течения фенотипа бронхиальной астмой (БА) с ожирением.

Материалы и методы. Обследованы 60 больных БА, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ИГОКБ. Основная группа включала 39 пациентов с БА в сочетании с алиментарно-конституциональным ожирением (АКО), из них 31 женщина (79%) и 8 мужчин (21%): с АКО 1 степени – 27 человек (69%), АКО 2 степени – 11 человек (28%), АКО 3 степени 1 – человек (3%). Контрольная группа состояла из 21 больного БА без избыточной массы тела, из них 13 женщин (62%) и 8 мужчин (38%). Группы были сопоставимыми по возрастно-половому составу (средний возраст $56,5 \pm 8,5$ лет для м. и $56,5 \pm 8,5$ лет для ж). В обе группы не включены пациенты с анамнезом курения. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета прикладных программ «STASTICA 6.0».

Результаты. Отягощенный аллергологический анамнез во 2 группе выявлен у 11 человек (52%), во 1 группе у 26 человек (67%). Наличие артериальной гипертензии во 2 группе отмечалось у 5 человек (24%), в 1 группе у 18 человек (46%). СД во 2 группе выявлен не был, во 1 группе 8 больных страдали СД 2 типа. Во 2 группе у 14 пациентов (66%) БА среднетяжелого, у 7 пациентов (34%) БА тяжелого течения, в 1 группе БА среднетяжелого у 22 пациентов (56%), у 17 пациентов (44%) БА тяжелого. Функция внешнего дыхания как в 1, так и во 2 группе чаще нарушена по обструктивному типу. В 1 группе ФВД по обструктивному типу нарушена у 9 пациентов, 43%, не нарушена у 6 пациентов (28%), по смешанному типу 5 пациентов (24%), по рестриктивному типу у 1 пациента (5%). Во 2 группе ФВД по обструктивному типу нарушена у 18 пациентов, 46%, не нарушена у 16 пациентов (41%), по смешанному типу 4 пациентов (10%), по рестриктивному типу у 1 пациента (3%). Однако, снижение ОФВ1 чаще встречалось у больных с ожирением. Положительная проба с бронхолитиком отмечалась в 47% случаев в обеих группах. Высокий общий IgE был выявлен во 2 группе у 15 человек (71%), во 1 группе у 25 человек (64%).

Выводы. БА независимо от возраста и массы тела пациентов чаще встречается среди лиц женского пола. Наиболее часто встречаются пациенты с фенотипом ожирения в возрасте от 54 до 83 года. Отягощенный аллергологический анамнез, АГ, СД чаще встречаются у пациентов у фенотипа БА с ожирением. Тяжелая астма более распространена среди больных с повышенной массой тела.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ALTERNARIA ALTERNATA ПРИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Соболев А.В., Климко Н.Н., Юновидова А.А.
Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определение видового состава и выявление наиболее частого возбудителя микогенной сенсibilизации у больных с тяжелой бронхиальной астмой.

Материалы и методы. За период 2014–2018 гг. был проведен метанализ медицинской документации (истории болезней и амбулаторные карты), пациентов обратившихся за медицинской помощью на кафедру клинической микологии, аллергологи и иммунологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, а также в Ленинградскую областную клиническую больницу г. Санкт-Петербурга.

Результаты и обсуждение. На основании медицинской документации было установлено, что за 5 лет диагноз микогенная сенсibilизация среди пациентов с тяжелой бронхиальной астмой был выявлен в 23 случаях. В исследовательской группе среди 23 пациентов было 9 мужчин и 14 женщин. Средний возраст больных на период обращения составил 46 лет, продолжительность заболевания на момент обращения в среднем была 17 лет.

Согласно результатам микроскопического и культурального исследований наиболее частым возбудителем, выявленным у больных с данной нозологической формой является *Alternaria alternate*, обнаруженная у 10 пациентов (42%). У 9 пациентов (41%) культуральное исследование позволило выявить возбудителя *Penicillium chrysogenum*. Дальнейшие группы пациентов, с выявленными у них возбудителями микогенной сенсibilизации распределились следующим образом: 7 пациентов с *Aspergillus fumigatus*, что составило 32%, у 6 пациентов (26%) был выявлен *Cladosporium herbarum*, в то время как у 5 пациентов (21%) был выявлен *Aspergillus versicolor*.

Выводы. У пациентов с тяжелой бронхиальной астмой высок риск развития микогенной сенсibilизации. Ранняя диагностика этого состояния в значительной мере позволяет сократить сроки лечения, делая его более эффективным.

В то же время, определения видового состава возбудителей является фундаментальным аспектом диагностики микогенной сенсibilизации, позволяющим более качественно подбирать этиотропную терапию.

ПРИМЕНЕНИЕ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сокуренок Р.С., Рудченко И.В.
Военный инновационный технополис «ЭРА»,
г. Анапа

Цель исследования. Оценить применения аддитивных технологий в лечении сердечно-сосудистых заболеваний на основе анализа публикаций по данной тематике.

Материалы и методы. Отбор информации осуществлялся в поисковых системах и электронных библиотеках, таких как «Google Scholar», «eLIBRARY», «PubMed», «Science Direct». В качестве запроса использовались следующие формулировки: «аддитивные технологии в медицине», «лечение сердечно-сосудистых заболеваний с помощью 3D-печати», «3D-printing in cardiology». Ключевыми критериями отбора материала являлось соответствие ключевых слов, описания статьи тематике исследования и год ее публикации (не ранее 2014). В результате отобрано 32 научных статей. Первичный анализ аннотаций ограничил данную выборку. Таким образом, в настоящей статье представлены результаты анализа 6 публикаций. Из рассмотрения были исключены публикации, описывающие применение аддитивных технологий в областях не связанных с сердечно-сосудистой патологией.

Результаты и обсуждение. Большинство работ, освещающих вопросы применения аддитивных технологий в кардиологии, отражены в англоязычной литературе. Так Maragiannis et al. создали модели из нескольких материалов, которые отражают степень стеноза аорты, подтвержденный доплероэхокардиографическими измерениями.

Ripley et al. ретроспективно создали модели корня аорты из серий снимков КТ пациентов, перенесших транскатетерную имплантацию аортального клапана для того, чтобы оценить и предсказать потенциально возможные случаи, в которых произошла бы перивальвулярная утечка.

3D-печать использовалась O'Neill et al. для имплантации клапана SAPIEN XT в устье нижней полой вены у пациента с тяжелой трикуспидальной регургитацией и систолической дисфункцией правого желудочка.

Применение 3D-печатной модели левого желудочка для лучшего представления его геометрии было описано несколькими группами ученых. Yang et al. использовали этот метод печати левого желудочка с подробной цветовой кодировкой папиллярных мышц у женщины с сердечной недостаточностью, вызванной гипертрофической кардиомиопатией.

При планировании трансплантации сердца и печени были использованы 3D-печатные модели сердца и печени пациента с комплексным врожденным пороком сердца и неэффективной операцией Фонтена в анамнезе.

3D-моделирование и виртуальная имплантация сердца были проведены Karimov et al., чтобы проверить важные характеристики модели для последующей реальной имплантации полностью искусственного сердца, такие как конструкция и длина выносящего тракта, необходимые углы и ориентация.

Выводы. Технология 3D печати, будь то в форме моделей сердца, демонстрирующих сложные врожденные пороки сердца, или 3D-биопечати, позволяющей создавать функциональную ткань сердца, открывает широкие возможности в кардиологии. Продолжающиеся исследования в этой области помогут доказать высокую значимость применения аддитивных технологий в лечении сердечно-сосудистой патологии. Вероятнее всего, 3D-печать станет одним из ведущих направлений персонализированной медицины, способной значительно улучшить качество лечения больных кардиологического профиля.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИНОЗА И ВЕЛИЧИНЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЖЕНЩИН

Соловей С.П.¹, Карпова И.С.¹,
Денисевич Т.Л.¹, Руденко Э.В.²

¹Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»,

²Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить взаимосвязь коронарного кальциноза с минеральной плотностью

костной ткани (МПКТ) у женщин в постменопаузальном периоде.

Материал и методы. В одномоментное исследование включены 216 женщин в возрасте 45-60 лет, находящиеся в периоде менопаузы (МП): 128 чел. с постменопаузальным остеопорозом (ОП)/остеопенией – 1 группа, 41 чел. с ОП/остеопенией и сопутствующей ИБС – 2 группа и 47 чел. без указанных патологий – 3 группа. Для измерения величины МПКТ использовалась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия с учетом величины Т-критерия в области поясничного отдела позвоночника (L1 - L4) и проксимального отдела бедра: значение $> -2,5$ стандартных отклонений трактовалось как признак ОП, < -1 SD, но $> -2,5$ SD - остеопении. Наличие заболеваний и состояний, приводящих вторичной потере костной массы, хирургическая МП и использование гормонального лечения являлись критериями исключения из исследования. Количественную оценку степени кальциноза коронарных артерий (КА) осуществляли на двухэнергетическом 384-срезовом компьютерном томографе Siemens Somatom Force (General Electric Medical Systems, Германия) с лучевой нагрузкой 0,2 мЗв. Подсчет коронарного кальциевого индекса (ККИ) проводили по методике А. Agatston. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 7.0.

Результаты и обсуждение. Как и следовало ожидать, у лиц с ИБС в анамнезе (2 группа) достоверно чаще в сравнении с двумя другими группами обнаруживался кальциноз КА – в 48,8% случаев, как отражение тесной связи феномена кальцификации и атеросклеротического поражения сосудов. Считается, что включения кальция присутствуют практически только в артериях со сформированными бляшками, однако небольшое его количество выявляется уже на ранних стадиях атеросклеротического процесса, что и было продемонстрировано в нашем исследовании. Среди женщин 1 и 3 групп, несмотря на отсутствие клинических проявлений атеросклероза, также выявляли коронарный кальциноз, причем если в 3 группе относительно здоровых лиц – в 6,4% случаев, то у женщин с патологией МПКТ (1 группа) частота достоверно превышала и составляла уже 18%. Следует отметить, что средний возраст в этой группе (57(55;57)) был сопоставим с остальными. При этом отличалась и полученная при скоринге величина ККИ, значение которого в пределах 10-100 AU, означающее умеренный сердечно-сосудистый риск, в 1 группе встречалось в 43,5% случаев и в 56,5% – в рамках 1-10 AU (низкий риск). У женщин с сочетанной патологией (2 группа) соотношение было 50% и 20% соответственно и в 30% случаев встречались лица с умеренно высоким и высоким

по данным скоринга (>100 AU) риском. Обращает на себя внимание достаточно высокая частота выявления женщин умеренного риска в условиях нарушения МПКТ. Выявлена умеренная положительная корреляционная связь между наличием низкотравматических переломов в анамнезе женщин и величиной ККИ ($r_s=0.40$, $p=0,01$). Данный факт может являться отражением общности звеньев патогенеза изучаемой коморбидной патологии.

Выводы. Известно, что до 2/3 коронарных событий возникает у лиц средней и низкой вероятности развития ИБС, рассчитанной по стандартным шкалам. В этой связи определение наличия и выраженности кальцификации КА позволяет значительно повысить точность диагностики атеросклероза, особенно у бессимптомных, с невысоким сердечно-сосудистым риском женщин, находящихся в периоде МП с сопутствующей патологией МПКТ в виде остеопении или ОП, с целью определения необходимости интенсивной превентивной терапии.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

Соловьев М.В.¹, Сорокин Н.В.¹,
Гаспарян Э.Г.², Гордиенко А.В.¹

¹Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучить гендерно-возрастные характеристики синдрома раздраженного кишечника (СРК) по данным амбулаторного гастроэнтерологического приема.

Материал и методы. Обследовано 164 пациента (126 женщин, 38 мужчин), жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области, обратившихся за амбулаторной гастроэнтерологической помощью в период с 11 июля 2015 г. по 11 июля 2018 г., у которых по результатам клинико-лабораторного и инструментального обследования был верифицирован диагноз СРК. В целях унификации диагноз устанавливался в соответствии с Римскими критериями III пересмотра 2006 г. С использованием описательной статистики проведена гендерная и возрастная стратификация больных СРК, изучены корреляционные связи в структуре нозологии.

Результаты и обсуждение. В качестве основного заболевания диагноз СРК установлен в 76 случаях (59 женщин, 17 мужчин), сопутствующего – у 88 обследованных (67 женщин, 21 мужчины). Средний возраст пациентов составил $42,3 \pm 1,2$ года ($38,7 \pm 2,2$ лет для мужчин, $43,3 \pm 1,4$ года для женщин). В возрастной структуре заболевания преобладали пациенты молодого (96 пациентов, 58,5%, соотношение мужчин/женщин 0,39) и среднего (40 больных, 24,4%, соотношение мужчин/женщин 0,21) возраста. Обращено внимание на значимое количество пациентов старшей (60 и более лет) возрастной группы (28 пациентов, 17,1% от общего количества обследованных, соотношение мужчин/женщин 0,17), у которых по результатам комплексного обследования признаков органической патологии толстой кишки выявлено не было. Субнозологическая номенклатура СРК характеризовалась относительно равномерным распределением по основным типам (СРК с запором, с диареей, смешанный и неклассифицируемый) у представителей обоих полов [0,28-0,22, $p>0,05$]. Значимых корреляционных связей между полом, возрастом, типом СРК не выявлено.

Выводы. По результатам обследования репрезентативной выборки жителей Северо-Западного региона России наблюдается закономерная понижающая возрастная тенденция, а также выраженная гендерная диспропорция относительно обращаемости за амбулаторной медицинской помощью по поводу СРК с существенным, практически троекратным, преобладанием лиц женского пола. Данное обстоятельство может быть обусловлено как объективными, так и субъективными причинами, в том числе особенностями менталитета мужского населения, и требует ориентации врачей первого контакта на целенаправленный расспрос пациентов-мужчин на предмет выявления хронической кишечной дисфункции у лиц данной категории. С увеличением возраста пациентов с СРК относительное количество лиц женского пола в структуре заболевания увеличивается, при этом значительное число клинических случаев приходится на лиц пожилого возраста. Учитывая структуру сопутствующих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, не следует рассматривать возраст пациентов как основной определяющий фактор при назначении таким пациентам комплекса диагностических мероприятий, в том числе дорогостоящих и инвазивных. Необходим дифференцированный подход с учетом структуры факторов риска органической патологии кишечника, в том числе злокачественных новообразований, а также наличия «симптомов тревоги». Возможности коморбидного течения заболеваний билиопанкреатической зоны требуют проведения тщательной дифференциальной диагностики с патологией поджелудочной железы и желчевыводительной системы.

ХАРАКТЕРНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НЕВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ

Соловьев М.В.¹, Сорокин Н.В.¹,
Крипак О.Н.¹, Ивашкина Т.Г.²

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД»,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить электрофизиологические эквиваленты моторно-эвакуаторных изменений, развивающихся при хроническом течении язвенного колита малой и умеренной активности.

Материал и методы. Обследовано 26 пациентов в возрасте 27-72 года (средний возраст 48,4±4,5 лет) с язвенным колитом, левосторонним/тотальным поражением, малой/умеренной активностью (MMDAI2 – 8 баллов) и хроническим рецидивирующим течением заболевания. Диагноз устанавливался в соответствии с действующим стандартом диагностики. Все больные получали противовоспалительную терапию (препараты 5-АСК, глюкокортикостероиды, цитостатики) при отсутствии в схеме терапии препаратов, непосредственно влияющих на тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ. Пациентам, помимо прочего, выполнялась периферическая электрогастроэнтерография по традиционной методике, натощак и после стандартной пищевой стимуляции. Оценивались суммарная электрическая мощность ЖКТ_{PS} (мВт); абсолютная электрическая мощность отделов ЖКТ P_i (мВт); относительная электрическая активность $P(i)/PS$ (%), коэффициент соотношения $P(i)/P(i+1)$ (ед), коэффициент ритмичности $Kritm$ (ед). Полученные результаты обработаны методами непараметрической статистики с использованием ППП «StatisticaforWindows» версии 10.0.

Результаты и обсуждение. На фоне выраженной исходной дисперсии PS (13,79 мВт [8,22-45,60]) после пробного завтрака суммарная электрическая мощность ЖКТ, фактически сохраняясь на прежнем уровне, демонстрировала уменьшение разброса показателей (13,61 мВт [5,78-23,28]). В спектре источников абсолютной электрической мощности натощак превалировали желудок и толстая кишка – 3,11 мВт [2,33-12,69] и 8,96 мВт [4,47-17,10], соответственно. На фоне пищевой стимуляции имели место разнонаправленные, статистически незначимые изменения данных показателей (до 4,51 мВт [2,05-9,19]) и 3,97 мВт [2,26-7,95], соответственно, $p > 0,05$). Обращало на себя внимание колебание относительной

электрической активности $P(i)/PS$ на уровне верхней границы нормы с тенденцией к ее превышению на фоне пищевой стимуляции во всех отделах, достигающей статистически значимых различий в случае подвздошной кишки (12,46% [9,69-15,53]) и 17,87% [17,18-19,17], соответственно ($Z=1,66$, $p=0,01$). Напротив, в отношении толстой кишки данный показатель статистически значимо снижался с 45,67% [39,39-51,99] до 34,72% [31,31-37,39] ($Z=2,77$, $p=0,006$). Коэффициент соотношения $P(i)/P(i+1)$ подвздошной/толстой кишки, исходно превышая верхнюю границу нормы, значимо увеличивался после приема пробного завтрака (0,37 ед. [0,25-0,51] и 0,57 ед. [0,50-0,72] ($Z=1,66$, $p=0,01$). $Kritm$ толстой кишки до стимуляции находился на субнормальном уровне (9,53 ед. [6,51-12,46]), а после стимуляции демонстрировал понижательную тенденцию (6,9 ед. [5,94-11,09]), статистически незначимую.

Выводы. Состояние желудочно-кишечного тракта больных язвенным колитом малой/умеренной активности характеризуется сочетанием альтеративного, экссудативного и пролиферативного компонентов воспаления, негативно влияющих на структуры нервных сплетений кишечника и мышечной оболочки. Эти нарушения доступны регистрации методом периферической электрогастроэнтерографии. Наиболее характерными для обследованной выборки изменениями явились гипертонус подвздошной кишки и нормотоническая гипокинетическая дискинезия толстой кишки. Данное обстоятельство следует учитывать при назначении таким пациентам миотропной лекарственной терапии.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ПАРОДОНТИТ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Солодовникова С.В., Литвяков А.М.,
Данилова О.И., Шпигун Н.В.
Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ИБС у пациентов с диагностированным пародонтитом, проходившим лечение в условиях терапевтических отделений ВОКБ.

Материалы и методы. В исследование включены 96 пациентов (72 мужчин, 24 женщин) в возрасте от 42 до 65 лет (58,6±6,4 лет), страдающих ИБС и находившихся на стационарном лечении в ВОКБ за период с 2014 по 2018 год. Средняя длительность течения диагностированной ИБС составила 10,6±0,98

лет. Критерии исключения: возраст старше 65 лет, ИМ в анамнезе давностью менее 6 месяцев, СД 2 типа, фаза инсулинопотребности, наличие злокачественных новообразований и онкогематологических заболеваний, ХСН III-IV ФК согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА), СЗСТ, тяжелые инфекционные заболевания, требующие регулярной антибактериальной терапии. Все пациенты были осмотрены стоматологом и пародонтологом. У всех пациентов имелся хронический пародонтит (ХП): легкой степени – 8 пациентов (8,3%), средней – 36 пациентов (37,5%), тяжелой – 52 пациента (54,2%). Группой сравнения являлись пациенты с ИБС без диагностированного ХП. Группа сравнения была сопоставима по возрасту, полу, наличию сопутствующей патологии ($p < 0,05$). Обследование включало в себя сбор анамнестических и объективных данных, выявление ФР, осмотр стоматолога, пародонтолога, лабораторные методы диагностики (общеклинический и биохимический анализы крови). Из функциональных методов диагностики использовались: тредмил – тест, стандартное ЭКГ в 12 – отведениях, всем пациентам проводилось дуплексное сканирование брахио – цефальных сосудов в соответствии со стандартными протоколами.

Результаты и обсуждения. При обследовании пациентов первой группы было установлено, что II ФК стенокардии напряжения имелся у 34 пациентов, III ФК – у 64 пациентов. Наибольшая частота перенесенных ИМ отмечалась среди пациентов первой группы ($45,2 \pm 6,5\%$). Мозговые инсульты в анамнезе чаще всего наблюдались так же в первой группе ($11,5 \pm 4,4\%$). Доля пациентов с АГ в первой группе ($74,6 \pm 5,4\%$) была существенно выше по сравнению с группой контроля ($32,7 \pm 7,1\%$). При сравнении частоты курильщиков среди пациентов, имеющих ХП ($89,6 \pm 4,4\%$), и исследуемой контрольной группы ($58,9 \pm 7,2\%$), были получены данные о наличии статистически значимых различий ($p < 0,05$). Содержание СРБ среди пациентов ИБС без признаков ХП ($3,9 \pm 0,1$) было статистически ($p < 0,05$) значимо ниже, чем в первой группе ($5,6 \pm 0,1$), что не противоречит ранее проводимым исследованиям. Необходимо отметить наличие достоверной корреляции между увеличением частоты и тяжести приступов стенокардии и тяжестью ХП ($r = 0,35$, $p < 0,05$). У пациентов ИБС (III ФК стенокардии) достоверно выявлялась тяжелая степень ХП ($r = 0,37$, $p < 0,05$) и высокая ЧСС ($r = 0,541$, $p < 0,05$). Атеросклеротическое поражение артериальных сосудов шеи у пациентов первой группы, что было статистически выше, чем у пациентов второй группы ($p < 0,05$). Уровень гиперлипидемии (повышение ХС-общ., ХС-ЛПНП и ТГ) при ИБС коррелировал с тяжелым ХП ($r = 0,324$, $p < 0,05$). Анализ показателей толерантности к ФН (по данным тредмил – теста) по-

казал, что тенденция к повышению толерантности была ассоциирована с более легким течением ХП на фоне ИБС ($r = 0,787$, $p < 0,05$).

Выводы. Установлена взаимосвязь между особенностями течения ИБС и тяжестью проявлений ХП: выраженность гиперлипидемии ($r = 0,324$) и уровень артериального давления ($r = 0,312$, $p < 0,05$), уровень СРБ ($r = 0,34$, $p < 0,05$), тяжелый функциональный класс стенокардии ($r = 0,38$, $p < 0,05$), высокая ЧСС ($r = 0,541$, $p < 0,05$).

ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ФОКУС НА ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Солодун М.В., Якушин С.С., Филиппов Е.В.
Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова,
г. Рязань

Цель исследования. Оценить влияние полиморфизма генов ACE(D/I), SLCO1B1 (Val174Ala), LIPC (C514T), CYP2C19*2, CYP2C19*3, ADRB1 (Ser49Gly), ADRB1 (Arg389Gly) на 12-месячный прогноз у пациентов, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы и методы. В исследование включено 145 пациентов с ИМпST. Все пациенты получали все рекомендованные препараты, улучшающие прогноз после перенесенного ИМ: статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, клопидогрел в составе двойной антиагрегантной терапии, а также бета-адреноблокаторы. В исследование не включали пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, имеющей самостоятельное негативное влияние на прогноз. Прогноз оценивался через 1 год наблюдения по частоте возникновения событий комбинированной конечной точки (MACE), включающей в себя крупные острые коронарные события – сердечно-сосудистую летальность, нефатальный ИМ, незапланированную реваскуляризацию коронарного русла и госпитализацию по поводу прогрессирующей стенокардии.

Генотипирование выполнено методом ПЦР.

Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы Statsoft Statistica 10.0. Для выявления факторов, ассоциированных с прогнозом, использовался регрессионный анализ в моделях пропорционального риска Кокса. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При комплексном анализе течения постинфарктного периода с учетом частоты свершения событий комбинированной ко-

нечной точки MACE установлена достоверная связь годового исхода ИМ с полиморфизмом генов ACE (D/I) и ADRB1 (Ser49Gly). Генотип II гена ACE (D/I), в отличие от генотипов ID и DD, был статистически значимо ассоциирован с благоприятным годовым исходом после ИМ: OR=0,43 [0,21; 0,90], p=0,007. Носительство аллеля Ser гена ADRB1 (Ser49Gly) увеличивало вероятность наступления MACE в 1,66 раз (OR=1,66 [1,04; 2,63], p=0,016).

Из факторов негенетической природы статистически значимое влияние на исходы продемонстрировали реперфузионная терапия, фракция выброса (ФВ) левого желудочка, 3 степень митральной регургитации и 1 степень трикуспидальной регургитации (p<0,05).

Для всех генетических и негенетических показателей, статистически значимо отличающихся у пациентов с благоприятным и неблагоприятным годовым исходом ИМпСТ, проведен однофакторный регрессионный анализ, а затем многофакторный регрессионный анализ в модели пропорционального риска Кокса. Независимую ассоциацию с однолетним исходом ИМпСТ по результатам многофакторного анализа имели генотип II полиморфного гена ACE (I/D), реперфузионное лечение на госпитальном этапе и фракция выброса левого желудочка менее 44%. Генотип II гена ACE (I/D) имел независимую от других причин ассоциацию с благоприятным годовым прогнозом ИМпСТ: OR=0,33 [0,14; 0,77].

Выводы. 1. Полиморфизмы ACE (I/D) и ADRB1 (Ser49Gly) имеют ассоциативную связь с частотой возникновения острых коронарных событий в отдаленном постинфарктном периоде. 2. Генотип II полиморфного гена ACE (I/D) является независимым предиктором благоприятного долгосрочного прогноза при ИМ.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сотскова В.А., Шульдяков А.А.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, г. Саратов

ВИЧ тропен ко всем клеткам, несущим на своей поверхности CD-4 рецепторы, в связи с чем поражает многие органы и системы. Уже в первую неделю после заражения ВИЧ проникает в центральную нервную систему и сохраняется там на протяжении

всего инфекционного процесса. В результате у ВИЧ-инфицированных развиваются самые различные заболевания нервной системы: инсульты, энцефалиты, менингиты, опухоли, которые могут привести к инвалидизации пациента, а в тяжелых случаях и к его смерти. Для проведения профилактических и лечебных мероприятий в отношении данной категории больных необходимо знать состояние эпидемиологической обстановки в отношении ассоциированных с ВИЧ-инфекцией заболеваний нервной системы.

Цель исследования. Анализ эпидемиологической ситуации сочетанных с ВИЧ-инфекцией поражений нервной системы в Саратовской области в 2007-2016 гг. при помощи показателей первичной заболеваемости, летальности, пораженности.

Материалы и методы. Был использован ретроспективный анализ карт, ВИЧ-инфицированных старше 18 лет находящихся на диспансерном учете в ГУЗ «Центр СПИД» г. Саратова имеющих поражение нервной системы (диагноз устанавливали неврологи, нейрохирурги) с определением показателей первичной заболеваемости, пораженности и летальности на 10000 населения ВИЧ-инфицированных Саратовской области.

Результаты и обсуждение. Среднемноголетний показатель заболеваемости составил 29,74 ±22,45‰. Средний абсолютный прирост – 6,81‰, средний темп роста 141,27%, средний темп прироста 41,27%.

Летальность за исследуемый период была 25,73%, средний абсолютный темп роста (снижения) – 2,74%, средний темп роста (снижения) 92,7%, средний темп прирост (снижения) – 7,3%.

Пораженность среди ВИЧ-инфицированных, проживающих на территории Саратовской области, неврологическими расстройствами, сочетанными с ВИЧ, выросла с 1,34‰ в 2007 г. до 95,97‰ в 2016 г. Средний абсолютный прирост с 2007 по 2016 гг. составил 10,51‰, средний темп роста 160,78%, средний темп прироста 60,78%.

На территории Саратовской области в 2007-2016 гг. наблюдался рост показателей заболеваемости и пораженности, снижение летальности от ассоциированных с ВИЧ-инфекцией поражений нервной системы. В начале исследуемого периода регистрировалась низкая заболеваемость и высокая летальность, с чем и связан невысокий показатель пораженности. В этот отрезок времени пациенты практически не выявлялись, что говорит о низкой настороженности врачей в отношении ВИЧ-инфекции. В последние годы отмечается рост заболеваемости, пораженности и некоторое снижение показателя летальности, что говорит об улучшении выявления больных в неврологических стационарах, обследования ВИЧ-инфицированных на оппортунистические инфекции в ГУЗ «Центр СПИД».

Выводы. Существующую эпидемическую обстановку можно охарактеризовать как неблагоприятную, т.к. с каждым годом наблюдается рост заболеваемости, пораженности и сохраняется на высоких цифрах летальность.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Спицина С.С.^{1,2}, Шилова Л.Н.¹

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии
имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Оценить клиническую и рентгенологическую эффективность использования инфликсимаба (ИФ) в комбинации с метотрексатом (МТ) в комплексной терапии ревматоидного артрита (РА) с системными проявлениями.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты с системными проявлениями РА, которые находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении города Волгограда. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями ACR/EULAR 2010. Все больные получали в виде монотерапии МТ перорально в стабильной дозировке от 12.5 до 20 мг в неделю на протяжении не менее 6 месяцев, а также различные НПВП. ИФ вводился по стандартной схеме из расчета 3 мг/кг массы тела. Состояние пациентов оценивалось до назначения ИФ (неделя 0) и на 54-й неделе после назначения. Активность РА оценивалась с помощью индекса DAS28-CRP(4). На каждом из указанных визитов определялись количество болезненных и припухших суставов, оценка активности заболевания и боли пациентами по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), изменения на рентгенограммах кистей и стоп. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ SSPS 20.0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 12 пациентов с системными проявлениями РА в виде анемии легкой степени. Средний возраст исследуемых больных составлял $46 \pm 8,4$ лет, длительность заболевания более 2-х лет, при этом 83,3% были серопозитивны по ревматоидному фактору. У $2/3$ пациентов регистрировались III и IV рентгенологиче-

ские стадии РА. Большинство пациентов имели высокую активность воспалительного процесса ($\text{DAS28-CRP}(4) > 5,2$). Отмечался выраженный позитивный эффект ИФ в отношении активности РА: наблюдались уменьшение интенсивности суставного синдрома, времени утренней скованности, числа болезненных и припухших суставов. К концу 54-й недели индекс активности $\text{DAS28-CRP}(4)$ составил $2,77 \pm 0,9$ ($p < 0,05$). Показатель ВАШ активности пациентом к 54 неделе снижался с $65,0 \pm 12,9$ до $16,5 \pm 10,07$ мм ($p < 0,05$). На рентгенограммах кистей и стоп, выполненных на 54-й неделе, не прослеживался прирост кистовидных просветлений и узураций.

Выводы. Таким образом, комбинированная терапия ИФ+МТ значительно повысила эффективность лечения больных РА с системными проявлениями в виде анемии легкой степени: к 54-й неделе снизилась активность РА, улучшилась функциональная активность суставов. А также не наблюдалось рентгенологического прогрессирования заболевания.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИСПЫТУЕМОГО СТРЕССА И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Стамболцян В.Ш., Оганезова И.А.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. В настоящее время одной из самых актуальных проблем является постоянное воздействие стрессовых факторов на человека, которое влечет за собой развитие различных заболеваний. Представление о тесной взаимосвязи здоровья человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии. Сам факт заболевания является мощным стрессором, подвергаящим серьезному испытанию адаптационные ресурсы организма. По данным Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO) язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) в большинстве стран мира занимают одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Прогрессирующее течение воспалительный заболеваний кишечника (ВЗК), частые обострения, наличие внекишечных проявлений и осложнений приводит к ранней инвалидизации и значимо ухудшает качество жизни таких пациентов.

Цель исследования. Оценить уровень испытываемого стресса и эмоциональной устойчивости у больных воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. Проведено анкетирование пациентов, госпитализированных для лечения в больницу Петра Великого с установленными диагнозами ЯК и БК. Всего было обследовано 29 пациентов, среди них 13 мужчин (45%) и 16 женщин (55%). Средний возраст больных составил 48,62 лет. Для определения типа темперамента с учетом интроверсии и экстраверсии личности, а также эмоциональной устойчивости использовали личностный опросник Ганса Айзенка (EPI). Склонность к развитию стресса определяли по методике Т.А. Немчина и Тейлора. Состояние физического здоровья оценивается по методу определения индекса функциональных изменений (ИФИ). Для определения уровня испытываемого стресса (УИС), использовался расчетный метод, предложенный Шейх-Заде Ю.Р., учитывающий физиологические параметры организма больного.

Результаты. По данным проведенного анкетирования с помощью опросника Г.Айзенка (EPI) у 13 пациентов (45%) выявлен высокий уровень нейротизма, у 16 пациентов (55%) умеренная эмоциональная нестабильность. По данным того же теста 6 пациентов (21%) являются истинными экстравертами, 5 пациентов (17%) истинные интроверты, остальные 8 пациентов (62%) показали средний результат (амбиверты). При исследовании склонности к развитию стресса данные 16 пациентов (55%) свидетельствуют о высоком уровне тревожности, у 10 пациентов (34%) о среднем (с тенденцией к высокому) уровне тревожности, 3 пациента (10%) имеют средний (с тенденцией к низкому) уровень тревожности. По результатам данного опросника, пациентов с отсутствием тревожности не выявлено. При исследовании состояния физического здоровья 15 пациентов (52%) неудовлетворительная адаптация, у 9 пациентов (31%) зарегистрировалось напряжение механизмов адаптации, у 5 пациентов (17%) удовлетворительная адаптация. Данные по оценке уровня испытываемого стресса выявили у 14 пациентов (48%) выраженный стресс, стресс реакция средней степени у 11 пациентов (38%) и только у 5 пациентов (17%) результаты свидетельствуют об отсутствии стресса.

Выводы. У пациентов с ВЗК выявлен высокий уровень нейротизма, низкая стрессоустойчивость, высокий уровень испытываемого стресса. Невротические особенности личности отражают как нарушение психической адаптации, так и недостаточность адаптивнокомпенсаторных механизмов, что, несомненно, нарушает комплаентность и процесс адаптации к заболеванию.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ВИТАМИНОМ D

Степанова А.П.¹, Каронова Т.Л.^{1,2}

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,

²Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Высокие дозы витамина D (ВитD) улучшают кожную микроциркуляцию (МЦ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и диабетической периферической нейропатией (ДПН).

Цель. Изучить динамику показателей МЦ кожи, измеренных методом лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ), у пациентов с СД2 и ДПН на фоне терапии различными дозами ВитD.

Материалы и методы. Шестьдесят два некурящих пациента с СД2 и ДПН были рандомизированы в две группы: группа 1 получала 5000 МЕ (Гр1), а группа 2 – 40 000 МЕ (Гр2) колекальциферола в неделю. Критерии включения: HbA1c до 9,0%, выраженности нейропатии 4 балла и выше по шкале NDS. Параметры МЦ (значение перфузии – M, стандартное отклонение кровотока – σ и Kv – коэффициент микроциркуляции, %) оценивали методом ЛДФ (ЛАКК-М, Россия) исходно и на фоне функциональных тестов: постурального (рассчитывалось снижение скорости кровотока – ССК) и окклюзионного (рассчитывался индекс резерва капиллярной крови – РКК) согласно инструкции к прибору; 25(OH)D в сыворотке крови были оценены начале исследования и через 24 недели терапии. Терапия сахароснижающими препаратами и сопутствующая терапии не изменялись на протяжении всего исследования. Значения МЦ контрольных здоровых субъектов (группа 3; Гр3) использовали для сравнения.

Результаты. Клинические характеристики пациентов были сопоставимы (Гр1: n=31; возраст 52,4±5,7 лет, ИМТ 30,2±4,3 кг/м²; уровень 25(OH)D 28,0±16,9 нг/мл; HbA1c 7,6±0,8% и Гр2: n=31; возраст 51,4±6,1 лет; ИМТ 31,1±4,5 кг/м²; 25(OH)D 23,9±7,9 нг/мл; HbA1c 7,7±0,9%; (p>0,05). В Гр3 (n=16; возраст 51,8±3,7 лет; ИМТ 30,1±2,7 кг/м², уровень 25(OH)D 29,11±13,6 нг/мл) значение HbA1c достоверно отличалось по сравнению с Гр 1 и Гр 2 (4,8±0,5%; p=0,001). Исходные параметры кожной МЦ у больных СД2 были значительно ниже, чем в Гр3 ($M_{Гр1+2}=7,2±0,8$, & $M_{Гр3}=10,4±5$ (p=0,007); $\sigma_{Гр1+2}=3,1±0,4$ и $\sigma_{Гр3}=4,2±0,6$

($p=0,013$); $Kv_{Гр1+2}=35,2\pm 15,1$ и $Kv_{Гр3}=40,3\pm 14,5$ ($p=0,003$) соответственно. Изменений кожной МЦ в Гр1 после лечения не наблюдалось ($M=6,9\pm 0,5$ и $M=7,3\pm 0,4$; $\sigma=3,5\pm 0,6$ и $\sigma=4,4\pm 0,8$; $Kv=34,7\pm 13,2$ и $Kv=35,2\pm 14,1$ ($p> 0,05$)). В Гр2 к концу лечения отмечено снижение HbA1c, увеличение уровня 25(OH)D, и улучшение всех параметров МЦ ($M=7,3\pm 0,6$, против $M=8,7\pm 0,9$ ($p=0,003$); $\sigma=3,4\pm 0,3$ против $\sigma=5,3\pm 0,7$ ($p=0,005$), $Kv=36,8\pm 11,7$ и $Kv=38,1\pm 12,1$ соответственно ($p=0,008$)). Установлено, что постуральная проба, благодаря хорошей переносимости и простоте реализации, была более приемлема при обследовании больных СД2, чем окклюзионная проба. Только у больных, получавших терапию супрафизиологическими дозами витD (Гр2) выявлена корреляционная связь между конечной концентрацией 25(OH)D и значением показателей РКК, ССК ($r=0,72$, $p=0,03$ и $p=0,85$, $p=0,02$ соответственно).

Выводы. Терапия ВитD в дозе 40000 МЕ/неделя в течение 6 месяцев у пациентов с СД2 с ДПН ассоциирована с улучшением параметров кожной микроциркуляции и снижением уровня HbA1c, в то время как прием малых доз вит D не оказывала влияние на изучаемые показатели.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Стилиди Е.И., Клярская И.Л., Максимова Е.В.
Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Как и во всем мире, в последние десятилетия в России также отмечается неуклонный рост заболеваемости воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), включая Болезнь Крона (БК). Поздняя, несвоевременная диагностика ВЗК приводит к увеличению частоты рецидивов, числа тяжелых форм заболевания, их осложнений и повышает частоту сложных оперативных вмешательств и, соответственно, процент инвалидизации больных молодого, трудоспособного возраста.

Цель исследования. Провести оценку распространенности клинических проявлений и вариантов лечения БК в Республике Крым.

Материал и методы. В ходе исследования были систематизированы данные о пациентах с БК, методах их лечения, результатах лабораторных исследований и частоте возникновения нежелательных явлений.

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 58 пациентов с БК в возрасте от 18 до 65 лет (из них 23 человека (40%) – с инвалидностью). У большинства пациентов наблюдалось хроническое рецидивирующее – у 48,3% или хроническое непрерывное (у 34,5%) течение заболевания, легкая атака отмечена у 51,7% пациентов с БК, атака средней степени тяжести – у 39,6%. Системные проявления и осложнения заболевания выявлены у 46,2% пациентов. В момент отбора в исследование больные получали лекарственные препараты в качестве поддерживающей терапии, наиболее часто назначались препараты 5-аминосалициловой кислоты (43,1%) и иммуносупрессоры (39,6%); биологические препараты принимали редко (10%). Оперативное вмешательство ранее было выполнено 13% пациентам с БК.

Выводы. Высокая частота возникновения системных проявлений и осложнений заболевания, выполнения оперативных вмешательств свидетельствует о том, что настоящие подходы к лечению больных с БК в Республике Крым должны быть подробно изучены и оптимизированы. Правильная и своевременная диагностика БК чрезвычайно важна не только для успешного лечения, но и для дальнейшего прогноза.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Стилиди Е.И., Клярская И.Л.,
Максимова Е.В., Иськова И.А.
Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) по уровню распространенности и заболеваемости значительно уступают другим заболеваниям внутренних органов. Однако по тяжести течения, частоте осложнений, инвалидизации и летальности они занимают одно из ведущих мест во всем мире в структуре заболеваний органов пищеварения.

Цель исследования. Провести оценку распространенности клинических проявлений и вариантов лечения язвенного колита (ЯК) в Республике Крым.

Материал и методы. В ходе исследования были систематизированы данные о пациентах с ЯК, методах их лечения, результатах лабораторных исследований и частоте возникновения нежелательных явлений.

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 192 пациента с ЯК в возрасте от 18

до 65 лет (из них 41 человек (21,3%) – с инвалидностью). У большинства пациентов наблюдалось хроническое рецидивирующее – у 46,8% или хроническое непрерывное (у 34,4%) течение заболевания, легкая атака отмечена у 47,4% пациентов с ЯК, атака средней степени тяжести – у 42,7%. Системные проявления и осложнения заболевания выявлены у 38,5% пациентов. В момент отбора в исследование больные получали лекарственные препараты в качестве поддерживающей терапии, наиболее часто назначались препараты 5-аминосалициловой кислоты (67,7%) и иммуносупрессоры (20,8%); биологические препараты принимали редко (2,6%). В начале исследования у большинства пациентов (96,3% с ЯК) схемы лечения были изменены, что свидетельствует о высокой распространенности активной формы заболевания среди включенных в исследование пациентов и недостаточности лечения, проводившегося в непрофильных центрах. Оперативное вмешательство ранее было выполнено 5,2% пациентам с ЯК.

Выводы. Высокая частота возникновения системных проявлений и осложнений заболевания, выполнения оперативных вмешательств свидетельствует о том, что настоящие подходы к лечению больных с ЯК в Республике Крым должны быть подробно изучены и оптимизированы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Стилиди Е.И., Клярская И.Л., Максимова Е.В.,
Кривой В.В., Григоренко Е.И.
Крымский федеральный университет
имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Неинвазивные методы оценки фиброза печени основаны на двух разных подходах: «биологический» подход, или серологический, основанный на количественном определении биомаркеров в образцах сыворотки и «физический», или визуализационный подход, основанный на измерении плотности печени (например, эластография).

Цель исследования. Оценить эффективность алгоритма eLIFT, ФиброТест + транзиторная эластография (ТЭ) для скрининга тяжелого фиброза и цирроза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели и задач было проведено 2 этапа исследования. Первый этап включал оценку показателей теста eLIFT у 27 пациентов с НАЖБП. Данный тест был предложен в 2017 году Jerome Boursier et al. и выявляет тяжелый фиброз печени на основании подсчета суммы баллов, касающихся возраста, пола, уровня γ -глутамилтрансферазы и аспартатаминотрансферазы, числа тромбоцитов и протромбинового времени.

Вторым шагом при значении теста eLIFT более или равном 8 баллам предложено использовать комбинацию FibroTest и ТЭ.

Результаты и обсуждение. При сравнении показателей диагностической точности одного неинвазивного теста с комбинированными алгоритмами, а именно, ТЭ (ФиброСкан) и ТЭ + ФиброТест, отмечается более высокая диагностическая точность у комбинированного алгоритма (95% против 73%).

Выводы. Полученные данные демонстрируют возможность применения и высокую чувствительность комбинированного применения неинвазивных методов оценки фиброза печени (ФиброТест, eLIFT и ТЭ) у пациентов с НАЖБП. Комбинированный подход позволяет повысить специфичность и чувствительность определения стеатоза и фиброза печени и избежать проведения биопсии печени.

ПОСТИНФАРКТНАЯ АНЕВРИЗМА СЕРДЦА, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Столв С.В.¹, Макарова О.В.¹, Углева Е.М.¹,
Ямщикова Т.Ю.¹, Спиридонова Л.Н.²,
Рыжова Т.А.², Терлецкая С.А.², Сапун А.Н.²

¹Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов,
Санкт-Петербург,

²Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Кемеровской области,
г. Кемерово

Одним из осложнений инфаркта миокарда является аневризма сердца, которая развивается преимущественно в левом желудочке (ЛЖ), т.к. его потребность в кислороде, как и толщина стенки, и внутреннее давление – выше, чем в других отделах. В зависимости от используемых методов диагностики частота аневризм ЛЖ составляет 5-20% среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и чаще диагностируется у лиц мужского пола старше 50 лет. Наиболее часто осложнения встречаются при аневризмах средних и гигантских размеров и проявляются тромбоэмболическими осложнениями, прогрессирующим хронической сердечной недо-

статочности (ХСН), развитием острой сердечной недостаточности, разрывом аневризмы.

При освидетельствовании лиц с постинфарктной хронической аневризмой ЛЖ в бюро медико-социальной экспертизы нередко возникают затруднения с адекватной оценкой, что требует изучения вопроса.

В бюро МСЭ освидетельствованы 40 человек, перенесших инфаркт миокарда с развитием аневризмы ЛЖ. Возраст освидетельствованных составил от 37 до 76 лет, мужчин было 30, женщин – 10; высшее образование имели 3, среднее и среднее специальное – 37; в большинстве случаев до инфаркта миокарда выполняли работу средней тяжести и тяжелого физического труда 30 человек, умственного и легкого физического труда – 10. На момент освидетельствования продолжали трудовую деятельность 7 человек, не работали – 33, в том числе, 14 – являлись пенсионерами по возрасту и 11 инвалидов III группы не работали и не были трудоустроены.

При первичном освидетельствовании группа инвалидности не установлена в двух случаях, определена III группа – 23 и II группа инвалидности – 15 освидетельствованным. Признаки ХСН определялись у всех освидетельствованных: I стадии – у 1, ПА – у 31, ПБ – у 8 человек.

Среди повторно освидетельствованных (25 чел.) прежняя группа сохранялась у 13 (оставались инвалидами II группы – 5 и III группы – 8 человек), в одном случае произошло утяжеление (со II на I группу), частичная реабилитация достигнута в 6 случаях: из II группы в III перешли 5 человек и в одном случае инвалиду III группы при переосвидетельствовании группа не установлена (полная реабилитация).

Хирургические методы лечения ИБС применялись у 24 человек: из них в 14 случаях выполнена ЧКВ со стентированием, в 10 – проведено АКШ и, в том числе, 5 – выполнена венстрикулопластика аневризмы с тромбэктомией при необходимости. Тромбированная аневризма имела место у 10 человек, тромбэктомия проведена двум из них.

Все освидетельствованные обследованы по единой клинико-лабораторной и инструментальной программе с обязательным выполнением эхокардиографии и мониторинга ЭКГ по Холтеру.

При осмотре во время освидетельствования в бюро МСЭ цианоз губ отмечен у 10, акроцианоз – у 6 из 40 человек, уровень артериального давления колебался от нормальных до высоких цифр, в среднем составил 131,8/83 мм рт.ст.; частота пульса у 23 человек была в пределах 60-80 уд/мин, у 17 – от 81 до 100 уд/мин. При аускультации тоны сердца были приглушены практически у всех, в половине случаев выслушивалось везикулярное дыхание, в половине – ослабленное, влажные хрипы – у 5. Печень по краю реберной дуги определялась у 28, более значимое ее увеличение – у 7 из 40 человек. У половины освидетельствованных пе-

риферические отеки не обнаруживались, а у половины – зафиксированы в виде пастозности стоп и голеней.

ЭхоКГ выявила ФВ>50% у 5, 49 - 35% – у 26 и <35% – у 9 человек. Ни в одном случае не было приведено описание аневризмы ЛЖ, размеры представлены в 5-х случаях – 3,8x4,0, 1,5x4,0, 1,8x4,0 см. У всех обследованных отмечалась дилатация левых полостей сердца, а также наличие митральной, трикуспидальной регургитации от незначительной до выраженной степени, в 3-х случаях – незначительная аортальная регургитация, в 10 – незначительное и умеренное повышение давления в легочной артерии.

Мониторирование ЭКГ по Холтеру обнаружило желудочковую экстрасистолию у всех обследованных: 1 и 2-я градация по Лауну – у 13, 3-я градация – у 14, 4-я – у 8 и 5-я – у 5 человек. В 7 случаях отмечена пароксизмальная желудочковая тахикардия. У 14 из 40 человек зафиксированы эпизоды безболевого ишемии миокарда продолжительностью от 2 до 56 минут.

Анализ медицинской документации и результаты обследования больных, перенесших инфаркт миокарда с последующим развитием аневризмы ЛЖ, свидетельствует, что при многосудистых коронарных поражениях, распространенной зоне некроза при инфаркте миокарда, неэффективной хирургической коррекции (АКШ, стентирование и др.), проводимые реабилитационные мероприятия не всегда приводят к положительной динамике нарушения функций сердца и определяют высокую стабильность групп инвалидности. Наиболее значимыми для экспертной оценки являются нарушения ритма, в первую очередь желудочковая экстрасистолия высокой градации, пароксизмальная желудочковая тахикардия, и выраженность хронической сердечной недостаточности.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Стома И.О.^{1,2}, Герасимович О.В.¹,
Искров И.А.¹, Лендина И.Ю.¹

¹Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии,

²Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Серьезность проблемы инфекционных осложнений в гематологии определяется их высокой ча-

стотой, тяжестью течения и трудностями диагностики. Клинический эффект заместительной терапии иммуноглобулинами в отношении риска инфекционных осложнений у взрослых пациентов гематологического профиля в настоящее время нуждается в оценке и пересмотре. Целью данного проспективного исследования было оценить независимое влияние заместительной терапии иммуноглобулинами на риск развития инфекционных осложнений у пациентов гематологического профиля.

Материал и методы. В исследование было включено 34 взрослых пациента, получающих специфическую терапию по поводу гематологического заболевания. Группы интервенции (заместительная терапия) и контрольная группа были сопряжены по клинико-демографическим показателям. За первичный исход в анализе была принята продолжительность периода свободного от инфекционных эпизодов в анализе 180-дневной выживаемости. В исследовании использовались следующие статистические методы: время-зависимый анализ Каплан-Майера с лог-ранг тестом, регрессия Кокса, непараметрические методы оценки различий в группах. Цензурирование выполнялось по точке начала инфекционного эпизода.

Результаты. Пациенты с различными гемобластозами, получавшие специфическую терапию по поводу основного заболевания, были разделены на две равные группы: с применением заместительной терапии иммуноглобулином (выборочная группа) и без таковой (сопряженная контрольная группа). Сопряжение контрольной группы выполнялось по демографическим характеристикам и основному гематологическому диагнозу. Средний возраст пациентов составил 57,8 лет, половое соотношение: женщины – 19, мужчины – 15. Гематологическая нозология была распределена следующим образом: хрон. лимфолейкоз – 18, множественная миелома – 8, острый миелолейкоз – 2, острый лимфолейкоз – 4, миелодиспластический синдром – 2. У 15 пациентов была глубокая гипогаммаглобулинемия менее 4 г/л. По результатам анализа свободной от инфекций выживаемости в течение 180 дней было показано статистически значимая ассоциация заместительной терапии иммуноглобулинами и снижения риска инфекционных эпизодов (лог-ранг тест, $p=0.037$). средняя продолжительность периода без инфекционных осложнений в выборочной группе – 164 дня (95% ДИ 147-180 дней), в то время как в контрольной группе – 148 дней (95% ДИ 124-171 день). В результате регрессионного анализа также получены данные ($p=0.035$) об отсутствии дополнительных факторов, послуживших причиной выявленных различий в группах. Для предотвращения одного инфекционного эпизода в исследуемой группе было необходимо провести заместительную терапию 3-м пациентам ($p=0.018$).

Выводы. Полученные данные анализа Каплан-Майера и регрессионного анализа показывают, что применение заместительной терапии иммуноглобулинами независимо влияет на длительность периода специфической терапии основного гематологического заболевания без инфекционных эпизодов, что улучшает бессобытийную выживаемость и качество жизни пациентов. Заместительная терапия иммуноглобулинами может использоваться у пациентов группы высокого риска инфекционных осложнений, с учетом уровней гипогаммаглобулинемии, а также клинической динамики. Клинический эффект может быть оценен в течение 6 месяцев от начала заместительной терапии.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РЕАКТИВАЦИИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Стома И.О.^{1,2}, Парчинская Ю.А.¹, Шепетько М.М.¹,
Губанова Т.Н.¹, Лендина И.Ю.¹, Искров И.А.¹

¹Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии,
²Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

В последние годы в лечении заболеваний системы крови достигнут значительный прогресс, однако одной из ведущих причин гибели больных остаются инфекционные осложнения, обусловленные дефектами в работе гуморального и клеточного звеньях иммунитета. Среди вирусных инфекций преобладают герпесвирусные, что обусловлено ранним инфицированием, повсеместным распространением, разнообразием путей передачи, пантропностью вирусов и способностью к персистенции в латентной форме. Целью данного проспективного исследования было оценить частоту и факторы риска реактивации герпесвирусных инфекций у пациентов на фоне химиотерапии гематологических заболеваний.

Материал и методы. В исследование на протяжении 2016-2019 гг. было включено 146 взрослых пациентов, с синдромом фебрильной нейтропении на фоне специфической терапии по поводу гематологического заболевания. Критерии фебрильной нейтропении применялись в соответствии с рекомендациями Общества инфекционных заболеваний Америки. За первичный исход в анализе была принята подтвержденная полимеразной цепной реакцией (ПЦР кач. и колич. на CMV, VEB, HSV, VZV,

ННV-6) вiremия в сочетании с клиническими признаками герпесвирусной инфекции. В исследовании использовались следующие статистические методы: непараметрические методы оценки различий в группах (метод Хи-квадрат), независимость ассоциаций оценивалась методом логистической регрессии

Результаты. Среди 146 включенных в исследование пациентов, у 34 (23.3%) методом ПЦР была подтверждена герпесвирусная инфекция. Медиана возраста пациентов составила 34.5 года (интеркв. инт. 27-52 года), половое соотношение: женщины – 64 (43.8%), мужчины – 82 (56.2%). Гематологическая нозология была распределена следующим образом: апластическая анемия – 14, хрон. лимфолейкоз – 15, хрон. миелолейкоз – 6, Ходжкинская лимфома – 6, идиопатический миелофиброз – 10, множественная миелома – 11, неходжкинская лимфома – 4, острый миелолейкоз – 58, острый лимфолейкоз – 20, миелодиспластический синдром – 2. Наиболее часто происходила реактивация CMV-инфекции (21 пациент), VEB-инфекции (16 пациентов). По результатам анализа факторов риска реактивации герпесвирусных инфекций, было выявлено, что именно у пациентов с хроническим лимфолейкозом риск реактивации наиболее высок (Хи-квадрат 8.39, $p=0.004$), в основном за счет реактивации CMV-инфекции (Хи-квадрат 4.64, $p=0.031$). При этом при включении в мультивариантный анализ параметров возраста и пола, было показано, что хронический лимфолейкоз является независимым фактором риска реактивации CMV-инфекции (ОШ 3.57; 95% ДИ 1.06 - 12.04; $p<0.0001$).

Выводы. Герпесвирусные инфекции составляют значительную часть этиологической структуры фебрильной нейтропении у взрослых пациентов гематологического профиля, при этом преобладают CMV-инфекции и VEB-инфекции. Пациенты с хроническим лимфолейкозом отличаются наиболее высоким риском реактивации CMV-инфекции, что может быть обусловлено специфическим поражением лимфоцитарного ростка кроветворения.

ВОЗМОЖНОСТИ МР-ЭНТЕРОГРАФИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Субботина О.А., Резакова М.В.

Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины, г. Новосибирск

Введение. Несмотря на то, что с момента первого описания случая болезни Крона прошло уже свыше 80 лет, нозология интенсивно изучается, все же

сохраняются трудности диагностики этого заболевания. В постановке диагноза болезни Крона на данный момент обязательным считается фиброколоноскопия с прицельной биопсией, однако всегда есть факторы, которые ограничивают возможности эндоскопических методов диагностики. В 2016 году вышли российские клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона, где МР-энтерография рекомендована как диагностический метод у пациентов с выставленным диагнозом при подозрении на развитие осложнений, но в ряде случаев МР-энтерография также используется для первичной диагностики у пациентов без установленного диагноза, что требует проведения дифференциальной диагностики.

Цель. Раскрыть возможности МР-энтерографии при дифференциальной диагностике болезни Крона.

Материалы и методы. Исследование проводилось на МРТ-системе General Electric Discovery MR750W с напряженностью магнитного поля 3,0 Тс с использованием стандартного протокола МР-энтерографии на базе рентгенологического отделения клиники ФГБУ НИИФФМ. Представленные в докладе клинические примеры пациентов, которые проходили исследование согласно направлению гастроэнтеролога по поводу подозрения на ВЗК.

Результаты и обсуждение. В период с 2015 г. до 2019 г. на базе рентгенологического отделения клиники ФГБУ НИИФФМ было выполнено свыше 600 МР-энтерографий у пациентов в возрасте от 19 до 62 лет. У 62% пациентов на момент исследования была диагностирована болезнь Крона, остальные 38% пациентов окончательного диагноза не имели. Дифференциальная диагностика Болезни Крона весьма сложна. В первую очередь необходимо дифференцировать болезнь Крона с неспецифическим язвенным колитом (НЯК). В отличие от НЯК поражение прямой кишки при болезни Крона встречается вдвое реже, но сопровождается формированием глубоких язв и характеризуется прерывистостью процесса, развитием осложнений в виде стриктур и свищей. Нередко даже применение всего спектра диагностических возможностей не позволяет однозначно высказаться в пользу одного из ВЗК. Также дифференциальный диагноз болезни Крона проводится с большим количеством инфекционных и неинфекционных хронических диарей, и в первую очередь с глютеновой энтеропатией, как наиболее частой причиной синдрома нарушения всасывания в кишечнике. МР-семиотика целиакии характеризуется атрофией слизистой тонкого кишечника, в первую очередь тощей кишки с развитием феномена «обратной складчатости». Среди инфекционных диарей необходимо отдельно выделить туберкулез кишечника, излюбленной локализацией является илеоцекальная область – туберкулезный илеотифлит. Отдельно следует упомянуть о необходимости проведе-

ния дифференциальной диагностики болезни Крона и ее стриктурирующей формы с опухолями кишечника, такими как лимфома и аденокарцинома.

Выводы. Проведение МР-энтерографии является не только эффективной методикой для оценки активности воспалительного процесса при болезни Крона, но и также может быть использована для первичной и дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника.

УРОВНИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Сушилова А.Г., Белоусова Л.Н.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить влияние уровня тревоги и депрессии на копинг-стратегии пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 70 пациентов гастроэнтерологического отделения больницы Петра Великого в возрасте от 19 до 64 лет, средний возраст $45,1 \pm 16,2$ лет; из них 22 мужчины, 48 женщин.

Наличие тревоги и депрессии оценивалось по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. Баллы по каждой шкале суммировались и интерпретировались, как отсутствие признаков тревоги и депрессии – 0-7 баллов, субклинически выраженная тревога/депрессия – 8-10, 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Для определения способов совладания со стрессом была выбрана «Методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма», состоящая из трех блоков: когнитивный (К), эмоциональный (Э), поведенческий (П). Каждое утверждение, выбранное пациентами, соответствовало адаптивной, относительно-адаптивной или неадаптивной копинг-стратегии (КС).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта выявлено 18% с клинически выраженными признаками тревоги, 21% с субклиническими признаками тревоги, 61% – без тревоги. При исследовании депрессивных расстройств в аналогичных группах выявлено 10%, 24%, 66% пациентов соответственно.

В группе когнитивных и поведенческих способов совладания со стрессом адаптивные КС среди пациентов без тревоги выявлены всего в 5%-К,

7%-П, среди пациентов с клинически выраженной тревогой – 8%-К, 0%-П. У пациентов с умеренно выраженной тревогой данный показатель оказался максимальным (33%-К, 27%-П). Наибольшая распространенность неадаптивных КС выявлена среди пациентов с выраженной тревогой (50%-К, 42%-П), наименьшая – с умеренной тревогой (0%-К, 13%-П).

Среди пациентов с умеренно выраженной депрессией доля адаптивных КС так же максимальная (29%-К, 18%-П). У опрошенных без депрессии этот показатель ниже (7%-К, 9%-П). Среди пациентов с клинически выраженной депрессией адаптивных КС в когнитивном и поведенческом блоках не выявлено, но отмечена наибольшая распространенность неадаптивных КС (57%-К, 57%-П).

В блоке эмоциональных способов совладания со стрессом адаптивные копинг-стратегии преобладали среди пациентов без тревоги-51%; среди пациентов с умеренно выраженной тревогой-47%; среди тревожных пациентов не выявлены вообще. Наибольший процент опрошенных с неадаптивными КС выявлен среди пациентов с клинически выраженной тревогой-92%.

Аналогичные результаты в группе эмоциональных способов совладания выявлены при исследовании депрессии. Адаптивные КС: среди пациентов без депрессии-48%, с умеренно выраженной депрессией-41%, с клинически выраженной депрессией-14%. Неадаптивные КС в этих же группах выявлены в 28%, 53%, 86% соответственно.

Выводы. В группах когнитивных и поведенческих КС адаптивные способы совладания со стрессом преобладают среди пациентов с субклинически выраженной тревогой и депрессией; в эмоциональном блоке – среди пациентов без тревоги и депрессии.

Неадаптивные КС во всех трех блоках имеют наибольшее распространение среди пациентов с клинически выраженной тревогой и депрессией, что обуславливает необходимость консультации психотерапевта.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КАРДИОЛОГИИ

Сушевич Д.С., Рудченко И.В.
Военный инновационный технополис «ЭРА»,
г. Анапа

Цель исследования. Оценить возможности эффективного использования телемедицинских технологий для ведения пациентов кардиологического профиля на основе анализа публикаций по данной тематике.

Материалы и методы. Поиск литературы в электронных библиотеках «Google Scholar», «eLIBRARY», «PubMed», «Science Direct» по соответствию ключевым словам («телемедицина», «кардиология», «дистанционное мониторирование»), описанию статьи тематике исследования и году публикации (не ранее 2015).

Результаты и обсуждение. Внедрение телемедицинских технологий в кардиологию получило большую реализацию в экономически развитых странах (США, Япония, Канада, Германия, Великобритания и прочие страны Европейского союза). Основными направлениями применения телемедицины в кардиологии можно выделить:

1. телемедицинские консультации;
2. телемониторинг и телеметрия кардиологической патологии;
3. образовательная и просветительская деятельность.

Получение удаленных консультаций, когда расстояние является критическим фактором, с помощью телемедицинских технологий предоставляет возможность обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний кардиологического профиля. Это позволяет сократить время на получение качественной медицинской помощи, уменьшить затраты финансовых средств, получить помощь при сложных диагностических случаях. Данное направление, несомненно, может оказать положительный эффект в системе здравоохранения, где имеются удаленные ЛПУ в сочетании с кадровым дефицитом и недостаточной подготовкой медицинских работников.

Дистанционное мониторирование кардиологической патологии позволяет организовать высококачественное наблюдение за пациентами, предотвратить у них развитие сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда, инсульт, внезапная смерть, а также своевременно диагностировать многие сердечно-сосудистые заболевания. В настоящее время имеется большое количество технических устройств с возможностью длительной непрерывной работы, позволяющих осуществлять динамический мониторинг различных показателей гемодинамики. Особое значение имеет ЭКГ-мониторирование, как первоочередной, простой и наиболее информативный способ диагностики острых кардиологических состояний.

Дистанционное образование создает условия для непрерывного обучения медицинских работников, повышения их квалификации без отрыва от места работы. С просветительской целью возможна организация консультирования популяций пациентов (их окружения) по вопросам использования телемедицинских технологий для первичной и вторичной профилактики кардиологических заболеваний.

Вывод. Учитывая высокую заболеваемость сердечно-сосудистой патологией во всем мире, очевидным становится внедрение инновационных технологий в медицине. Использование и развитие телемедицинских технологий в кардиологии позволит достичь значительных успехов в диагностике, лечении и профилактике многих заболеваний. Быстрое развитие телемедицинских услуг создает необходимость постоянного его контроля и использования для улучшения качества предоставляемой медицинской помощи.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Тайжанова Д.Ж., Турмухамбетова А.А.,
Бабенко Д.Б., Вистерничан О.А., Бодаубай Р.Б.
Карагандинский государственный
медицинский университет,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить клинико-генетические предикторы рестеноза коронарных артерий.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 пациентов казахской национальности 40 до 65 лет, после стентирования. Больные разделены на 2 группы: I группа – 15 человек с развившимся рестенозом, II группа – 45 человек без признаков рестенозирования. Группу контроля составили 52 условно здоровых лиц. Проведена оценка показателей липидного обмена, коагулограммы. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10.0, для сравнения независимых выборок использовали односторонний дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса. Для выявления ассоциации ряда полиморфных маркеров генов – кандидатов с развитием рестеноза проведено выделение ДНК из периферической крови методом высаливания с последующим проведением ПЦР. Силу ассоциации анализируемых признаков определяли с помощью величины отношения шансов (OR).

Результаты. Установлены статистически достоверные различия по уровню холестерина, который статистически значимо был выше в группе I (Me=4,9; Q25=4,2; Q75=5,8) в отличии от пациентов II группы (Me=4,5; Q25=3,4; Q75=5,6) и группой контроля (Me=4; Q25=3,8; Q75=4,8) (p=0,02). Так же выявлены статистически достоверные различия по уровню ЛПВП: в группе I медиана составила 1,1 (Q25=1,03; Q75=1,16), в группе больных без рестеноза медиана составила 1,02 (Q25=0,99; Q75=1,21), в контрольной группе медиана состави-

ла 0,9 (Q25=0,8; Q75=1) ($p=0,01$). По уровню ЛПНП между исследуемыми группами статистически достоверных различий выявлено не было. По показателям коагулограммы, установлены статистически достоверные различия лишь по уровню ПТИ. В группе больных с рестенозом медиана составила 88 (Q25=86; Q75=100), в группе больных без рестеноза медиана составила 94,5 (Q25=85,5; Q75=100), в контрольной группе медиана составила 85 (Q25=80; Q75=88) ($p=0,002$). По остальным показателям коагулограммы статистически значимых различий установлено не было.

Статистически значимая ассоциация с риском развития рестеноза установлена в полиморфизме гена FGB rs1800790 (OR-2.1, $p=0,009$) и в полиморфизме гена THBD (OR-1.7, $p=0,01$). Указанные гены оказывают влияние на факторы коагуляции. Полиморфизм гена FGB связан с заменой нуклеотида гуанин (G) на аденин (A). Носители варианта A имеют достаточно высокий риск образования тромбов.

Выводы. выявление носительства указанных генотипов может служить маркерами рестенозирования коронарных артерий после стентирования у лиц казахской национальности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Танделов Б.М., Болдуева С.А.,
Ярмош И.В., Водопьянова Е.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Рост продолжительности жизни закономерно сопровождается увеличением количества пожилых людей, что делает актуальным изучение особенностей течения у них различных заболеваний, включая ишемическую болезнь сердца (ИБС).

Цель. Определить особенности течения и тактики ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Было изучено 170 историй болезни пациентов, поступивших на кардиологическое отделение одного из городских стационаров за 2016 год с диагнозом ОКС старше 65 лет. Методами исследования стали ретроспективный анализ историй болезни и статистическая обработка полученных данных.

Результаты. Все больные ОКС были разделены на группы: 1 группа – пациенты в возрасте от 65 до 74 лет – 79 человек (46,4%) из них 35 (44,3%) мужчин и 44 (55,6%) женщины, 2 группа – в возрасте от 75 до 90 лет – 91 человек (54,6%), из которых 49 (53,8%) мужчин и 42 (46,2%) женщины. Частота случаев ОКС с подъемом ST (ОКСспST) и случаев ОКС без подъема ST (ОКСбпST) составила 44,7% (76 пациентов) и 55,3% (94 пациента) соответственно. В 1 группе 46,7% случаев с ОКСсп ST-32 у мужчин (40,5%), 15 (18,9%) у женщин и 53,3% с ОКСбпST-52 (65,8%) у мужчин и 25 (31,6%) у женщин. Во 2 группе 50,6% случаев с ОКСспST (20 (21,9%) мужчин и 27 (29,3%) женщин) и 49,4% с ОКСбпST (29 (31,8%) мужчин и 15 (16,4%) женщин). Сроки обращения от начала клинической симптоматики в 1 группе: мене 6 часов – 7 случаев (8,8%), от 7 до 24 часов – 2 человека (2,5%), более 24 часов – 70 случаев (88,6%). Во 2 группе время обращения за медицинской помощью от начала первых симптомов: менее 6 часов – 10 случаев (10,9%), более 24 часов – 81 случай (89%). Исход ОКС в виде инфаркта миокарда (ИМ) наблюдался в 74,1% случаев (126 больных), в 26,9% случаев (44 пациента) – нестабильная стенокардия. В 1 группе ИМ диагностировался в 67,1% случаев (53 пациента, из которых 22 (17,4%) мужчин и 31 (24,6%) женщина), во 2 группе – 80,2% случаев (73 пациента, из которых 38 (30,1%) мужчин и 35 (27,7%) женщин). Острая сердечная недостаточность (Killip II-IV) осложнила 18,2% случая ИМ (23 пациента); при этом в 1 группе – 13,2% случаев (7 пациентов), во 2 группе – 21,9% случаев (16 пациентов). Жизнеугрожающие нарушения ритма в виде желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков осложнили течение ИМ в 9 (5,2%) случаях, при этом в 1 группе – в 3 (5,6%) случаях, а во 2 группе – в 6 (8,2%) случаях ИМ. Баллонная ангиопластика и стентирование были выполнены 95,8% пациентам от общей выборки, в 1 группе – 73 пациентам (92,4%), во 2 группе – 90 пациентам (98,9%). В 67,8% случаев от общей выборки (112 пациентов) предпочтение отдавалось стентам с лекарственным покрытием (DES), в 28,4% случаев (47 больных) были имплантированы стенты без лекарственного покрытия (BMS) и биодеградируемые стенты (Absorb). В 1 группе DES имплантирован у 46 больных (63%), во 2 группе – у 62 больных (68,8%), при этом во 2 группе двум больным были имплантированы DES и BMS. Средний койко-день составил 10,2 для обеих групп. Аналогично равным для обеих групп оказался койко-день в ОРИТ – 2,6. Из общей выборки умерло 10 больных (17%), из которых 2 мужчин из первой группы и 8 женщин из 2-й группы. При этом в 1 группе умерло 2 пациента, которым были имплантированы DES, а во 2 группе – 8 пациентов (1 больному имплантированы

DES+BMS, 3 больным – DES, 4 – BMS). Досуточная летальность составила 7 случаев (70%): 1 случай в 1 группе и 6 случаев во 2 группе. Летальность после первых суток от момента госпитализации составила 1 случай в 1 группе и 2 случая во 2 группе.

Выводы. В группах пациентов пожилого и старческого возраста ОКС без подъема сегмента ST наблюдался в половине случаев. Развитие ИМ было диагностировано у большей части больных обеих групп (три четверти случаев ОКС). Течение ИМ осложнялось острой сердечной недостаточностью и жизнеугрожающими нарушениями ритма чаще в группе пациентов старческого возраста. В данном наблюдении стенты с лекарственным покрытием не показали своего преимущества над стентами без лекарственного покрытия. Пациенты пожилого и старческого возраста остаются группами повышенного риска неблагоприятных исходов ОКС (летальность 17%, в том числе досуточная летальность 70%). Необходимо продолжить исследование предикторов неблагоприятного исхода у данных групп больных.

БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Танрвердиев Д.К., Гаджиев И.Г., Гайдукова И.З.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Пациенты с псориатическим артритом имеют повышение сердечно-сосудистого риска. В то же время известно, что при псориатическом артрите чаще, чем в популяции встречается гиперурикемия, которую рассматривают как фактор сердечно-сосудистого риска.

Цель. Сопоставить наличие гиперурикемии с сердечно-сосудистыми событиями, произошедшими с пациентами с псориатическим артритом за 10 лет наблюдения.

Материал и методы. В исследование включили 85 пациентов с псориатическим артритом, имеющих сопоставимый исходный риск по шкале Score. Исходно, через 1, 4 и 10 лет фиксировали гиперурикемию и фиксировали сердечно-сосудистые события. Сравнили встречаемость сердечно-сосудистых событий у пациентов с наличием и отсутствием бессимптомной гиперурикемии.

Полученные результаты. Бессимптомная гиперурикемия встречалась у 23 (26,7%) пациентов с

PsA (Мужчин – 13 (56,5%), Женщин – 10 (43,5%), средний возраст – 49,17).

Признаки ИБС были зафиксированы у 15 пациентов (14 – стенокардия; 1 – Q ИМ) через год, у 19 пациентов (7 – стенокардия; 1 – не Q ИМ; 11 – Q ИМ) через 4 года и у 20 пациентов (11 – стенокардия; 1 – не Q ИМ; 8 – Q ИМ) через 10 лет. Артериальная гипертензия выявлена через год у 21 пациента с бессимптомной гиперурикемией, через 4 и 10 лет у 23 пациентов. Нарушения ритма через год выявлены у 16 пациентов (13 – фибрилляция предсердий; 3 – AV блокады), через 4 года у 16 (13 – фибрилляция предсердий; 3 – AV блокады) и через 10 лет у 16 пациентов (13 – фибрилляция предсердий; 3 – AV блокады). Смерть имела место у 2 пациентов через год, 5 пациентов через 4 года и 6 пациентов через 10 лет наблюдения.

У 65 (75,5%) пациентов без гиперурикемии (мужчин – 34 (52,3%), женщин – 28 (43,07%) средний возраст в группе – 41,6) сердечно-сосудистые заболевания встречались реже, чем у лиц с гиперурикемией ($p < 0,01$ для всех): ИБС у 3 пациентов через год (стенокардия), у 14 пациентов через 4 года (10 – стенокардия; 2 – не Q ИМ; 2 – Q ИМ), у 20 пациентов через 10 лет наблюдения (10 – стенокардия; 2 – не Q ИМ; 2 – Q ИМ). Артериальная гипертензия установлена у 30 пациентов через год, у 36 – через 3 года и 10 лет. Нарушения ритма встречались у 10 человек через год (3 – фибрилляция предсердий; 7 – AV блокады). Умерли 2 человека (1 через 4 и 1 через 10 лет наблюдения).

Выводы. Бессимптомная гиперурикемия встречается у каждого четвертого пациента с псориатическим артритом и ассоциируется с повышением риска развития ИБС, артериальной гипертензии, нарушений ритма и сердечно-сосудистой смерти.

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ МОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ЭТНИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Таппахов А.А., Попова Т.Е., Говорова Т.Г.
Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова,
г. Якутск

Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, связанное с преимущественным дефицитом дофамина. В структуре нейродегенеративных заболеваний занимает второе место и уступает по своей распространенности только болезни Альцгеймера. БП пред-

ставляет собой не чисто двигательное расстройство, но и включает широкий спектр немоторных симптомов, которые в ряде случаев в различных сочетаниях могут опережать развитие классических моторных проявлений.

Цель исследования. Изучение особенностей моторных проявлений болезни Паркинсона в этническом аспекте (в якутской и русской группах).

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе учебно-научной лаборатории нейропсихологических исследований Клиники МИ СВФУ и неврологического отделения РБ№2-ЦЭМП. Всего исследовано 125 пациентов с установленным диагнозом БП, которые были разделены на две группы: первую группу составили 87 пациентов якутской (медиана возраста – 65,0 [61,0; 71,0] лет), вторую группу – 38 пациентов русской этнических групп (медиана возраста – 67,0 [64,0; 75,25] лет). Группы были сопоставимы по половозрастному признаку при критическом уровне значимости $p=0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Возраст дебюта БП статистически не различался у пациентов обеих групп (медиана – 60,0 [54,0; 67,0] лет для якутской и 62,0 [57,0; 68,25] года для русской этнических групп соответственно ($p=0,19$)). В первой группе пациентов акинетико-ригидно-дрожательная, акинетико-ригидная и дрожательная формы БП выявлены в 64,4%, 19,5% и 16,1% случаях соответственно. Во второй группе аналогичные формы болезни регистрировались у 60,5%, 18,4% и 21,1% пациентов соответственно ($p>0,05$). В обеих группах преобладали случаи со 2-й и 3-й стадиями БП по шкале Хен-Яра ($p>0,05$).

В обеих группах преобладал умеренный темп прогрессирования (у 48,3% пациентов первой и 54,5% пациентов второй групп). Быстрый темп превалировал у пациентов якутской этнической группы (16,7% против 4,5%). В результате однофакторного линейного регрессионного анализа установлено, что у пациентов первой группы увеличение стадии болезни по шкале Хен-Яра на 1 единицу происходит через 1,6 лет, в то время как у пациентов второй группы – через 2,6 года. Следовательно, темп прогрессирования болезни у представителей якутской этнической группы выше в 1,63 раза.

Различные формы дистоний в рамках БП выявлены у 13 (14,9%) пациентов первой и 1 (2,6%) пациента второй групп соответственно. Следовательно, относительный шанс развития дистоний в якутской группе выше в 6,5 раза ($p=0,04$).

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлено, что болезнь Паркинсона у

пациентов якутской этнической группы прогрессирует более быстро и характеризуется частым развитием дистоний. Такая гетерогенность клинической картины может быть ассоциирована с генетическими и нейромедиаторными детерминантами и требует дальнейшего изучения.

ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА В ПРЕДПЛЕЧЬЕ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Дыдыкина И.С.,
Дёмин Н.В., Смирнов А.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

У больных ревматоидным артритом (РА) остеопороз (ОП) чаще всего выявляется в предплечье, однако до сих пор данные по факторам риска (ФР) развития данного осложнения остаются противоречивыми.

Цель. Выделить ФР, ассоциирующиеся с развитием ОП в предплечье при РА.

Материалы и методы. В исследование включено 143 женщин с РА (по критериям АКР) в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст – 55,3±10,1 лет). Всем больным проведено унифицированное клинико-лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с протоколом многоцентровой программы: «ОП при РА: диагностика, ФР, переломы, лечение». ОП в средней трети предплечья диагностирован у 70 (49%) женщин (1-я группа), у остальных 73 (51%) больных ОП не выявлялся (2-я группа).

Результаты. При сравнении больных с ОП и без него оказалось, что женщины из 1-ой группы были старше (соответственно 60,5±10 и 51,6±10,6 лет, $p<0,0001$), имели большую длительность РА (14 (8-25) и 8 (7-15) лет, $p=0,004$) и у них выявлялись более выраженные эрозивно-деструктивные изменения в суставах кистей и стоп (суммарный индекс Шарпа – 169 (86-236) и 92 (52-128) баллов, $p<0,0001$), в том числе чаще встречалась IV рентгенологическая стадия по Штейнброкеру (51,5% и 26,8%, относительный риск (ОР)=1,9, 95% ДИ 1,23-3,02, $p=0,005$). Среднее значение показателя HAQ также было выше у больных с ОП (1,7±0,8 и 1,2±0,8, $p=0,003$): у 38,2% больных этой группы определялся HAQ>2 баллов против 16,4% пациентов без ОП (ОР=2,33, 95% ДИ 1,25-4,32,

$p=0,008$). Межгрупповых различий по воспалительной активности РА, дозам глюкокортикоидов (ГК) и длительности их приема выявлено не было. При анализе традиционных ФР ОП было выявлено, что пациентки из 1-ой группы имели меньший вес ($66\pm 12,2$ против $72,6\pm 14,4$ кг, $p=0,004$), большинство из них находилось в постменопаузальном периоде (92,9% и 63%, ОР=1,47, 95%ДИ 1,22-1,78, $p<0,0001$), у них чаще в анамнезе наблюдались периоды иммобилизации более двух месяцев (23,2% и 9,7%, ОР=2,38, 95%ДИ 1,05-5,44, $p=0,04$) и переломы (52,9% и 27,4%, ОР=1,93, 95%ДИ 1,25-2,98, $p=0,003$). У женщин с ОП чаще выявлялись коморбидные заболевания (84,3% и 57,5%, ОР=1,47, 95%ДИ 1,17-1,83, $p=0,0009$), среди которых преобладали сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия (70% и 47,9%, ОР=1,46, 95%ДИ 1,1-1,9, $p=0,01$) и ишемическая болезнь сердца (40,6% и 11%, ОР=3,7, 95%ДИ 1,8-7,6, $p=0,0001$)) и заболевания желудочно-кишечного тракта (49,3% и 26,4%, ОР=1,87, 95% ДИ 1,2-2,9, $p=0,008$).

Заключение. ОП в предплечье при РА ассоциируется не только с традиционными ФР ОП (возраст, низкий вес, длительная иммобилизация, переломы, сопутствующие заболевания), но и с факторами, связанными с самим РА, а именно с длительностью РА, с рентгенологическими изменениями суставов кистей и стоп и с выраженными функциональными нарушениями по НАQ.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЕГКИХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

Ташмухамедова М.К.

Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Пневмокониозы являются одним из наиболее распространенных заболеваний бронхолегочной системы в структуре профессиональной патологии среди работающих в горнорудной промышленности и они характеризуются стойкими диффузными изменениями в легких в основном фиброзного типа, проявляющиеся диссеминированными процессами интерстициального или узелкового характера. В диагностике пневмокониозов используется комплекс методов исследования, в том числе лучевая диагностика, при этом основным методом диагностики является рентгенологическое исследование легких.

Цель исследования. Изучение и оценка особенностей формирования рентгенологических изменений в легких при пневмокониозах от воздействия кремнийсодержащей пыли в современных условиях и определить возможность применения компьютерной томографии легких с целью ранней диагностики заболевания.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач был использован комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических и математико-статистических методов исследований. Объектами исследований являлись 106 больных работавших на основных производствах Алмаликского горно-металлургического комбината. По профессии это проходчики, взрывники, машинисты электровозов, работавших под воздействием кремнийсодержащей пыли, превышающих ПДК. По возрасту преобладали лица молодого возраста 30-50 лет, средний возраст составлял $39,6\pm 1,2$ лет. По стажу в основном рабочие со стажем до 10 лет и средний стаж работы в подземных условиях составлял $10,9\pm 0,8$ лет.

Результаты исследования. По результатам рентгенографического исследования легких выявленная патология представлена следующим образом: силикоз I стадии, т.е. признаки интерстициального фиброза – 54 больных, II стадии (узелковая форма) – 45 больных, III стадии (узловая форма) – 7 больных.

Проведена компьютерная томография легких у больных с узелковой и узловой формой заболевания. На компьютерных томограммах легких преимущественно на срединных срезах более отчетливо, чем на обзорных рентгенограммах, выявлены мелкие узелковые и фокусные элементы, более детально определены структура выявленных фокусов, полости распада, состояние крупных бронхов, трахеи, характер сливных конгломератов и других патологических теней. Томограммы, сделанные в боковой проекции, уточнили структуру и локализацию патологических образований, расположенных за сердечно-сосудистым пучком или в области корней легкого, т.е. данные компьютерной томографии позволили уточнить у больных степень выраженности узелкового фиброза и сопутствующих изменений.

Выводы. Метод компьютерной томографии легких у пациентов с пневмокониозами дает существенную дополнительную информацию позволяющую установить стадию болезни, так как можно обнаружить увеличение числа и размеров узелков, соединение узелков и развитие конгломератных масс, а также установить появление участков некроза и кавитации. Поэтому компьютерную томографию легких можно использовать при сомнительных данных рентгенологического исследования, т.е. подозрительных на пневмокониоз, при обширных плевральных изменениях, когда трудно дифферен-

цировать плевральные и паренхиматозные патологические изменения, а также для оценки динамики фиброзного процесса в легких.

ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ-ЗНАЧИМЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ТРОМБОЗА

Ткаченко О.Ю.¹, Лапин С.В.¹, Белолипецкая Е.А.²,
Беляева И.Б.², Мячикова В.Ю.³, Маслянский А.Л.³

¹Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

³Национальный медицинский
исследовательский центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Целью нашего исследования является выявление клинической значимости спектра антифосфолипидных антител (АФА), измеренного с помощью мультиплексного лайн-дота (МЛД), в группе пациентов с системной красной волчанкой (СКВ).

Материалы и методы. Мы собрали клинические данные и образцы сыворотки и плазмы 100 пациентов с системной красной волчанкой. В этой группе у 45% пациентов был тромбоз глубоких вен (ТГВ) или артериальный тромбоз (АТ) в анамнезе. Для измерения антител к кардиолипинам (аКЛ) и антител к бета-2-гликопротеину 1 (а β 2ГП1) использовались тест-системы иммуноферментного анализа (Orgentec Diagnostika, Германия) и мультиплексный лайн-дот (МЛД, Medipan). Антитела к фосфатидной кислоте (аФК), фосфатидилхолину (аФХ), фосфатидилэтаноламину (аФЭ), фосфатидилглицеролу (аФГ), фосфатидилинозитолу (аФИ), фосфатидилсерину (аФС), протромбину (аПт), аннексину V (аАн V) были измерены с помощью МЛД (Medipan, Германия). Для измерения волчаночного антикоагулянта (ВАК) мы использовали автоматический коагулометр (Sysmex CS-5100, Япония) и 2 набора коммерчески доступных реагентов (Siemens Healthcare Diagnostic Products GmbH, Германия).

Результаты и обсуждение. Пациенты с СКВ, страдающие тромбозом (n=45), имели значительно более высокую распространенность аКЛ IgG (p=0,0266 и 0,0402), а β 2ГП1 IgG (p=0,0018 и 0,0127), выявленных с помощью ИФА и МЛД, и ВАК (p=0,0074) по сравнению с СКВ (n=55) без

тромбозов в анамнезе. Мы оценили спектр других АФА, детектируемый методом МЛД, в группах СКВ-Тромбозы и СКВ без тромбозов. В группе СКВ-Тромбозы преобладали антитела к фосфатидилсерину IgG (20%), фосфатидилсерину IgM (20%), фосфатидной кислоте IgM (20%), фосфатидной кислоте IgG (13,3%), фосфатидилинозитолу IgG (20%). Антитела к фосфатидилинозитолу IgG (p=0,0483) и фосфатидилсерину IgG (p=0,0239) встречались значительно чаще у пациентов с СКВ и тромбозами по сравнению с группой СКВ без тромбозов в анамнезе (p=0,0483, p=0,0239). В группе СКВ с вторичным АФС (n=30) при анализе только высоких уровней АФА МЛД оказался в три раза эффективнее при детекции а β 2ГП1 IgM (p=0,043) и IgG (p=0,0431), чем ИФА.

Выводы. Использование метода мультиплексного лайн-дота характеризуется лучшей чувствительностью и преимущественной детекцией высокого уровня аутоантител, что позволяет повысить диагностическую эффективность лабораторной диагностики антифосфолипидного синдрома. Выявление антител к фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу, фосфатидной кислоте ассоциировано с развитием тромбозов.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тополянская С.В.¹, Вакуленко О.Н.²,
Елисеева Т.А.², Балясникова Н.А.²,
Купина Л.М.², Дворецкий Л.И.¹

¹Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Цель исследования. Изучить распространенность гиперурикемии и оценить возможные взаимосвязи между повышенным уровнем мочевой кислоты и различными сердечно-сосудистыми заболеваниями у лиц старческого возраста, страдающих ИБС.

Материалы и методы. Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое было включено 400 больных, госпитализированных с диагнозом «ИБС». Подавляющее большинство участников исследования (80,7%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 106 лет, составляя в среднем 86,5 (+4,9) лет. У всех пациентов исследовали содер-

жание мочевой кислоты в сыворотке крови. Значения, превышающие 340 мкмоль/л у женщин и 420 мкмоль/л у мужчин, рассматривали как гиперурикемию. Основные критерии исключения: наличие подагры и клинически значимой хронической болезни почек (IV-V ст.).

Результаты. Повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови обнаружен у 37,4% больных. Гиперурикемия значительно чаще выявлялась у женщин (в 41,5% случаев), чем у мужчин (у 25%) ($p=0,02$). Отмечена отчетливая взаимосвязь между гиперурикемией и клинически значимой хронической сердечной недостаточностью (отношение шансов (ОШ)=5,01; 95% ДИ=2,39-10,73; $p<0,0001$), а также перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (ОШ=2,02; 95% ДИ=1,1-3,8; $p=0,02$). При проведении регрессионного анализа обнаружено, что гиперурикемия может являться независимым фактором риска хронической сердечной недостаточности ($p<0,001$). Фибрилляцию предсердий достоверно чаще диагностировали у пациентов с гиперурикемией, по сравнению с больными с нормальным уровнем мочевой кислоты (ОШ=2,2; 95% ДИ=1,3-3,6; $p=0,001$). У 80,6% больных в группе гиперурикемии выявлена дилатация левого предсердия, а при нормальном уровне мочевой кислоты – у 68,8% ($p=0,03$). Средний диаметр левого предсердия в группе больных с гиперурикемией – 44,46±4,9 см, а при нормальном уровне мочевой кислоты – 42,82±4,35 см ($p=0,007$). Отмечена выраженная позитивная корреляция между уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови и диаметром левого предсердия ($p=0,00004$). Кроме того, выявлена достоверная позитивная корреляция между уровнем такого провоспалительного цитокина, как фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-а) и сывороточной концентрацией мочевой кислоты ($r=0,52$; $p=0,00004$). В группе больных с гиперурикемией концентрация ФНО-альфа была достоверно выше (11,0 и 7,9 пг/мл соответственно, $p=0,007$).

Выводы. Обнаружены существенные взаимосвязи между повышением уровня мочевой кислоты и развитием ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь, хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения. Отмечена значимая корреляция между содержанием мочевой кислоты в сыворотке крови и диаметром левого предсердия. Влияние гиперурикемии на сердечно-сосудистую систему может опосредоваться путем повышения уровня провоспалительных цитокинов. Целесообразны дальнейшие исследования по изучению роли мочевой кислоты при сердечно-сосудистой патологии.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Трифанова А.Ю.¹, Кантемирова Р.К.^{1,3},
Пономаренко Г.Н.^{1,2}, Свиридова Е.О.¹

¹Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить возможности различных методов физической реабилитации (ФР) больных с хронической обструктивной болезнью легких на основе анализа базы данных PEDro.

Материалы и методы. В исследования вошли рандомизированные клинические исследования (РКИ), с оценкой по шкале PEDro, включающей 10 параметров уровня доказательств и качества выполнения РКИ, таких как рандомизация, сравнительный характер исследования, оценка по конечным точкам, ослепление и др. Проведен анализ базы данных PEDro за последние 5 лет с результатами доказательности не ниже 8 баллов.

Результаты и обсуждения. Всего найдено по данному критерию 22 РКИ. Основной объем исследований – 11 (50%) посвящен изучению эффективности применения физических упражнений. Оценке эффективности дыхательной гимнастики посвящены 9% исследований. Изучению эффективности акупунктуры посвящены 4,5% работ. Анализу эффективности применения технологий неинвазивной вентиляции легких, преимущественно неинвазивной вентиляции с положительным давлением (NPPV) также 4,5% исследований. Применению технологий физической и реабилитационной медицины с использованием дистанционного контроля – 18%.

В группе физических упражнений (тренировка верхнего пояса, велотренажер и др.) отмечались: улучшение теста с 6 минутной ходьбой, улучшение качества жизни, повышение повседневной физической активности ($p<0,05$), но 3 из 11 исследований не показали влияния на течение ХОБЛ (частота обострений и госпитализаций). В 3 из 11 исследований физических упражнений показало улучшение по респираторному опроснику Святого Георгия ($p<0,03$). В 5 исследованиях отмечалось повышение общей физической активности ($p<0,05$), улучшение кардиореспираторных показателей у пациентов со стабильной ХОБЛ ($p<0,001$).

В группе дыхательной гимнастики пациенты значительно улучшили дистанцию ходьбы с 94 ± 32 до 290 ± 75 м ($p < 0,0001$), такая же закономерность отмечалась по показателю мощности вдоха – с $9,6 \pm 5,4$ до $20,7 \pm 9,7$ Дж/мин ($2,6-19,5$ Дж/мин, $p = 0,003$). Дыхательная гимнастика показала положительный эффект на частоту дыхания ($p < 0,001$) через четыре недели наблюдения. Положительное достоверное изменение ($p < 0,05-0,01$) было обнаружено во всех группах оценки симптомов опросника Святого Георгия.

Акупунктура, как метод ФР, позволял улучшить толерантность к физической нагрузке у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в стабильной фазе, однако иглоукалывание может быть использовано в качестве дополнительной терапии для уменьшения одышки у пациентов с ХОБЛ.

Добавление долгосрочной NPPV к стандартному лечению улучшило выживаемость пациентов с стабильной ХОБЛ в сочетании с гиперкапнией ($p < 0,05$). Другие методы ФР, такие как тейпирование и проведение нервно-мышечной стимуляции позволяло улучшить переносимость физических упражнений и увеличение показателей SpO_2 у пациентов с обострением ХОБЛ, но достоверной разницы между группами получено не было.

Выводы. По результатам проведенного анализа различные методики ФР позволяют улучшить качество жизни, повысить кардиореспираторные показатели, толерантность к физическим нагрузкам, но при этом часть исследований не влияли на частоту обострения ХОБЛ и количество госпитализаций.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Тряпицын А.В.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Предисловие. По данным Организации Объединенных Наций, Средний общий коэффициент смертности во всем мире оценивается в 8,6 смертей на тысячу населения. При этом по данным Росстата в России смертность на 2017 год составила 12,4 смертей на 1000 населения, что существенно выше среднестатистических показателей. Задачей обзора является анализ основных причин смертности среди населения Российской Федерации и возможных направлений ее снижения.

Материалы и методы. При подготовке материала использовались данные из открытых источников об общих причинах смертности населения, а также материалы заседания внештатных терапевтов Северо-Западного федерального округа Российской Федерации. Были проанализированы программы диспансеризации, информативность используемых методов обследования, изучены пути их оптимизации. Результаты также были сопоставлены с данными употребления алкоголя, табакокурения, климатическими условиями и состоянием окружающей среды, доступностью и уровнем медицинской помощи.

Результаты. Наименьшие цифры смертности были в регионах с традиционно низким употреблением алкоголя Республика Ингушетия, Республика Дагестан, Чеченская Республика, Кабардино-Балкарская Республика и Карачаево-Черкесская Республика в порядке возрастания. При этом первые три из них и пятый входят в рейтинг топ 4 самых малопьющих регионов России, а Кабардино-Балкарская Республика занимает 10е место по данным на 2016 год. Была выявлена зависимость показателя от климатических условий, в регионах с более суровым климатом она была выше. Однако в не меньшей степени влиял уровень жизни и медицинского обеспечения. Так в регионах со схожими климатическими условиями и различным уровнем жизни Санкт-Петербург с одной стороны и Псковская и Новгородская область с другой стороны уровень смертности отличается почти в 2 раза.

При анализе ряда программ диспансеризации были выявлены исследования, диагностическая ценность которых, по данным литературы представляется сомнительной (ряд онкомаркеров, бензодиазепиновая реакция кала на скрытую кровь [реакция Грегерсена]). В то же время, согласно ряда международных и национальных рекомендаций по профилактике и диагностике заболеваний определен ряд диагностических исследований внедрение которых позволило бы значительно повысить вероятность выявления заболеваний влияющих на трудоспособность и продолжительности жизни населения.

По итогам работы планируется составить анкету, ответить на вопросы которой сможет каждый. В ней будут учитываться основные факторы риска развития заболеваний влияющих на продолжительность жизни и работоспособность населения. По итогам анкетирования будет представлена программа наиболее информативного обследования направленного на выявления этих заболеваний и факторов риска с учетом возраста, пола, наличия вредных привычек, наследственности и региона проживания, имеющейся соматической патологии.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Уколова Л.А.^{1,2}, Шубина О.С.², Богодерова Л.А.²

¹Новосибирский государственный
медицинский университет,

²Новосибирская областная клиническая больница,
г. Новосибирск

Актуальность. На современном этапе в клинической практике психосоматический подход в терапии ревматоидного артрита хотя и декларируется, но фактически игнорируется, что ведет к формированию деструктивного изменения личности больного. Изучение влияния психосоматических факторов позволяет более достоверно прогнозировать течение заболевания и влиять на качество жизни пациентов.

Цель исследования. 1. Выявить ведущие личностные черты у мужчин и женщин с РА. 2. Определить преобладающие типы отношения к болезни у пациентов обоего пола с РА. 3. Изучить корреляционные связи между длительностью заболевания и развитием отдельных типов отношения к болезни. 4. Сопоставить данные психосоматического статуса пациентов с РА и анкилозирующим спондилоартритом (АС).

Материалы и методы. На базе ревматологического отделения ГНОКБ были обследованы и проанкетированы 26 человек с верифицированным диагнозом РА за период с 01.10.2018 по 31.01.2019. При обследовании и анкетировании были использованы: классификация РА 2010 г., опросник Мини-смил тест, личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), результаты исследования Л.А. Уколовой, О.С. Шубиной, Л.А. Богодеровой на базе ревматологического отделения ГНОКБ психосоматического статуса больных с анкилозирующим спондилитом при использовании аналогичного подхода по обследованию и анкетированию. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Среди 26 пациентов: 19 женщин и 7 мужчин. Средний возраст женщин 53.26±11.7, средний возраст мужчин 54.29±14.2. Длительность заболевания у женщин 8.79±6.3, у мужчин – 2.86±2.7. Средний возраст дебюта у женщин 45.05±14.5, у мужчин – 51.29±15.8. Срок от начала заболевания до постановки диагноза у женщин 3.67±2.2, у мужчин – 4.03±1.3. Основные личностные черты у женщин по результатам Мини-смил: стремление подчекнуть мужественность – 68%, ипохондричность и повышенная тревожность – 63%, эмоциональная незрелость – 58%. У мужчин ведущие черты: ипохондричность – 71%, эмоциональная незрелость – 57%. По результатам ЛОБИ встречаемость типов

отношения к болезни у женщин: эргопатический 79%, гармоничный 37%, неврастенический 32%. У мужчин: эргопатический 57%. Корреляция между длительностью заболевания у женщин и эргопатическим типом отношения к болезни ($p<0,01$), ($r=-0,66$). Корреляция между длительностью заболевания у женщин и гармоническим типом отношения к болезни ($p<0,05$), ($r=-0,52$).

Выводы. 1. Ведущие личностные черты у женщин: стремление подчекнуть мужественность, ипохондричность и повышенная тревожность. У мужчин: ипохондричность, импульсивность и эмоциональная незрелость. 2. Преобладающие типы отношения к болезни у женщин эргопатический и гармоничный. У мужчин эргопатический. 3. У женщин выявлена статистически высокозначимая отрицательная корреляция между длительностью заболевания и эргопатическим типом и значимая отрицательная корреляция с гармоничным типом отношения к болезни. 4. Женщин с РА и АС объединяет преобладание в психотипе подчеркнутой мужественности и ипохондричности, женщин с РА отличает склонность к психоастении и эмоциональной незрелости. Мужчин с РА и АС объединяет преобладание в психотипе ипохондричности и отсутствия критики к своему состоянию, мужчин с РА отличает склонность к импульсивности и подозрительности при низком уровне тревоги. 5. Всем пациентам с ревматоидным артритом показана психокоррекция с совместным ведением больного психотерапевтом.

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Улюкин И.М., Булыгин М.А.,
Буланьков Ю.И., Орлова Е.С.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Исследование случая алкогольной болезни печени на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Анализ клинического случая алкогольной болезни печени на фоне ВИЧ-инфекции и анализ научной литературы по проблеме.

Результаты и обсуждение. Пациент NN, 36 лет, считал себя больным с 2013 г., когда при стационарном обследовании у него впервые была выявлена гепатомегалия. До этого времени отмечал употребление в течение четырех лет алкогольный напиток до 1 литра водки в день. Обратился за медицинской помощью 04.11.2014 г. к хирургу поликлиники, ко-

торый выставил диагноз «Цирроз печени. Асцит» и рекомендовал госпитализацию. Пациент был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение стационара 07.11.14 г. с жалобами на выраженную слабость, желтушность кожных покровов, увеличенный в объеме живот, быструю истощаемость. Ухудшение он отметил около двух недель назад, когда уже не мог употреблять спиртные напитки. Эпидемиологического анамнеза не выявлено.

В ходе обследования и надлежащего лечения у пациента был установлен диагноз: «Хронический гепатит с трансформацией в цирроз печени. Портальная гипертензия. Синдром гиперспленизма. Полисерозит. Хронический холецистит в фазе нестойкой ремиссии. Хронический панкреатит в фазе обострения. Хронический гастродуоденит в фазе обострения. Энцефалопатия посттравматическая, токсическая второй стадии в виде астено-невротического, вестибуло-атактического синдромов. Токсическая полинейропатия нижних конечностей второй степени миомоторная форма».

При обследовании в реакции ИФА от 12.11.2014 г. и 14.11.2014 г. выявлены антитела к ВИЧ (исследование крови методом иммуноблотинга от 14.11.2014 г. подтвердило наличие белков ВИЧ, методом ПЦР от 17.11.14 г. выявлено 715000 копий ВИЧ/мл плазмы крови, количество CD4-лимфоцитов составило 540/мл), в связи с чем для дальнейшего лечения, обследования и принятия экспертного решения переведен в инфекционное отделение в палату интенсивной терапии в тяжелом состоянии.

На 15 день пребывания в стационаре развилась терминальная фаза заболевания: на фоне двухсторонней полисегментарной пневмонии развился левосторонний гидроторакс (при положительной динамике в виде улучшения пневматизации обоих легочных полей вплоть нижних отделов), усилились печеночно-почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая и легочная недостаточность, полисерозит. Несмотря на проводимую терапию (дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы, дезинтоксикационная, антибактериальная, гемостатическая терапия, витаминотерапия, сорбенты, диуретики) у больного повторилось кровотечение из сосудов носа объемом 200-300 мл. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, в 15:30 26.11.2014 г. наступила клиническая смерть; проводимые реанимационные мероприятия оказались неэффективными, и в 16:05 констатирована биологическая смерть.

Выводы. До 90% пациентов, заболевающих сегодня СПИДом, не знают о том, что они ВИЧ-инфицированы. Настоящий клинический случай представляет практический интерес с точки зрения

развития и прогрессирования алкогольного гепатита на фоне ВИЧ-инфекции при сохраненном иммунном статусе в отсутствие эпидемиологического анамнеза. Поэтому важен мультидисциплинарный подход к формированию здорового образа жизни и предупреждению саморазрушающего поведения, включая употребление алкоголя и наркотиков, и рискованные при их применении сексуальные отношения.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Файзиев А.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Системная красная волчанка (СКВ) – аутоиммунное ревматическое заболевание, в основе патогенеза которого лежит дефекты иммунорегуляции, приводящий к неконтролируемой гиперпродукции аутоантител к компонентам собственных тканей и развитию хронического воспаления, затрагивающего многие органы и систем. Одним из наиболее тяжелых проявлений СКВ является развитие люпус – нефрита. Именно вовлечения в патологический процесс почек и определяет в дальнейшем прогноз этих больных детей в отношении заболевания, а осложнения, связанное с люпус-нефритом, является основной причиной летальности у данной категории больных детей.

Цель исследования. Оценит особенности поражения почек у больных детей с системной красной волчанкой и роль факторов роста в формировании люпус-нефрита на основании клинико-лабораторных методов.

Материалы и методы исследования. В работе проведены клинические наблюдения и обследования 23 пациентов в возрасте от 6 до 16 лет, больных СКВ. Исследование проводилось на базе педиатрической клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского института. Из общего числа больных было обследовано 9 мальчиков и 14 девочек. Контрольную группу составили 17 детей аналогичного возраста. У всех детей при поступлении исследовались морфология периферической крови и СОЭ, а также биохимические методы с определением количества общего белка, уровня креатенина и мочевины плазмы крови. Проводились ревмопробы на дифениламинавая реакция (ДФА), серомукоиды, сиаловые кислоты, инструментальных методов обследования УЗИ почки.

Результаты и их обсуждение. У всех 23 больных детей СКВ поражение почек проявлялось в виде люпус-нефрита. Синдром артериальной гипертензии встречался 33,7% случаев, а синдром хронической почечной недостаточности 35,7%. Признаки нарушения функции в той или иной степени были зарегистрированы у всех больных люпус-нефритом. Мочевой синдром у большинство больных детей СКВ характеризовался умеренной протеинурией (75,4%), умеренной гематурией (73,1%), и лейкоцитурией (73,3%). При анализе изменения уровня мочевины было выявлено достоверное повышение уровня, зависимости трех степеней активности. Данный результат вероятно, можно объяснить тем, что изменения азотемических показателей связано с острым процессом в почках, при котором более интенсивно реагирует мочевины, чем креатинин. При анализе показателей азотистого обмена в зависимости от длительности болезни отмечено повышение уровня мочевины у больных в первые три года болезни, с последующем повышением после пяти лет болезни. Вероятно, данные колебания уровня мочевины отражает течение люпус-нефрита, циклическое чередование обострения и ремиссия.

Выводы. При СКВ мочевой синдром характеризуется умеренной протеинурией и гематурией с увеличением его выраженности в зависимости от степени активности волчанки.

ВЛИЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Феськова А.А., Кравченко А.Я., Дробышева Е.С.,
Овсянников Е.С., Перцев А.В., Токмачев Р.Е.,
Гречкин В.И., Шаповалова М.М.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Изучить взаимосвязь параметров тиреоидного статуса с уровнем артериального давления (АД) у лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 122 женщины и 58 мужчин с эссенциальной АГ 1-3 степени 18-65 лет, не имеющие в анамнезе инфаркт миокарда, инсульт, стенокардию, ХСН 3-4 ФК, ХБП III-V стадии, сахарный диабет, прием тиреостатиков. Опреде-

ляли уровень тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (св.Т4) и трийодтиронина (св.Т3) и проводили суточное мониторирование АД (СМАД) (определяли среднесуточные уровни систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), среднего АД и степени ночного снижения АД (СНСАД)).

Результаты и их обсуждение. Уровень ТТГ составил $2,94 \pm 1,45$ мЕд/л, св.Т4 – $14,21 \pm 1,45$ пг/л, св.Т3 – $5,41 \pm 0,86$ пг/л; среднесуточные показатели САД/ДАД – $143,08 \pm 6,52/89,26 \pm 6,31$ мм рт. ст.; среднее АД – $107,11 \pm 6,01$ мм рт. ст.; СНСАД – $6,90 \pm 5,44\%$. Корреляционный анализ выявил следующие виды связей: умеренную прямую между ТТГ и среднесуточными САД ($r=0,50$, $p<0,001$), ДАД ($r=0,45$, $p<0,001$) и средним АД ($r=0,46$, $p<0,001$); слабую прямую – между ТТГ и СНСАД ($r=0,25$, $p=0,017$), св.Т3 и СНСАД ($r=0,25$, $p=0,017$), св.Т4 и СНСАД ($r=0,27$, $p=0,010$); умеренную обратную – между св.Т3 и среднесуточными САД и ДАД ($r=-0,61$, $p<0,001$ и $r=-0,63$, $p<0,001$ соответственно); тесную обратную – между св.Т3 и среднесуточным средним АД ($r=-0,72$, $p<0,001$).

Выводы. Тиреотропный гормон имеет умеренную прямую корреляцию со среднесуточным САД, среднесуточным ДАД и среднесуточным средним АД и слабую прямую – со СНСАД. 2. Св.Т3 имеет умеренную обратную корреляционную связь со среднесуточным САД и среднесуточным ДАД, слабую прямую – со СНСАД, тесную обратную – со средним АД. 3. Св.Т4 имеет слабую прямую корреляцию со СНСАД.

Выявленные корреляции позволяют предположить об участии ТТГ, св.Т4 и св.Т3 в регуляции сосудистого тонуса путем влияния на прессорные и депрессорные механизмы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ

Финоженко В.Г.¹, Гайдукова И.З.², Инамова О.В.¹

¹Клиническая ревматологическая больница №25,

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Актуальность. Заболевания опорно-двигательного аппарата относятся к наиболее часто встречающимся причинам потери трудоспособности, являясь третьей по частоте причиной инвалидизации.

Несмотря на успехи современной ревматологии, большую сложность представляет лечение болевого синдрома у пациентов, имеющих коморбидные состояния (заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, новообразования и др.), ограничивающие применение лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды и др.) и физиотерапевтических процедур.

В условиях невозможности применения лекарственных и физиотерапевтических средств особое значение имеют способы лечения, направленные на восстановление правильного двигательного стереотипа пациента, среди которых все большую роль приобретает кинезиотейпирование.

Цель исследования. Оценить влияние наложения кинезиотейпа на выраженность болевого синдрома в суставах у пациентов с ревматическими болезнями и коморбидными состояниями.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 194 медицинских карт пациентов, у которых применялось кинезиотейпирование в период с 03.08.2017 г. по 31.07.2018 г. Кинезиотейпирование (КТ) выполнялось на базе СПб ГБУЗ «КРБ №25» по стандартным методикам. Включены пациенты с болевым синдромом в таргетном суставе 40 и более мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Оценка эффективности КТ проводилась по шкале ВАШ, заполняемой пациентом перед применением КТ и через 5-10 минут после наложения кинезиотейпа. Учитывали возрастную группу пациентов согласно рекомендациям ВОЗ и коморбидные состояния.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 51 ± 27 г., 176 (90,7%) – женщины, 18 (9,3%) – мужчины.

Из 194 пациентов у 22 (11,3%) имелось в анамнезе онкологическое заболевание, 107 (55,1%) – пациенты старше 60 лет, коморбидные состояния, ограничивающие лекарственную терапию и физиотерапию, отмечены у 70 (65%) пациентов.

Средняя оценка боли ВАШ исходно составила 54 ± 28 мм, после КТ – 30 ± 10 мм, различия с исходным достоверны, $p < 0,01$. В среднем за 5-10 мин отмечено снижение боли на 45-50% от исходной.

Снижение боли по ВАШ при наличии синовитов составило 33 ± 11 мм, без синовитов – 21 ± 9 мм, $p < 0,05$.

Серьезных нежелательных явлений метода не зафиксировали.

Выводы. Кинезиотейпирование является эффективным методом уменьшения боли у пациентов ревматологического профиля с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и наличием коморбидных состояний, ограничивающих лекарственное лечение и физиотерапию. Наибольшее уменьшение боли достигнуто у лиц с наличием синовитов.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОЛИХОНДРИТ ИЛИ СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА – СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Фонтуренко А.Ю.¹, Мацевская Г.К.³,
Шувалова А.Е.³, Гайдукова И.З.^{2,3}

¹Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

³Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Введение. Рецидивирующий полихондрит (РП) – прогрессирующее воспалительное заболевание хрящевой ткани неутонченной природы. Заболевание имеет множество симптомов, что определяет трудности его диагностики. Встречаемость РП составляет около 3,5 случаев на 1 млн населения. Данные о заболеваемости женщин и мужчин различивы, по некоторым данным соотношение пациентов разного пола 1:1, по данным D.E. Trentham, C.H. Le, женщины болеют в 3 раза чаще, чем мужчины. Болезнь была зарегистрирована у людей всех рас и возрастов. Средний возраст на момент постановки диагноза – конец четвертого десятка жизни. К настоящему времени, по суммарным данным из различных медицинских центров, известно более 800 случаев заболевания. Ежегодно появляется около 30 новых больных. В 25-30% случаев РП ассоциируется с ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, болезнью Бехчета, болезнью Шегрена, в 14% – с системными васкулитами, в 12-18% – с патологией щитовидной железы, воспалительными заболеваниями кишечника. Менее 1% случаев – ассоциация со злокачественными новообразованиями.

Клиническое наблюдение. Мы наблюдали случай РП с ранней диагностикой и успешным лечением.

Пациентка Б., 62 года, без особенностей анамнеза жизни, без указания на вредности.

Считает себя больной с октября 2017 г., когда впервые отметила появление шума в ушах, головокружения, нарушение сна, снижение слуха. Обследовалась у невролога, отоларинголога, выполнила УЗДГ сосудов головы и шеи, по данным которого выявлен атеросклероз брахиоцефальных артерий без признаков стенозирования, по МРТ головного мозга – формирующееся пустое турецкое седло, объемных образований не выявлено. При лабораторном

обследовании – ускорение СОЭ до 50 мм/ч, анемия легкой степени, лейкопения легкой степени. В ходе скринингового обследования на наличие опухоли патологических изменений не выявлено. Получала кавинтон, парацетам – с неполным временным положительным эффектом – уменьшение шума в ушах.

С мая 2018 периодически появлялась отечность лица, кистей, стоп, высыпания по типу болезненных крупных папул с гиперемией, ладонный артериит, припухание и покраснение ушных раковин, болезненность хрящей носа и гортани при глотании. Выявлено повышение титра АНФ 1/320 ед. В июле 2018 года госпитализирована в КРБ №25 для обследования, исключения СЗСТ, подбора терапии. При осмотре: ушные раковины припухшие, гиперемированы, болезненны при пальпации, наружные слуховые проходы сужены за счет отека; хрящи носа и гортани болезненны при пальпации, на коже лица, кистей – гиперемированные пятна с бледным центром, без зуда и болезненности размером 2,5 см в диаметре. Патологии внутренних органов при осмотре не выявлено. При обследовании выявлена высокая лабораторная (СОЭ 23-33 мм/ч, ЦИК 0.090) и иммунологическая активность – АНФ (1/2560 мелкокочечистое свечение), антитела к SSA (83,25 u/ml), антитела к форменным элементам (лейкоцитам, эритроцитам, тромбоцитам), АТ к кардиолипинам Ig M- 15,2 MPL v/ml при N<7, криоглобулинемия, гипокомплементемия (С3- 0,42 при N 0,75-1,35, С4- 0,01 при N 0,09-0,36), лейкопения ($2,85 \cdot 10^9/\text{л}$), анемия легкой степени (эритроциты – $3,89 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 111 г/л). РФ, АНЦА, антитела к двуспиральной ДНК, иммуноблот к экстрагируемым ядерным АГ отрицательные. От биопсии пациентка отказалась.

На основании диагностических критериев McAdam (1976 г.) и J.M. Damiani и H.L. Levine (1979 г.) выставлен диагноз: Основное заболевание: Рецидивирующий полихондрит, подострое течение, высокая степень активности с поражением ушных раковин, хрящей улитки с развитием вестибулопатии, вторичной тугоухости и вторичным синдромом Меньера, хрящей гортани и трахеи, хрящей носа, фотодерматоз, васкулит кожи, лимфоаденопатия, рецидивирующая офтальмоплегия, гематологический синдром (анемия, лейкопения, нейтропения). Начата программная пульс-терапия метилпреднизолоном 500 мг №3, циклофосфаном 600 мг, назначен преднизолон внутрь 30 мг/сут., препараты Са и витамина Д3, омега-3, панангин. На фоне лечения достигнут положительный эффект: уменьшились головокружение и шум в ушах, исчезли признаки хондрита и сыпи. анемия и лейкопения купированы, больше не рецидивировали. После шести проведенных ежемесячных сеансов сочетанной пульс-терапии пациентка отмечает улучшение самочувствия в виде стойкого уменьшения шума

в ушах, отсутствия рецидива кожных проявлений. Дозу преднизолона удалось снизить до поддерживающей – 10 мг/сут. Отмечается положительная лабораторная динамика: снижение АНФ (1:320), нормализация СОЭ (8 мм/ч). Решено увеличить интервал между введением до 3 месяцев, к терапии добавить эндоксан 50 мг 2 раза в сутки.

Заключение. Настоящее наблюдение демонстрирует следующие закономерности:

1. Клиническую и лабораторную общность некоторых симптомов РП и СКВ.

2. Возможность успешной программной терапии РП с применением метилпреднизолона и циклофосфана у пациентов с небольшой длительностью заболевания и при отсутствии структурных изменений.

3. Дальнейшее наблюдение за течением заболевания позволит уточнить диагноз.

СОВРЕМЕННЫЕ СОЧЕТАННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОСТАКНЕ

**Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Белова Е.А.,
Нечаева О.С., Слободских Е.О.**

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучение эффективности и безопасности сочетанного применения современных методов микроиглового радиочастотного (МИРЧ) воздействия и СО₂-лазера для терапии атрофических рубцов и гиперпигментации после акне.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов в возрасте от 20 до 38 лет (14 женщин, 4 мужчины) с I-III фототипами кожи с клиническими проявлениями постакне в виде атрофических рубцов и очагов дисхромии в области щек, лба и подбородка. Для сочетанного МИРЧ воздействия и лазерной СО₂-шлифовки использовался аппарат FRAXIS DUO (ILOODA, Корея).

В качестве местной аппликационной анестезии использовали «Акриол Про» перед сочетанной терапией постакне. Затем проводилось МИРЧ воздействие с использованием одноразовых картриджей на 25 микроигл. Введение игл производилось на глубину от 2 до 3 мм, с интенсивностью радиочастотного воздействия 60% и длительностью радиочастотного импульса 150-250 мс. При этом радиочастота распространяется по всей поверхности микроиглы, приводя к быстрому нагреванию тканей кожи без явлений вапоризации. Фракционная лазерная шлифовка (длина волны 10600 нм) применялась сразу же после МИРЧ воздействия на параметрах

10-12 мДж с одинарным перекрытием и расстоянием между точками 0,8 мм. Зона пограничного теплового воздействия достигает 100-250 мкм. CO₂-лазер действует около порога испарения ткани, поэтому большая часть его энергии переходит в тепло, нежели приводит к абляции. Поэтому такое лазерное воздействие вызывает сравнительно большее тепловое повреждение пограничных зон. Сочетанная терапия с использованием аппарата FRAXIS DUO проводилась 1 раз в 4 месяца в течение 1 года. Пациенты наблюдались каждые 3 месяца, при этом производилась цветная фотофиксация, включая прицельное фотографирование областей лица с постакне. Для измерения толщины и плотности кожи, оценки коррекции рубцов использовался аппарат Dermascan C с разрешением 20 МГц (Cortex Technology, Hadsund, Дания) с постоянным моментом вращения. С помощью данного ультразвукового аппарата были измерены следующие величины: толщина эхо-входа (глубина проникновения сигнала), папиллярные сосочки (эхо-ненасыщенная полоса), ретикулярный слой дермы (эхо-насыщенная полоса). После проведения сочетанной терапии МИРЧ и CO₂-лазера пациентам с постакне было рекомендовано местное использование раствора антисептика, нанесение эпителизирующего средства "Cicaplast Gel B5" 3-4 раза в день, использование крема "Anthelios XL Fluid" с SPF50+ перед выходом на улицу.

Результаты и обсуждения. В исследуемой группе проводимую терапию пациенты переносили хорошо, осложнений не наблюдалось. Изменения уровня рубцовой атрофии и пигментации оценивались по визуальной аналоговой шкале с фиксированными конечными точками в начале исследования и после 3, 6, 9 и 12 месяцев лечения. С помощью ультразвукового аппарата Dermoscan C выявлены позитивные изменения как в дерме, так и в эпидермисе. Эпидермис становился более ровным и гладким. Толщина дермы увеличивалась. Изменения обнаружены также и в структуре дермы. Отмечено уменьшение общей площади гипозоженных участков, сужение или исчезновение субэпидермального гипозоженного слоя. При этом по данным фотографирования обнаружено значительное улучшение после сочетанной терапии за 12 месяцев исследования.

Выводы. После проведенной сочетанной терапии с использованием аппарата FRAXIS DUO у всех пациентов был отмечен положительный клинический результат: сгладился микрорельеф кожи, значительно уменьшилась пигментация после акне, снизилась сальность кожи. Таким образом, сочетанное использование современных методов МИРЧ воздействия и CO₂-шлифовки является безопасным и эффективным.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВУЛЬГАРНЫХ АКНЕ

**Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Киселева О.В.,
Нечаева О.С., Белова Е.А.**

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Вульгарные акне представляют собой хронический воспалительный дерматоз, проявляющийся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. Такие проявления на коже лица влияют на качество жизни пациентов, вызывают выраженные психологические переживания, а также формируют депрессивно-тревожные тенденции. Нередко проявления акне завершаются формированием дисхромий и атрофических рубцов, что является для пациентов значительным косметическим изъяном.

Цель. Определение эффективности и безопасности комплексного подхода к лечению тяжелых форм вульгарных акне с использованием локального динамического микромассажа (ЛДМ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 пациента с тяжелой формой акне на коже лица, груди и спины. Пациенты были разделены на 2 группы. Всем пациентам были назначены системный изотретиноин в капсулах, очищающий крем-гель и мультивосстанавливающее средство гаммы "Efficlar H", использование фотозащитных средств с SPF50+ в солнечное время. В I группу вошли 22 человека в возрасте от 18 до 42 лет, среди которых 9 мужчин и 11 женщин, которые получали монотерапию препаратом "Акнекутан" в дозировках от 48 до 64 мг в день. II группу составили 12 мужчин и 10 женщин в возрасте от 18 до 39 лет. Пациенты II группы получали "Акнекутан" в дозировке 32 мг в сутки, 2 раза в неделю на протяжении 6 месяцев проходили процедуры ЛДМ на аппарате "Ионто Соно Эффект" (IONTO-Comed, Германия). Данная аппаратная методика использует ультразвуковые частоты 3 и 10 МГц, меняющиеся друг с другом с большой скоростью, и направлена на модуляцию баланса матричных металлопротеиназ и белков теплового шока (БТШ), играющих важную роль в патогенезе воспалительных заболеваний кожи. БТШ вовлечены в различные дермальные процессы, прежде всего в процессы регенерации тканей. Экспрессия БТШ-72 очень активна в нормально регенерирующих ранах, однако при хронических процессах остается в значительной степени блокированной, что делает модуляцию БТШ-72 потенциальной целью лечения. Основная концентрация поглощаемой ультразвуковой энергии в дерме приводит к умерен-

ному повышению температуры в этом слое кожи, которая при слабой гипертермии влечет за собой локальное увеличение эндогенных гиалуронатов, способствует сохранению влаги кожей. Контроль биохимических показателей крови у пациентов обеих групп осуществлялся ежемесячно. Клиническая оценка производилась по визуальной аналоговой шкале с фиксированными конечными точками в начале исследования и после 1, 3, 6 месяцев лечения.

Результаты и обсуждения. У всех наблюдаемых пациентов отмечается положительная динамика со стороны кожного процесса. У 20 пациентов I группы уже через 1 месяц наряду с уменьшением количества высыпаний отмечались такие побочные явления как умеренная сухость кожи, шелушение, у 9 – трещины углов рта и радиарные трещины губ, у 3 – ксерофтальмия, у 18 – сохранялись проявления дисхромий и атрофических рубцов. Пациенты II группы проводимую терапию переносили хорошо, отмечали рассасывание папул, пустул, узлов, значительное уменьшение проявлений постакне. Показатели биохимического анализа крови у пациентов на весь период исследования оставались в пределах референсных интервалов.

Выводы. 1. Подход к лечению тяжелых форм акне должен быть комплексным. 2. Средства гаммы “Effaclar H” позволяют уменьшить побочные действия системного изотретиноина. 3. Использование локального динамического микромассажа на аппарате “Ионто Соно Эффект” в сочетании с приемом синтетических ретиноидов в лечении тяжелых форм акне и постакне является эффективным и безопасным, позволяет уменьшить дозы системного изотретиноина, а значит минимализировать побочные явления от его применения, которые также отражаются на качестве жизни пациентов.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ САРКОМЫ КАПОШИ

Хаббус А.Г.¹, Винничук С.А.¹, Ключарева С.В.¹,
Белова Е.А.¹, Чурина М.А.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

²Клиническая инфекционная больница
имени С.П. Боткина,
Санкт-Петербург

Саркома Капоши (ангиоматоз Капоши) является злокачественной опухолью, развивающейся из эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, которая поражает кожу, слизистые оболочки полости

рта и гениталий, лимфатические узлы и внутренние органы. Распространенность этого заболевания в целом невелика, однако саркома Капоши занимает первое место среди злокачественных новообразований, поражающих больных ВИЧ-инфекцией, достигая цифр 40-60%. Выделяют 4 типа ангиоматоза Капоши: классический, эндемический, эпидемический и иммунно-супрессивный.

Цель. Изучение особенностей дерматоскопического метода диагностики для постановки диагноза саркомы Капоши.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2012 года по 2019 год находилось 12 пациентов с диагнозом Саркома Капоши. Шести пациентам предварительно были выставлены другие диагнозы (красный плоский лишай, кавернозная гемангиома, васкулит). Все пациенты были мужского пола в возрасте от 35 до 73 лет. Проведено обследование на антитела к ВИЧ-1,2: у 11 больных результат отрицательный, у 1 пациента 35 лет при проведении ИФА на тест-системе КомбиБест ВИЧ-1,2 АГ/АТ, на анализаторе Architect i2000SR (Hiv-1,2 Ag/Ab Combo) результат положительный и подтвержден на системе New Lav Blot 1 (имунный блот).

Высыпания локализовались симметрично на коже в области голеней и стоп у 10 пациентов, а у 2-х также были вовлечены кисти. У 6 пациентов процесс на коже был представлен коричневыми пятнами, у 8 пациентов темными синюшно-красными пятнами, у 5 пациентов папулами аспидно-черного цвета около 0,6 см в диаметре и узлами черного цвета размерами до 1 см у 2 пациентов. Помимо клинического осмотра проводилась дерматоскопия высыпных элементов, при этом были выявлены следующие особенности очагов: синевато-красная окраска в 89% случаев, “радужный паттерн” в 64% случаев, чешуйчатая поверхность и маленькие коричневые глобулы в 25% случаев. Разноцветная структура “радуги” является отличительной особенностью дерматоскопической картины при ангиоматозе Капоши.

При патоморфологическом исследовании биоптатов кожи с очагов поражения обнаружены следующие признаки в дерме: периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты различных размеров, большое количество сосудов, находящихся в различной стадии дифференцировки, также отмечаются наличие вытянутых веретенообразных клеток, экстрavasаты эритроцитов, отложения гемосидерина.

Результаты и обсуждения. Проведение дерматоскопии и гистологического исследования являются важными методами для постановки диагноза саркомы Капоши.

Вывод. Возникают трудности постановки правильного диагноза среди дерматологов и врачей других специальностей, в виду того, что саркома

Капоши представляет собой редко встречающееся онкологическое заболевание. Поэтому для раннего выявления этого заболевания и своевременного назначения лечения целесообразно использовать дерматоскопический и патоморфологический методы диагностики.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Хейфец Е.И.¹, Барышева О.Ю.¹, Лютая Е.А.²

¹Петрозаводский государственный университет,

²Республиканская больница имени В.А. Баранова,
г. Петрозаводск

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острое вирусное природно-очаговое заболевание, сопровождающееся системным поражением капиллярного сосудистого русла и почек по типу острого интерстициального нефрита часто с развитием острого почечного повреждения.

Цель работы. На клиническом примере рассмотреть особенности дебюта и диагностики заболевания и выделить ключевые моменты, позволяющие терапевту заподозрить ГЛПС.

Материалы и методы. Пациентка К., 64 лет. С 11.09.2018 г. отмечает возникновение лихорадки до 39°C без катаральных явлений, на следующий день присоединение головной боли и выраженной слабости. В этот же день осмотрена участковым терапевтом – диагностическое представление об остром респираторном заболевании, начата антибактериальная терапия амоксициллином 2 г/сут перорально. Ночью на следующий день пациентка отметила отсутствие мочи. В связи с наличием лихорадки, головной боли принимала в большом количестве НПВП. На шестые сутки заболевания самостоятельно обратилась в приемный покой ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова».

При первичном обследовании обратила на себя внимание гиперемия лица и шеи, выявлено повышение уровня креатинина до 253 мкмоль/л, мочевины 23 ммоль/л, снижение уровня калия до 3,3 ммоль/л, тромбоцитопения 140 Г/л, С-реактивный белок 98,7 мг/л, в анализе мочи относительная плотность 1015, протеинурия 5 г/л, микрогематурия 150 кл/мкл.

При подробном расспросе контакт с больными инфекционными заболеваниями, присасывание клещей, явный контакт с грызунами отрицает, домашних животных нет, последние 3 месяца проживала на дачном участке в Республике Карелия, в течение

последних 3-4 недель осуществляла заготовку консервированных овощей, собирала урожай в теплице.

На основании наличия лихорадки, тромбоцитопении легкой степени, острого тубулоинтерстициального нефрита с острым почечным повреждением (анурия, гиперазотемия, гипокалиемия, протеинурия, микрогематурия) с учетом эпиданамнеза (территориально дачный участок может соответствовать ареалу обитания Европейской рыжей лесной полевки, можно предположить инфицирование Хантавирусом, имеется соответствие инкубационного периода) сложилось диагностическое представление о ГЛПС, госпитализирована в профильное нефрологическое отделение для динамического наблюдения, дифференциальной диагностики с острым тубулоинтерстициальным нефритом лекарственного генеза (больная с жаропонижающей и анальгетической целью в течение болезни принимала большое количество НПВП), прогрессированием хронической болезни почек (у пациентки многолетнее течение гипертонической болезни, в 2004 г. перенесла ОНМК, постоянной гипотензивной терапии не получала).

Для подтверждения диагноза выполнен анализ крови на антитела к ГЛПС (ИФА) – выявлен диагностический титр антител, что окончательно позволило диагностировать у пациентки ГЛПС.

На фоне инфузионной терапии на седьмые сутки заболевания у пациентки возрос диурез до 2,4 л, установлена полиурическая стадия заболевания.

При выписке из стационара констатировано восстановление диуреза, нормализация уровня креатинина, мочевины, калия, С-реактивного белка, тромбоцитов, исчезновение протеинурии, микрогематурии. При обследовании выявлена микроальбуминурия 35,62 мг/л, что требует наблюдения в динамике с учетом наличия у пациентки риска хронической болезни почек.

Таким образом, терапевт как амбулаторного, так и стационарного уровня может столкнуться с пациентом с ГЛПС. Ключевым клиническим моментом, позволяющим заподозрить заболевание, является уменьшение количества мочи наряду с лихорадкой, а также гиперемия кожи лица и шеи при ее наличии у пациента с отягощенным эпиданамнезом. Дальнейшая диагностика заболевания требует лабораторного обследования и госпитализации, так как не все случаи ГЛПС протекают столь гладко, больным необходимо наблюдение в динамике в связи с риском прогрессирования острого повреждения почек, возникновения потребности в остром диализе, риском различных проявлений геморрагического синдрома. Также хочется отметить нерациональное назначение антибактериальной терапии у данной пациентки без наличия показаний, что также могло привести к развитию острого почечного повреждения.

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хоменко О.П., Агарков А.А.

Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук
«Научный исследовательский
институт психического здоровья»,
г. Томск

Современная медицина все чаще сталкивается с коморбидностью соматических и психических расстройств, их взаимным влиянием на развитие той или иной патологии. Это связано с рядом факторов, одним из которых является прогрессирующее старение населения. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния соматических заболеваний на развитие психотических расстройств у лиц старших возрастных групп.

На базе соматогериатрического отделения Томской областной клинической психиатрической больницы было обследовано 114 пациентов пожилого и старческого возраста с психотическими расстройствами, из них 38 мужчин (33,3%) и 76 женщин (66,7%). В 96% случаев в преморбиде психотических расстройств в качестве сопутствующих заболеваний специалистами соответствующих профилей были выявлены те или иные острые состояния или соматические заболевания: гипертоническая болезнь у 22%; ишемическая болезнь сердца у 7%; сахарный диабет у 3%; черепно-мозговая травма у 9%; острый инфаркт миокарда у 5%; острое нарушение мозгового кровообращения у 12%; инфекционное заболевание (пневмония) у 4%; общий наркоз/оперативное вмешательство у 9%; хроническая интоксикация (злостная алкоголизация) у 1%; сочетание заболеваний у 24% обследуемых. Только в 4% случаев накануне развития психоза соматические заболевания отсутствовали.

Из всех сочетанных соматических расстройств в 55% случаев преобладали различные комбинации сердечно-сосудистой патологии: гипертоническая болезнь и ИБС хроническая (нарушение ритма сердца, стенокардия, постинфарктный кардиосклероз) – 32%, сочетание ИБС хронической (нарушение ритма сердца и постинфарктный кардиосклероз) – 14%, гипертоническая болезнь и ИБС острая (острый инфаркт миокарда, сложные нарушения ритма сердца впервые возникшие) – 9%. Острое нарушение мозгового кровообращения в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями – 11%.

В 34% случаев выявлена комбинация заболеваний: ОНМК и сахарный диабет – 2%, ОНМК и интоксикация – 2%, ОНМК и ЧМТ – 1%, ЧМТ и

сахарный диабет – 1%, ЧМТ и интоксикация – 2%; оперативное вмешательство/общий наркоз и сердечно-сосудистые заболевания – 4%, сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет – 5%, ЧМТ и сердечно-сосудистые заболевания – 5%; инфекционные заболевания и сердечно-сосудистые заболевания – 3%, интоксикация и сердечно-сосудистые заболевания – 1%, интоксикация и инфекционные заболевания – 2%, сердечно-сосудистые заболевания и сочетания нескольких заболеваний – 6%.

Таким образом, в 96% случаев развития психотических расстройств имеют место экзогенные факторы риска в преморбиде с преобладанием сочетанной соматической патологии. К ним относятся как развитие urgentных состояний, так и наличие хронической соматической патологии, как декомпенсированной, так и в стадии компенсации. И лишь в 4% случаев у пациентов пожилого и старческого возраста в преморбиде психотических расстройств отсутствовали соматические заболевания. Следует обратить внимание, что в 21% случаев хронических соматических расстройств они были в стадии декомпенсации перед развитием психоза. Учитывая высокий процент декомпенсированной хронической соматической патологии в преморбиде психозов, можно говорить о ее влиянии на развитие психотических расстройств. В связи с этим необходима своевременная качественная компенсация соматической патологии в профилактических мероприятиях психотических расстройств у лиц пожилого и старческого возраста. Это возможно при осуществлении междисциплинарного подхода в лечении данной категории пациентов.

ИСТОЩЕНИЕ, САРКОПЕНИЯ И КАХЕКСИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Хорошилов И.Е.

Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

При многих острых и хронических заболеваниях отмечаются клинические признаки недостаточного питания - снижение массы тела, истощение, анорексия. Недостаточное питание – это патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела или изменениям компонентного состава организма. Различают несколько клинических типов недостаточного питания: истощения на фоне острых и хронических заболеваний, голодание, саркопению, кахексию.

Саркопения – синдром, характеризующийся потерей мышечной массы, уменьшением силы и производительности с возможным увеличением риска неблагоприятных исходов и осложнений заболеваний. Саркопения часто наблюдается при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях, сопровождающихся недостаточностью кровообращения, хронических болезнях легких, патологии печени и почек.

Кахексия – выраженное истощение (с индексом массы тела $< 16 \text{ кг/м}^2$), обусловленное анорексией и катаболизмом, вызванными системной воспалительной реакцией организма. Кахексия также наблюдается при различных заболеваниях, каждое из которых имеет свои особенности. Различают сердечную, легочную, дыхательную, почечную, печеночную кахексии.

Для дифференциальной диагностики различных форм истощения, саркопении и кахексии сегодня используют биоимпедансный анализ компонентного состава организма, рентгеновскую денситометрию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Для лечения истощения, саркопении и кахексии в настоящее время используют нутриционно-метаболическую терапию. Она включает клиническое энтеральное и парентеральное питание. Кроме того назначают специальную медикаментозную терапию (анаболические средства, противовоспалительные препараты, гормоны и т.п.).

Таким образом, в настоящее время в практике врачей-терапевтов имеются возможности для диагностики и лечения истощения, саркопении и кахексии, развивающихся на фоне различных заболеваний внутренних органов.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН С АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ СТАРШЕ 45 ЛЕТ

Храмцова Н.А.^{1,2}, Орлова Е.В.³, Грудинина О.В.¹

¹Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр,

²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,

г. Иркутск,

³Киренская районная больница,

г. Киренск

В России, по данным официальной статистики, продолжительность жизни мужчин в среднем на 10 лет меньше по сравнению с женщинами. Главной причиной преждевременной смертности являются сердечно-сосудистые заболевания. Изучение факторов риска сердечно-сосудистой патологии является

актуальной проблемой современной медицины. У мужчин снижение продолжительности жизни ассоциировано, в том числе с проблемой раннего андрогенодефицита, как одного из малоизученных факторов риска хронических заболеваний. Низкие уровни эндогенного тестостерона у мужчин, как известно, ассоциированы с повышенным риском смерти от всех причин, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Изучить состояние здоровья и сопутствующую патологию у мужчин старше 45 лет в случайной выборке г. Киренск Иркутской области.

Материалы и методы. Обследовано 60 мужчин в возрасте 45-70 лет (ср. 52,1 [45,1; 68,3]), которые были включены случайным образом. Всем проводилась оценка традиционных факторов сердечно-сосудистого риска, липидограмма, глюкоза крови натощак, определение уровня 25 (ОН) витамина D. Концентрацию тестостерона в крови определяли на аппарате Cobas 8000 (Roche). Для выявления клинических признаков андрогенодефицита использовали опросник AMS (Aging Male's Symptoms' Rating Scale).

Минеральная плотность костной ткани оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрии на аппарате LUNAR PRODIGY ADVANCE, GE. (США). Определение уровней депрессии и тревоги проводилась с помощью Госпитальной шкалы HADS (The Hospital Anxiety and Depression scale). Вегетативные нарушения изучались с помощью методики А.М. Вейна. Статистический анализ материалов проводился при помощи пакета прикладной программы Statistica 6.0.

Результаты. Снижение уровня свободного тестостерона установлено у 28 мужчин (46,6%), в возрасте 58,6 [58,1;68,3] лет. Частота традиционных факторов сердечно-сосудистого риска у мужчин старше 45 лет с андрогенодефицитом и нормальным уровнем тестостерона составила: курение – 39 чел. (65%) и 19 чел. (31,6%, $p < 0,01$), абдоминальное ожирение – 37 чел. (61,6%) и 18 чел. (30%, $p < 0,01$); артериальная гипертензия – 20 чел. (33,3%) против 9 чел. (15%, $p < 0,01$); гиперхолестеринемия – (общий холестерин $> 5,0 \text{ ммоль/л}$) у 18 чел. (30%) и 5 чел. (8,3%, $p < 0,01$), повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $> 3,0 \text{ ммоль/л}$ – 11 чел. (18,3%) и 5 (8,3%, $p < 0,05$), гипертриглицеридемия (ТГ $> 1,7 \text{ ммоль/л}$) – 9 чел. (15%) против 2 чел. (3,3%, $p > 0,05$); гликемия натощак или сахарный диабет – 8 чел. (13,3%) и 1 чел. (1,6%, $p < 0,01$) соответственно.

Средний уровень 25(ОН) D в сыворотке крови у обследованных пациентов в среднем составил 22,8 [5,6; 54,3] нг/мл и варьировал от 7,16 нг/мл до 34,80 нг/мл. Дефицит и недостаточность 25(ОН)D

установлены у 14 чел. (23,3%). Среди пациентов с андрогенодефицитом установлены более высокие показатели уровня тревоги и депрессии. Установлено также достоверно более высокая частота остеопороза и остеопении – у 15 пациентов со сниженным уровнем тестостерона (25%) против 3 чел. (5%), $p < 0,01$, соответственно.

Выводы. Среди мужчин в случайной выборке старше 45 лет установлена высокая частота кардиоваскулярных факторов риска, остеопении и недостаточности витамина D при высокой ассоциации с андрогенодефицитом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ УРИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Цурко В.В.¹, Громова М.А.²

¹Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,

²Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва

Введение. Ряд клинических исследований выявляют прямую зависимость между уровнем урикемии, артериальной гипертензии другими сопутствующими заболеваниями, что нередко объясняет неудовлетворительную диагностику и лечение гиперурикемии, и выдвигает на первый план необходимость рассматривать гиперурикемию как важный прогностический фактор у пациентов с коморбидностью, особенно в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Эпидемиологический анализ сочетания бессимптомной гиперурикемии у больных с артериальной гипертензией, метаболическим синдромом, сахарным диабетом и подагрической артралгией.

Материалы и методы. О распространенности бессимптомной ГУ в российской популяции можно косвенно судить по данным наблюдательной программы, которая проводилась в 2017 г. компанией «ЭГИС-РУС» с участием 880 врачей в 395 лечебно-профилактических учреждениях РФ. В программу были включены 9617 пациентов (мужчин 4176 (43,4%), женщин 5441 (56,6%) в возрасте 30-80 лет).

Результаты. Бессимптомная гиперурикемия диагностирована у 37% мужчин и у 63% женщин при среднем показателе индекса массы тела у мужчин – 29,44 и у женщин – 30,16 (в обоих случаях превышает норму). Бессимптомная гиперурикемия ассоциирована с метаболическим синдромом (у 49,9%

случаев), отмечена преимущественно у пожилых пациентов 60-69 лет с артериальной гипертензией, сахарным диабетом (у 33,41%) и подагрической артралгией (у 70,51%).

Заключение. Анализ результатов наблюдательной программы в РФ показал, что гиперурикемия чаще выявлялась у женщин в старшей возрастной группе пациентов, страдающих артериальной гипертензией, сахарным диабетом, метаболическим синдромом и подагрической артралгией. Важно своевременно проводить скрининг, коррекцию образа жизни пуринового обмена соблюдением диеты и применением препаратов, контролирующих гиперурикемию.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИТМ У МУЖЧИН С АНДРОИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Цыпленкова Н.С.¹, Панова Е.И.¹, Архипова С.В.²

¹Приволжский исследовательский медицинский университет,

²Медико-санитарная часть МВД России по Нижегородской области,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Изучить особенности сердечного ритма у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертензией, протекающей на фоне андроида ожирения, в сопоставлении с показателями суточного профиля артериального давления.

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов-мужчин в возрасте от 25 до 64 лет, средний возраст – $44,4 \pm 1,0$ лет, с андроида ожирением (ОЖ) I-II ст. и артериальной гипертензией (АГ) II-III ст. Помимо стандартного клинического обследования с оценкой антропометрических параметров, всем больным выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и холтеровское мониторирование ЭКГ (ЭКГ-МТ). При анализе результатов ЭКГ-МТ использовали классификацию нарушений ритма сердца по В.Н. Орлову. Оценен характер медикаментозной гипотензивной терапии, включающей такие группы препаратов, как ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы, препараты центрального действия, тиазидные и тиазидоподобные диуретики. Статистическая обработка результатов проведена с использованием статистических программ в среде Excel 97.0 и Statistica for Windows 6.0 (программный продукт компании «StatSoft», США) с использованием непараметрических методов.

Результаты и обсуждение. Нарушение ночного профиля артериального давления (АД) (феномен non-dipper) выявлены нами у 54 чел., 44 больных имели нормальный ночной профиль АД. Наличие феномена non-dipper ассоциировалось у больных с повышением частоты выявляемости ряда аритмий. Так, наблюдалось увеличение частоты фибрилляции предсердий (ФП) в 3 раза, желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) в целом – в 1,7 раз. Наличие эпизодов наджелудочковой тахикардии (НЖТ) ассоциировалось у обследованных пациентов с ухудшением большинства показателей суточного профиля АД, как систолического, так и диастолического, $p < 0,05$. Увеличение частоты аллоритмической наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭ) статистически значимо ($p < 0,05$) ассоциировалось с целым рядом неблагоприятных показателей суточного профиля АД, таких как среднее дневное ($p = 0,025$) и среднее ночное ($p = 0,013$) систолическое АД, индекс времени (%) систолического ($p = 0,039$) и диастолического ($p = 0,024$) АД в дневные и ночные часы.

Выводы. Неблагоприятные показатели суточного профиля артериального давления у пациентов с сочетанной патологией (АГ и ОЖ), свидетельствующие о неудовлетворительной медикаментозной гипотензивной терапии, ассоциированы с увеличением частоты аритмий, суправентрикулярных и желудочковых.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Чернавский С.В.^{1,2}, Потехин Н.П.^{1,2},
Фурсов А.Н.¹, Качарова М.М.³

¹Главный военный клинический госпиталь
имени Н.Н. Бурденко,

²Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования,

³Государственный научный центр
Федеральный медицинский биофизический центр
имени А.И. Бурназяна,
Москва

У большинства больных ишемической болезнью сердца (ИБС) имеют места различные нарушения сердечного ритма (НСР). Амiodарон-индуцированный тиреотоксикоз (АИТ) ухудшает прогноз и отягощает течение ИБС.

Цель исследования. Оценка НСР у больных ИБС и АИТ.

Задачи исследования. Определить наиболее значимые НСР при развитии АИТ у больных ИБС.

Материалы и методы. Всего было обследовано 31 пациент: 24 (77,4%) мужчины и 7 (22,6%) женщины, средний возраст которых составил $66,3 \pm 3,2$ года. У 20 (63,2%) больных ИБС протекала в виде стенокардии напряжения II-III функционального класса, у 31 (36,8%) больного диагностировался постинфарктный кардиосклероз. Диагноз АИТ устанавливали на основании анамнеза, характерной клинической картины, данных лабораторных исследований (показатели основного обмена, титр антител к рецепторам тиреотропного гормона, тиропероксидазы и тиреоглобулина) и ультразвукового исследования щитовидной железы.

Результаты. При анализе НСР у больных ИБС с развитием АИТ отмечалось увеличение ЧСС в среднем на 24,5%, синусовая тахикардия была выявлена у 19 больных (61,3%). Наряду с этим отмечалось укорочение интервала PQ на 15,7% и удлинение интервала QRS и QT на 11,7% и 8,5% от исходного соответственно. В тоже время продолжительность интервалов ЭКГ находилась в пределах нормальных значений.

У больных ИБС и АИТ отмечалось повышение эктопической активности миокарда. Частая предсердная экстрасистолия отмечалась у 12 (38,7%) больных, желудочковая экстрасистолия – у 7 (22,6%). У 22 (70,9%) пациентов была зафиксирована впервые возникшая фибрилляция предсердий, а у 15 (48,3%) обследованных – эпизоды желудочковой тахикардии.

Выводы. Таким образом, развитие АИТ у больных ИБС способствует более выраженным нарушениям сердечного ритма и проводимости, что необходимо учитывать при назначении лечебно-профилактических мероприятий.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРИТА

Четина Е.В., Шарапова Е.П., Кашеварова Н.Г.,
Таскина Е.А., Маркова Г.А.,
Макаров С.А., Лиля А.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить особенности энергетического метаболизма клеток крови и хондроцитов суставного хряща больных остеоартритом (ОА) с разным метаболическим статусом и на разных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Работа проведена на образцах периферической крови: 47 амбулаторных больных ОА; 21 больного с поздней стадией

ОА, госпитализированных для эндопротезирования коленного сустава и 27 здоровых лиц – контроль (средний возраст 60 ± 7.1 ; 56.6 ± 8.9 и 58.6 ± 8.3 лет, соответственно), а также образцов суставного хряща, полученных у 21 больного ОА при оперативном и при аутопсии у 14 здоровых ранее лиц (средний возраст 38.2 ± 4.3 года), погибших в результате травмы. Состояние больных оценивали по данным клинического, рентгенологического, ультразвукового и денситометрического исследования. Общую РНК выделяли из крови и после обратной транскрипции использовали для определения уровня экспрессии генов в полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Проанализирована экспрессия генов гликолитического пути (Glut1, PKM2, PGK1, PDHA1), цикла Кребса (OGDH, MDH, SDH, ICDH), связанных с продукцией АТФ, а также пентозофосфатного (G6PD, TKT), гексозаминового (GFAT, OGT) путей, глутаминолиза (SNAT2) и центральных метаболических регуляторов mTOR, AMPK и HIF1 α .

Результаты и обсуждение. Подгруппа больных ОА с высокой экспрессией гена mTOR в крови чаще имела синовит, чем подгруппа больных ОА с его низкой экспрессией, которая испытывала более сильную боль, тогда как у больных на поздней стадии заболевания наблюдали как значительное воспаление, так и сильную боль в коленном суставе. В подгруппе больных с низкой экспрессией гена mTOR экспрессия большинства исследованных генов оказалась на уровне контроля. Однако, экспрессия SNAT2 и AMPK оказалась повышенной, а Glut1 и OGT – ниже уровня здоровых лиц. В подгруппе амбулаторных больных с высокой экспрессией гена mTOR и у пациентов на поздней стадии ОА перед эндопротезированием экспрессия всех исследованных генов значительно превышала уровни контроля. В хряще, полученном после артропластики тех же больных ОА на поздней стадии, экспрессия всех исследованных генов, за исключением AMPK, оказалась значительно выше, чем у здоровых лиц.

Выводы. Высокая экспрессия генов метаболизма глюкозы в крови и суставном хряще больных на поздней стадии заболевания свидетельствует о взаимообусловленности процессов во многих тканях организма при ОА. Сходство экспрессии генов, связанных с продукцией АТФ, в крови в подгруппе больных с низкой экспрессией гена mTOR и контрольных лиц позволяет предположить, что они имеют достаточно энергии для сдерживания патологических процессов. Высокая экспрессия исследованных генов в крови в подгруппе больных с высокой экспрессией гена mTOR и у больных на поздней стадии ОА по сравнению с контрольными лицами может свидетельствовать о том, что дефицит энергии является одним из факторов, обуславливающих

прогрессирование ОА. Следовательно, метаболические нарушения в крови и суставном хряще являются частью патогенеза остеоартрита.

Работа осуществлена при финансовой поддержке РФФИ (проект №12-04-00038а).

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Чжу М.Б., Протасов И.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) – это хроническое демиелинизирующее мультифакториальное заболевание, имеющее рецидивирующее – ремиттирующее или прогрессирующее течение, приводящее к воспалительным и нейродегенеративным процессам в ЦНС.

Эти процессы происходят из-за разрушения нормально синтезированного миелина, что способствует развитию неврологических нарушений, и порой может приводить к инвалидизации пациента.

РС – это самая распространенная причина нетрудоспособности людей молодого и среднего возраста с заболеваниями нервной системы и вторая по распространенности из всех органических заболеваний ЦНС. Именно поэтому социальное и медицинское значение этого заболевания велико.

По данным Всемирной организации здравоохранения в настоящее время в мире насчитывается около 2,3 млн. человек, страдающих этим заболеванием. Россия входит в зону высокого риска по РС – его распространенность составляет более 50 случаев на 100 тыс. населения с наиболее частой встречаемостью в северных, северо-западных и западных районах нашей страны.

Как известно, наличие нескольких одновременно существующих заболеваний оказывает взаимное влияние на их течение, а также на качество жизни больных. Не вызывает сомнений, что коморбидные заболевания (КЗ) могут задерживать своевременную диагностику РС, отягощать его течение, требовать дополнительной медикаментозной коррекции и индивидуального подхода к каждому пациенту. Также, некоторые исследования подтверждают, что сопутствующие заболевания повышают риск развития рецидивов при РС. Поэтому важно определить и оценить взаимосвязь КЗ и РС для дальнейшего повышения эффективности терапии.

Понятие «коморбидности» впервые было предложено в 1970 г. американским врачом – эпиде-

миологом Алваном Фенштейном, который определил «коморбидность» как наличие дополнительной клинической картины на фоне основного текущего заболевания. Сейчас под «коморбидностью» понимают одновременное протекание двух и более заболеваний или синдромов, которые патогенетически связаны между собой.

Влияние на сопутствующую РС патологию может замедлить прогрессирование РС, уменьшить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов с данным заболеванием. Не исключен поиск КЗ, которые, наоборот, сдерживают развитие инвалидности при РС. Например, по данным некоторых исследований, псориаз, выявленный до начала РС, может отказать сдерживающее влияние на данную патологию. Наличие таких заболеваний может говорить о более благоприятном прогнозе течения РС.

Цель работы. Определение и оценка взаимосвязи КЗ и РС для дальнейшего повышения эффективности терапии.

Материал и методы. Было обследовано 53 больных РС с января по апрель 2018 года, из них 35 (66,04%) женщин и 18 (33,96%) мужчин (соотношение 1,9:1) в возрасте от 21 до 60 лет (средний возраст – 37,6 лет), согласившихся сотрудничать с исследовательской группой. Обследование больных проводилось на базе неврологических стационаров города Воронежа. Продолжительность заболевания составляла от 1 месяца до 28 лет. Балл по шкале EDSS (Expanded Disability Status Scale, Расширенная шкала показателей инвалидизации больных РС по J.F.Kurtzke, 1983 г.) составил от 1,5 до 7,0 баллов. Были отмечены следующие клинические варианты РС: КИС – у 1,9% (1 чел.) ремиттирующий – у 94,3% (50 чел.), вторично – прогрессирующий – у 3,8% пациентов (2 чел.).

Использовалась оригинальная анкета, с помощью которой анализировались основные параметры организма (индекс массы тела, артериальное давление (АД), группа крови), изменения аппетита в период заболевания и при приеме препаратов для лечения РС; наличие дисгормональных заболеваний у женщин, наличие вредных привычек, частота встречаемости коморбидных РС заболеваний, а также взаимосвязь течения РС с КЗ. Исследование носило пилотный характер.

Результаты и обсуждение. Из 53 опрошенных пациентов дефицит массы тела наблюдался у 5,7% (3 пац.), избыточная масса тела – у 28,3% (15 пац.), ожирение – у 3,6% (2 пац.).

Приступы мигрени встречались у 28,3% (15 чел.), из них с частотой 1 раз в месяц у 3 пациентов, 2 раза в месяц – у 6, 3 раза в месяц – у 3, 8 раз в месяц – у 3 пациентов.

У 1 больного (1,9%) в анамнезе наблюдалась эпилепсия.

Хронические заболевания дыхательной системы отмечались у 28,3% пациентов (15 чел.).

Изменения аппетита в течение последнего времени в виде его уменьшения отмечали 32% (17 пац.), увеличения – 19% (10 пац.). После приема препаратов для лечения РС аппетит уменьшился у 9,4% (5 чел.), увеличился у 19% (10 чел.).

Патология ЖКТ отмечалась у 39,6% больных (21 чел.), из них хроническим панкреатитом страдали 4 чел., гастритом – 19 чел., язвой желудка – 2 чел., хроническим холециститом – 1 чел.

Изменения АД наблюдались суммарно у 28,3% (15 чел.), из них артериальная гипотония – у 8 чел., гипертония – у 7 чел.

Нарушение функции щитовидной железы было у 7,5% (4 пац.), при этом гипотиреоз наблюдался у 3 человек, гипертиреоз – у 1 человека.

Респираторные инфекционные заболевания с разной частотой встречались у всех 53 опрошенных, из них 1 раз в несколько лет у 26,4% (14 чел.), 1-2 раза в год – у 43,4% (23 чел.), больше 2 раз в год – у 24,5% пациентов (13 чел.). В детстве 62,3% опрошенных (33 чел.) перенесли ветряную оспу, 1,9% (1 чел.) – инфекционный мононуклеоз, корь – 5,7% (3 чел.), дифтерию – 1,9% (1 чел.), вирусный паротит – 1,9% (1 чел.); 15,1% (8 чел.) – краснуху. Наличие лабиального или генитального герпеса отметили 68% опрошенных (36 пац.).

Проявления аллергических реакций отмечались у 52,8% опрошенных (28 чел.), из них пищевую аллергию, аллергию на пыль, пыльцу, холодный воздух и бытовую химию отмечали 21 чел., лекарственную аллергию – 15 человек; и лекарственная, и не лекарственная аллергия наблюдалась у 8 пациентов.

Из 35 женщин у 25,7% (12 чел.) отмечались заболевания половой системы, из них у 5 женщин они появились после постановки диагноза РС. Нарушения менструального цикла есть у 40% женщин (14 чел.). Анемией страдали 20% из 35 пациенток (7 чел.).

Из 53 больных РС 24,5% (13 чел.) отмечали усиление выраженности симптомов РС при обострении хронических заболеваний (в основном респираторных) и 15% пациентов отметили усиление проявлений хронических заболеваний во время обострений РС (8 чел.). Остальные 32 пациента (60,4%) не отметили взаимосвязи между течением РС и хроническими заболеваниями.

Наследственная предрасположенность к заболеваниям дыхательной системы имела у 28,3% (15 чел.), алкоголизму – 30% (1 чел.), аутоиммунным заболеваниям – у 5,7% (3 чел.). У 5,7% (3 чел. из 53) имелся близкий родственник, страдающий РС.

Из 53 пациентов курение в течение жизни отмечалось у 49% (26 пац.), из них бросили курить – 20 человек, продолжают курить – 6 человек. В 60,4% случаев (32 пац. с курящими родственниками), возможно воздействие пассивного курения на больных.

Алкогольные напитки периодически с разной частотой и в разных количествах употребляли 2/3 пациентов (35 чел.).

Выводы. На основании приведенных данных можно видеть, что наиболее часто встречающимися КЗ при РС являлись хронические заболевания дыхательной системы, герпесвирусная инфекция, гастрит, мигрень и аллергические заболевания. Также был высоким процент лиц, куривших и употреблявших алкоголь.

Эти данные могут указывать на определенную связь РС и вирусных инфекций, курения, употребления алкогольных напитков и других факторов и свидетельствовать о мультифакториальности данного заболевания и необходимости учета этих состояний при диагностике и лечении РС.

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ЛИПОПРОТЕИНА (а) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ

Чурилин М.И., Кононов С.И., Азарова Ю.Э.,
Клёсова Е.Ю., Быканова М.А., Лунева Ю.В.,
Поветкин С.В., Маль Г.С.,

Солодилова М.А., Полоников А.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель исследования. Изучение ассоциации двух частых однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) rs55730499 и rs10455872 гена LPA с риском развития ишемической болезни сердца (ИБС) у жителей Центральной России.

В исследование было включено 1697 неродственных индивидов славянского происхождения – уроженцев Центральной России, включая 990 пациента с подтвержденным диагнозом ИБС и 707 относительно здоровых добровольцев без клинических проявлений сердечнососудистых и других хронических заболеваний. У всех обследуемых осуществлялся забор крови объемом 5 мл, из которой выделяли геномную ДНК стандартным двухэтапным методом фенольно-хлороформной экстракции и преципитации этанолом. Генотипирование полиморфных вариантов гена LPA проводилось с исполь-

зованием технологии iPLEX на генетическом анализаторе MassARRAY 4 (Agena Bioscience, США) в НИИ генетической молекулярной эпидемиологии Курского государственного медицинского университета. Ассоциации SNPs с риском развития ИБС оценивались методом логистической регрессии по показателю отношения шансов (OR), показывающему, во сколько раз вероятность попасть в группу «случай» отличается от вероятности попасть в группу контроля для носителя определенного генотипа с поправкой на пол и возраст обследуемых с использованием статистического пакета SNPStats (Solé et al, 2006).

Частоты генотипов SNP rs55730499 находились в равновесии Харди-Вайнберга в обеих группах пациентов, тогда как для SNP rs10455872 установлено статистически значимое ($P=0.03$) отклонение частот генотипов от равновесия Харди-Вайнберга в группе больных ИБС. Частоты минорного аллеля T и генотипов C/C, C/T и T/T rs55730499 LPA были следующие: 0.05, 0.89, 0.11 и 0.0 в контрольной группе и 0.09, 0.82, 0.18 и 0.0 в группе больных ИБС, соответственно.

Установлено, что носительство аллеля T (OR=1.78 95%CI 1.35-2.35, $P<0.0001$) и генотипа C/T (OR=1.78 95%CI 1.33-2.37, $P<0.0001$) SNP rs55730499 было ассоциировано с повышенным риском развития ИБС (эффект сверхдоминирования) независимо от пола и возраста. Частоты минорного аллеля G и генотипов A/A, A/G и G/G rs10455872 LPA были следующие: 0.03, 0.93, 0.06 и 0.0 в контрольной группе и 0.04, 0.93, 0.06 и 0.0 в группе больных ИБС, соответственно. Статистически значимых различий в частотах аллелей и генотипов SNP rs10455872 гена LPA между группами больных ИБС и контроля не установлено ($P>0.05$). Полиморфные варианты rs55730499 и rs10455872 гена LPA находились в неравновесии по сцеплению друг с другом ($D\phi=0.998$, $P<0.001$). Выявлено три гаплотипа A-C, A-T и G-T LPA с частотами: 0.95, 0.02 и 0.03 в контрольной группе и 0.91, 0.06 и 0.04 среди больных ИБС. Гаплотип A(rs10455872)-T(rs55730499) ассоциировался с повышенным риском развития ИБС (OR=2.88 95%CI 1.89 – 4.37, $P<0.0001$). В литературе нами обнаружено лишь одно исследование, в котором установлено, что полиморфизм rs55730499 в интроне гена LPA ассоциирован с повышенным уровнем липопротеина (а) и ЛПНП в плазме крови, а также с повышенным риском развития коронарной болезни сердца у европейцев. Таким образом, настоящая работа – фактически первое исследование, в рамках которого подтверждена ассоциация полиморфного варианта rs55730499 гена LPA с повышенным риском развития ишемической болезни сердца у жителей России. Учитывая выраженный характер выявленной ассоциации данный маркер может пре-

тендовать на включение в диагностическую панель для тестирования наследственной предрасположенности к ИБС в Российской Федерации.

ГИПОБАРИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ В АБИЛИТАЦИИ РЕЧЕВОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Шалькевич Л.В.¹, Кудлач А.И.¹, Филипович Е.К.¹,
Степанюк А.А.², Хорликова О.А.³

¹Белорусская медицинская академия
последипломного образования,

²Минская областная клиническая больница,

³17-я городская детская клиническая поликлиника,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Определить влияние гипобарической гипоксической адаптации (ГБА) как немедикаментозного способа абилитации на нарушения речевого развития в детском возрасте.

Материалы и методы. Предлагаемый способ был испытан при лечении 8 детей с нарушениями речевого развития в возрасте от 10 месяцев до 8 лет 3 месяцев (средний возраст 4 года 6 месяцев ± 11 месяцев). В качестве контрольной группы были проанализированы данные 8 пациентов в возрасте от 1 года до 7 лет 4 месяцев (средний возраст 4 года ± 9 месяцев) со сходными нарушениями речевой функции, не проходивших курс ГБА. Оценка эффективности влияния ГБА на речевые функции проводилась в соответствии с Международной классификацией функционирования 10 пересмотра (МКФ-10) (функция восприятия сообщений при общении и функция составления и изложения сообщений). Оценка каждой из функций до и после курса лечения проводилась путем определения соответствия показателей ребенка возрастным критериям и регистрации степени утраты функции в процентном отношении. Все пациенты из группы исследования прошли курс ГБА в барокамере ВЛКС-307 (Хруничев) (РФ) по следующей методике: в первый день осуществляется подъем на «высоту» 1500 м; второй день – на «высоту» 2000 м; третий день – на «высоту» 2500 м; четвертый день – «высоту» 3000 м. Дальнейшие сеансы проводились на «высоте» 3000 м. Всего было проведено 15 сеансов на курс (4 сеанса ежедневно «подъема» на высоту, 7 сеансов «рабочей» высоты, затем 4 сеанса «спуска»). Подъем на «высоту» осуществлялся по следующей методике: начальная скорость подъема составляет 1 м/сек до высоты 500 м (с двумя задержками на 1 минуту на высоте 200 м), скорость 1-2 м/сек – с высоты 500 м до высоты 750 м, в дальнейшем – скорость 3 м/сек до заданной высоты. Спуск проводился со скоростью 2 м/сек без остановок.

Результаты. Проведенное исследование позволило установить эффективность ГБА в отношении абилитации нарушений развития речи у детей. Было определено, что предлагаемый способ был эффективен в улучшении функции восприятия сообщений при общении в среднем на 24,37% в основной группе в сравнении с 10% в контрольной группе (U-критерий Манна-Уитни 11,5 p<0,05), а в улучшении функции составления и изложения сообщений в среднем на 22,63% в основной группе в сравнении с 8,88% в контрольной группе (U-критерий Манна-Уитни 12 p<0,05). Улучшение или нормализация нарушений речевого развития произошли без изменения текущей схемы медикаментозной и немедикаментозной коррекции функциональных или органических нарушений ЦНС или введения новых лекарственных средств. Осложнений, нежелательных побочных явлений не развилось ни у одного из пациентов.

Выводы. ГБА является эффективным и безопасным физиотерапевтическим методом абилитации речевого дизонтогенеза у детей, доступным к применению без возрастных ограничений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ LADA В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Шаповалова А.Б.^{1,3}, Мурзаева И.Ю.³,
Крихели И.О.^{2,3}, Иванова А.С.^{1,3}

¹Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

³Медицинский центр «XXI век»,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить особенности дебюта, клинического течения аутоиммунного латентного диабета взрослых (Latent autoimmune diabetes in adults – LADA) у больных различного возраста, основные направления медикаментозной терапии у больных LADA.

Материалы и методы. Всего изучено 18 случаев LADA (возраст от 28 до 68 лет, м-7, ж-11). Исследование проводилось на базе клинко-диагностических отделений амбулаторных учреждений. Все пациенты прошли комплексное клинко-лабораторное обследование на момент выявления заболевания и в динамике. Проведена оценка основных лабораторных показателей углеводного обмена на момент выявления заболевания (глюкоза, гликированный гемоглобин – HbA_{1c}, С-пептид, инсу-

лин), выполнено иммунологическое исследование (определение антител к GAD). Выполнено анкетирование всех больных по авторскому опроснику с целью выявления индивидуальных особенностей течения заболевания, исследования приверженности к лечению. Статистическая обработка проведена с помощью пакета компьютерных программ Статистика 10.

Результаты. LADA выявлен у 14 больных в возрасте 30 лет и старше, у 4 больных – до 30 лет. Длительность заболевания – от 0 до 15 лет. Средний возраст дебюта – $42,3 \pm 2,3$ года. В 3 случаях диагноз установлен недавно (недели, месяцы), в 4 – год назад, в 11 – длительность заболевания менее 5 лет. В дебюте во всех случаях отмечалось снижение веса, причем наиболее быстрая потеря отмечалась у 5 пациентов в возрасте 28-31 лет – более 10 кг менее чем за 6 месяцев. На момент исследования средний ИМТ составил $27,32 \pm 0,79$ кг/м². Средний уровень гликемии натощак (венозная кровь) на момент выявления СД – $9,8 \pm 0,44$ ммоль/л, HbA_{1c} – $7,7 \pm 0,28\%$. Уровень инсулина натощак у всех больных был нормальным. При этом более чем в 50% случаев отмечено снижение С-пептида ниже нормы (менее 260 пмоль/л). Во всех случаях выявлены повышенные титры антител к GAD (норма до 10 Ед/мл) при среднем значении $642 \pm 69,9$ Ед/мл. При этом у 3 пациентов старше 60 лет с различным стажем СД отмечены максимальные значения (1000 Ед/мл и выше). При собеседовании у большинства уровни гликемии натощак и HbA_{1c} соответствовали целевым ($6,05 \pm 0,125$ ммоль/л и $6,2 \pm 0,2\%$ соответственно). Но у 5 пациентов, получающих пероральные сахароснижающие препараты (ПОСП), отмечены высокие уровни гликемии (до 20 ммоль/л) и HbA_{1c} (до 12%). У 5 пациентов (44-62 лет) имеется патология щитовидной железы (чаще эндемический зоб 1-2 ст.). Аутоиммунные заболевания (АИЗ) выявлены лишь у 2 пациентов: 34 лет (аутоиммунный тиреоидит) и 68 лет (ревматоидный артрит). Однако наличие АИЗ у близких родственников зафиксировано в 11 случаях (наиболее часто - РА у матери). Средний показатель СКФ – $90,4 \pm 2,4$ мл/мин*м² кВ, показатели 100 и выше отмечены у лиц 28-30 лет с длительностью СД не более 1 года. Практически все больные исходно на фоне диетотерапии получают метформин в подобранных дозах, в 2 случаях – комбинацию ПОСП (метформин+глибенкламид), в 3 случаях – комбинированную терапию (диета + метформин/глибенкламид/гликлазид + инсулин).

Выводы. Дебют LADA в молодом возрасте сопровождается более выраженными клиническими проявлениями. Для пациентов старших возрастных

групп характерна тенденция к повышению уровня антител к GAD до очень высоких значений. Для всех возрастных групп характерно наличие наследственного анамнеза в отношении других АИЗ. Особого внимания в большинстве случаев требует пересмотр тактики лечения и своевременного назначения инсулинотерапии.

ОЦЕНКА ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МЕТОДОМ 24-ЧАСОВОЙ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ pH-МЕТРИИ

Шаповалова М.М., Дробышева Е.С.,
Овсянников Е.С., Перцев А.В.,
Феськова А.А., Токмачов Р.Е.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Проанализировать особенности протекания щелочных гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) у пациентов с сочетанием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и ишемической болезни сердца (ИБС) по сравнению с пациентами с изолированно протекающей ГЭРБ.

Материалы и методы. В условиях стационара методом 24-часовой интрагастральной pH-метрии обследовано 5 пациентов с изолированно протекающей ГЭРБ (первая группа) и 6 пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС (вторая группа). Для оценки дуоденогастроэзофагеальных (щелочных) рефлюксов использовались следующие показатели: процент времени от общего времени мониторинга pH, в течение которого уровень кислотности в нижней трети пищевода был выше 7, общее число эпизодов щелочных ГЭР, число эпизодов щелочных ГЭР длительностью более 5 минут, самый продолжительный щелочной ГЭР. Учитывая тенденцию к гипоацидности (средний уровень pH в теле желудка $3,2 \pm 1,4$) у пациентов с ГЭРБ и ИБС, в этой группе пациентов особое внимание было уделено расшифровке щелочных патологических рефлюксов – эпизодов повышения pH в нижней трети пищевода выше 7, не связанных с приемом пищи.

Результаты и обсуждение. У больных ГЭРБ, протекающей в сочетании с ИБС, было отмечено большее число щелочных рефлюксов: в среднем $26,7 \pm 26,6$ по сравнению с $4,6 \pm 2,5$ в первой группе наблюдения. Этот показатель напрямую связан с клинической картиной – пациенты с сочетанием ГЭРБ и ИБС в 3 раза чаще, чем пациенты с изолированной ГЭРБ предъявляли жалобы на горькие отрыжки.

У всех пациентов первой группы наблюдения щелочные ГЭР по своим характеристикам относились к физиологическим. В группе больных ГЭРБ с сопутствующей ИБС у 3 человек из шести обследованных с применением суточного мониторирования рН были выявлены патологические ДГЭР. Наиболее продолжительный рефлюкс длился 117 минут 20 секунд.

Процент времени от общего времени регистрации уровня кислотности, в течение которого уровень рН в нижней трети пищевода был выше 7, в среднем составил в первой и второй группах $10,1 \pm 4,5$ и $16,2 \pm 9,1$ соответственно.

Выводы. У пациентов с ГЭРБ, протекающей в сочетании с ИБС, были выявлены худшие показатели суточных рН-грамм пищевода, характеризующие щелочные ГЭР, по сравнению с больными ГЭРБ без сопутствующей ИБС, что отражает более тяжелое течение ГЭРБ у лиц с сочетанной патологией и, возможно, связано с большим риском развития у них пищевода Барретта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Шарова Н.В., Шуленин К.С., Черкашин Д.В., Гришаев С.Л., Кутелев Г.Г.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка эффективности длительно действующего антихолинергического препарата (ДДАХП) гликопиррония бромид в суточной дозе 50 мкг в комплексной терапии стабильной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы. В исследование были включены 116 мужчин со стабильным течением ХОБЛ. Основную группу составили 66 пациентов с GOLDI-IV степени тяжести, которым назна-

чался гликопиррония бромид (СибриБризхалер, NovartisPharma, Швейцария) в суточной дозе 50 мкг. В группу контроля вошли 50 пациентов с GOLDII-III степени тяжести, получавших 5 мкг тиотропия бромида (СпириваРеспимат, BoehringerIngelheim, Германия) или 18 мкг тиотропия бромида (Спирива, BoehringerIngelheim, Германия). Перед началом лечения и после 28-го дня комплексной терапии оценивались следующие показатели: степень выраженности одышки по шкале mMRC, степень влияния ХОБЛ на жизнь пациента по шкале САТ, результаты стандартного теста с 6-минутной ходьбой и результаты спирометрии с расчетом форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$), пиковой объемной скорости выдоха (ПОС) и отношения $ОФВ_1$ к ФЖЕЛ.

Результаты и обсуждение. Определение $ОФВ_1$ через час после ингаляции 50 мкг гликопиррония бромида до начала лечения чаще указывало на признаки бронхиальной обструкции, а прирост $ОФВ_1$ был достоверно выше, чем при стандартном бронходилатационном тесте. В группе тиотропия бромида таких отличий выявлено не было. После 28-дневной терапии гликопиррония бромидом предбронходилатационные значения $ОФВ_1$ увеличивались, однако не достигали степени значимости. При этом, пиковые значения $ОФВ_1$ ($1,60 \pm 0,71$ л / $58,9 \pm 21,6\%$) и его прирост ($16,5 \pm 14,2\%$ и $10,9 \pm 9,0\%$) после лечения гликопиррония бромидом были значимо выше, чем таковые в группе с тиотропия бромидом. Кроме того, была установлена статистически значима прямая корреляционная связь ($r = 0,54$; $p = 0,043$) между приростом $ОФВ_1$, полученным на фоне терапии гликопиррония бромидом, и приростом $ОФВ_1$ через час после его ингаляции до начала лечения. Спустя 28 дней приема гликопиррония бромида было отмечено снижение степени одышки ($-0,70 \pm 0,12$ балла) и значений САТ ($-4,10 \pm 0,34$ балла), а также прирост результатов теста с 6-минутной ходьбой (76 ± 12 м).

Выводы. Таким образом, применение гликопиррония бромида в дозе 50 мкг в сутки у пациентов со стабильной ХОБЛ показало клиническую и функциональную эффективность препарата, сопоставимую с таковой при применении тиотропия бромида. Прирост пред- и постбронходилатационных значений $ОФВ_1$ после 28-дневной терапии гликопиррония бромида зависел от исходных (базовых) значений $ОФВ_1$ и был достоверно выше у пациентов с GOLDI-II степени, не получавших терапию ДДАХП на постоянной основе, и признаками обратимой обструкции, которую можно рассматривать в качестве дополнительного критерия отбора пациентов для использования этого препарата.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Шатунова Е.П., Линева О.И., Целкович Л.С.

Самарский государственный
медицинский университет,
г. Самара

Проблема холестатического гепатоза беременных (ХГБ) актуальна для Самарского региона в связи с высокой распространенностью этого осложнения гестации (1,2%). Физиологическая беременность является благоприятным фоном для сгущения и увеличения вязкости желчи, гипотонии желчевыводящих путей и повышения проницаемости желчных капилляров вследствие стимулирующего влияния на процессы желчеобразования и одновременно – ингибирующего на процессы желчевыведения постоянно возрастающим пулом половых стероидов, продуцируемым фетоплацентарным комплексом.

Цель работы. Явилось изучение факторов риска, клинических и метаболических особенностей ХГБ.

Материал и методы исследования. Проведены клиничко-статистические, биохимические, ультразвуковые исследования у 120 беременных с ХГБ, и у 100 женщин с физиологически протекающей беременностью.

Результаты исследования. Обращает на себя высокая по сравнению с контролем частота разнообразной патологии желудочно-кишечного тракта у пациенток с ХГБ (23%, в контроле 6,3%) и особенно, при указании на аналогичную заболеваемость у кровных родственников (65,5%, в контроле 38,6%). Холестатический гепатоз по материнской линии установлен у 7,5% пациенток. Вероятность развития внутрипеченочного холестаза беременных значительно возрастает при сочетанном воздействии вредных условий труда (станции перекачки нефти, дезинфекция и т.д.), приеме гепатотоксичных препаратов, а также при проживании в экологически неблагоприятном регионе (71%). Изучение клинической картины показало, что в подавляющем большинстве случаев ХГБ диагностируется в сроке 31 неделя беременности, при этом клинические проявления холестаза были достаточно однотипны и характеризовались в основном кожным зудом (у 100%), незначительными диспептическими расстройствами (у 41,7%), эмоциональной лабильностью (у 50%), а также потемнением мочи (у 51,7%) и небольшой желтухой (у 44,2%). Наиболее ранними лабораторными признаками внутрипеченочного холестаза явились повышение холестерина

до 5,93±0,50 (ммоль/л), активности ферментов щелочной фосфатазы до 331,91±4,48(МЕ/л) и гамма-глутамилтранспептидазы (88,61±2,90(Ед/л), на 4-6 недель опережающее клинические симптомы ХГБ. АлАТ и АсАТ оставались в пределах нормы или не превышали трехкратного увеличения, уровень общего билирубина (28,4 ммоль/л) был повышен за счет прямой фракции. Объективное обследование обнаружило умеренное увеличение размеров печени у 13,3% пациенток с ХГБ. Проведение УЗИ подтвердило достоверно более частое по сравнению с контрольными группами гепатомегалию, усиление эхогенности печеночной паренхимы, а также увеличение объема и признаки хронического воспалительного процесса желчного пузыря. Дифференциальную диагностику мы проводили с хроническими вирусными гепатитами, острым жировым гепатозом, HELLP – синдромом.

Заключение. Безусловно, ХГБ требует мультидисциплинарного подхода. Важно, чтобы особенности данной патологии знали не только акушеры-гинекологи, но и терапевты, гастроэнтерологи, инфекционисты, что будет способствовать ранней диагностике и своевременному оказанию квалифицированной помощи. Мы полагаем, что патогенез развития ХГБ связан с воздействием антропогенных факторов, приемом гепатотоксических препаратов, наличием генетически детерминированной неполноценности ферментных систем и заболеваний печени различного генеза и объясняется гормональным дисбалансом, перестройкой метаболических адаптивных программ, гипокинезией желчевыводящих путей.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

Шебуняева Я.Ю., Войтко М.С., Мезит Е.В.,
Ступакова В.А., Поспелова Т.И.
Новосибирский государственный
медицинский университет,
г. Новосибирск

Цель исследования. Изучить структуру сопутствующей патологии у пациентов с лимфомой Ходжкина (ЛХ) в дебюте заболевания.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 110 пациентов с диагнозом лимфома Ходжкина, впервые установленным в период с 2015 г. по 2018 г. на базе гематологического отделения ГБУЗ НСО «ГКБ №2». Средний возраст пациентов составил 38,5±14,5 лет.

Результаты и их обсуждение. Лимфома Ходжкина представляет собой В-клеточное новообразование, характеризующееся наличием относительно небольшой популяции злокачественных опухолевых клеток, известных как клетки Ходжкина / Рида-Штернберга. Заболеваемость ЛХ в России составляет 2,1 случая на 100 тыс. населения в год, что не превышает 1% в структуре общей онкопатологии. Кривая заболеваемости ЛХ имеет два пика: 20-25 лет и 55-70 лет. На выбор протокола программной полихимиотерапии (ПХТ), его эффективность и перспективу общей выживаемости существенно влияет структура сопутствующей патологии, приобретающая наибольшую значимость у пациентов старше 50 лет. На фоне специфической терапии соматические заболевания прогрессируют, а в состоянии ремиссии часто рецидивируют, что может привести к ухудшению состояния пациента и даже к летальному исходу. Таким образом, в соответствии с возрастными пиками заболеваемости все обследованные были разделены на 2 группы: пациенты в возрасте до 50 лет – 87 человек (79%) и пациенты в возрасте старше 50 лет – 23 человека (21%). В группе больных до 50 лет 52% (45 человек) не имели сопутствующих заболеваний, тогда как у 48% обследованных (42 человека) была выявлена коморбидная патология, в структуре которой преобладали поражения органов пищеварения (28%), сердечно-сосудистой системы (27%) и органов дыхания (26%). Среди заболеваний пищеварительного тракта лидирующее место занимал хронический гастрит, диагностированный более чем у половины пациентов, треть случаев составил хронический холецистит. Гипертоническая болезнь встречалась в данной группе больных не более чем в 17% случаев (2 человека), а ишемическая болезнь сердца была выявлена только у 1 пациента (8%). Ведущее место среди патологии органов дыхания занимал хронический тонзиллит, диагностированный у 42% (5 человек). В группе пациентов старше 50 лет сопутствующие заболевания были зарегистрированы у 90% пациентов (21 человек) и в структуре коморбидных состояний преобладала патология сердечно-сосудистой системы (52%). Так, гипертоническая болезнь, нарушения ритма, ишемическая болезнь сердца, требующие постоянной лекарственной терапии, были выявлены у каждого второго пациента (58% случаев). Патология органов пищеварения (хронический гастрит, холецистит), нейроэндокринной (сахарный диабет 2 типа, диффузно-узловой зоб) и мочеполовой (мочекаменная болезнь почек, хронический пиелонефрит) систем были диагностированы у 48%, 26% и 13% обследованных соответственно. Обращало на себя внимание

сочетание сахарного диабета 2 типа с патологией сердечно-сосудистой системы более чем у 40% пациентов (11 человек).

Выводы. Пациенты в возрасте 50 лет и старше, соответствующие второму пику заболеваемости ЛХ, к моменту возникновения онкологического процесса имеют отягощенный соматический фон, что значительно лимитирует проведение стандартных протоколов ПХТ и возможность дальнейшей интенсификации терапии. Наличие и прогрессирование коморбидных состояний требует исходной стратификации риска и своевременной коррекции терапии как во время проведения ПХТ, так и в межкурсовом периоде.

ПОЛИПРАГМАЗИЯ И РИТМ ДЕФЕКАЦИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Шемеровский К.А., Фирова Э.М.
Институт экспериментальной медицины,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Цель состояла в скрининге нерегулярности циркадианного ритма дефекации и встречаемости полипрагмазии у пациентов кардиологического профиля.

Материалы и методы. Использовали метод «Хроноэнтерографии» – недельный мониторинг регулярности ритма дефекации и исследование уровня полипрагмазии (прием 5 и более лекарственных средств) с помощью специально разработанных опросников с учетом уровня качества жизни.

Обследованы 30 пациентов (15 женщин и 15 мужчин в возрасте до и после 60 лет), находившихся на стационарном лечении по поводу метаболического синдрома в кардиологическом отделении клиники Института Экспериментальной Медицины (Санкт-Петербург).

Результаты и обсуждение. Установлено, что нерегулярная дефекация (НД) имела место у большинства обследованных пациентов, у 19 из 30 лиц (у 63% больных). Среди лиц с регулярной дефекацией (РД) было 6 мужчин и 5 женщин. Среди лиц с НД было 9 мужчин и 10 женщин. Число лиц до 60 лет и после 60 лет среди пациентов с РД составляло 4 к 7, а среди больных с НД – 5 к 14. Следовательно, склонность к НД является возрастзависимым явлением, и после 60 лет риск возникновения НД повышается существенно – почти в 2 раза.

У пациентов с РД «Отличное» качество жизни встречалось в 55% случаев. Среди пациентов с

НД «Отличное» качество жизни встречалось в 10% случаев. Следовательно, вероятность «Отличного» качества жизни у пациентов с РД была в 5 раз выше, чем у больных с НД.

По 1-2 лекарства принимали 27% пациентов с РД и лишь 5% субъектов с НД. Следовательно, вероятность приема минимального количества лекарств у пациентов с РД была почти в 5 раз выше, чем у больных с НД.

По 5 и более лекарств принимали 9% пациентов с РД и 58% больных с НД. Следовательно, риск полипрагмазии у больных с НД был почти в 6 раз выше, чем у пациентов с РД.

Выводы. 1. Нарушение циркадианного ритма дефекации выявлено у 63% больных. 2. «Отличное» качество жизни у лиц с регулярной (ежедневной) дефекацией встречалось в 5 раз чаще, чем у больных с нерегулярной дефекацией. 3. У лиц с регулярной дефекацией потребность в минимуме (1-2) лекарств встречалось в 5,5 раза чаще, чем у больных с нерегулярной дефекацией. 4. Риск полипрагмазии у больных с нерегулярной дефекацией был почти в 6 раз выше, чем среди больных с регулярной дефекацией.

ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ МЕЖДУ МАССОЙ ТЕЛА, СОСТАВОМ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПЕРОРАЛЬНЫХ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ?

Широкова Л.Ю., Горохова В.А.,
Широкова К.Ю., Шепелева Л.С.
Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль

Цель. Проспективно проследить гипотетическую связь между эффективностью применения хондропротекторов в виде пероральных гликозаминогликанов (ПГГ) и составом кишечной микробиоты у больных остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС) с различным индексом массы тела (ИМТ).

Материала и методы. Обследовано 40 пациентов с ОА КС, из которых сформировано 4 группы: с нормальной или избыточной массой тела с положительной оценкой предшествующего лечения ПГГ; с нормальной или избыточной массой тела, не давших положительной оценки на прием ПГГ. Критерии включения: пациенты с ОА КС 2-3 рентгенологиче-

ской стадии; прием ПГГ на протяжении последних 2-х лет; последний 12-ти недельный курсовой прием ПГГ как минимум за 6 месяцев до включения в исследование. Критерии исключения: возраст старше 70 лет; наличие сопутствующей патологии ЖКТ, за исключением функциональной диспепсии. Разработана карта статистического опроса пациентов с оценкой ИМТ, наличия желудочно-кишечной диспепсии, клиники суставного синдрома, включая визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Микробиологическое исследование включало оценку количества отдельных представителей микрофлоры кишечника в КОЕ/г испражнений. Рассчитан индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ) по клиническому анализу крови как маркер системного воспаления. За уровень статистической значимости принимали значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных ОА КС с нормальной массой тела состав кишечной микрофлоры в группах с наличием или отсутствием положительного эффекта от применения ПГГ был совершенно одинаков. У больных ОА КС с избыточной массой тела, относящихся к метаболическому фенотипу ОА и положительным эффектом на прием ПГГ, обнаружено: более низкий уровень бифидобактерий (7 против 10, $p = 0,0001$), повышение содержания стафилококков (3,5 против 0, $p = 0,028$), повышение содержания лактозопродуцирующих кишечных палочек (3 против 0, $p = 0,0005$). При метаболическом фенотипе ОА выраженность диспепсии была в 70% случаев против 30% при посттравматическом ОА с нормальной массой тела и низким ответом на прием ПГГ ($p < 0,05$). Индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам в этих группах не отличался от нормы ($2,47 \pm 0,65$ у.е.), но имел разную тенденцию к изменению и был больше в группе с метаболическим ОА ($2,84 \pm 0,58$ у.е. против $2,01 \pm 0,54$ у.е.). Пациенты с метаболическим фенотипом ОА отмечали лучший эффект от приема ПГГ: уменьшение суставной боли по ВАШ на 43,1% против пациентов с посттравматическим фенотипом ($-6,25\%$, $p < 0,05$).

Выводы. Выявлены значимые изменения качественного и количественного состава кишечной микрофлоры у пациентов в зависимости от клинического фенотипа ОА. Более высокий показатель ИСНЛ в группе с метаболическим ОА, возможно, является показателем, отражающим наличие неспецифического субклинического воспаления. При назначении ПГГ необходимо учитывать клинические фенотипы ОА. Противовоспалительный эффект симптоматических препаратов замедленного действия в виде ПГГ у больных ОА КС с ожирением может реализовываться через воздействие на кишечную микробиоту, что нуждается в дальнейшем изучении.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Многочисленные исследования подтвердили наличие тесных взаимосвязей между ожирением, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушениями толерантности к глюкозе и ИБС. Сегодня ожирение рассматривается, как фактор риска всех вышеперечисленных заболеваний. Развитию метаболических нарушений способствуют как немодифицируемые (генетические, демографические – пол, возраст), так и модифицируемые (употребление большого количества жирной пищи, гиперкалорийное, обогащенное жирами и легкоусвояемыми углеводами питание, дефицит пищевых антиоксидантов, гиподинамия-гипокinezия, стрессы, алкоголь, курение) факторы риска. Тесно связаны с формированием метаболического синдрома (МС) количество и эндокринная активность висцерального жира. Ориентировочным скрининговым показателем висцерального ожирения служит окружность талии. В последние годы понятие «МС» все время расширяется. В него теперь включают не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, микроальбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазного ответа, активности ингибиторов активатора плазминогена, гиперандрогенизм и аномалии продукции некоторых регуляторных пептидов адипоцитарного происхождения (липокинов), а также дисфункцию эндотелия со снижением продукции окиси азота (NO). Гиперурикемия довольно часто ассоциирована с нарушениями толерантности к глюкозе, дислипидемией и гипертензией у больных абдоминальным ожирением и в последние годы рассматривается в качестве составляющей синдрома инсулинорезистентности. Прогрессирование развития МС приводит к ускоренному развитию атеросклероза и его клинических проявлений. Наверное, нет ни одного из известных механизмов развития атеросклероза, который не был бы выявлен у больных абдоминальным ожирением и гиперинсулинемией. Вызывая существенные количественные и качественные изменения липопротеиновых молекул,

гиперинсулинемия индуцирует атерогенные изменения липидного спектра крови. Она способствует повышению чувствительности, а возможно, и количества рецепторов для ЛПНП на клеточных мембранах стенки артерии, приводя тем самым к ускоренному транспорту избытка холестерина в сосудистую стенку. Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным состояниям. Отмечается значительная активация симпатической нервной системы при левополушарных ишемических очагах у пациентов, страдающих МС, характеризующаяся повышением АД в дневное время, недостаточным снижением его ночью, наличием экстрасистолий и отсутствием замедлений QT интервала. Оценка прогнозов таких пациентов осложняется наличием метаболической кардиомиопатии, возникающей на фоне метаболического синдрома, регистрируемого более чем у 70% пациентов с ОНМК по ишемическому типу, что требует дальнейшего изучения взаимовлияния данных нозологий. Метаболические нарушения также имеют значимое влияние в кардио-ренальных взаимоотношениях, как в провоцировании, так и в прогрессировании течения заболеваний. Актуальность изучения проблемы метаболических нарушений и связанных с ними заболеваний в современной медицине объясняется, прежде всего, их большим медико-социальным значением.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шолкова М.В., Доценко Э.А., Захарова А.Г.

Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-КоА-редуктазы (статины) являются препаратами выбора для лечения дислипидемии и атеросклероза. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) имеет высокую коморбидность с сердечно-сосудистыми заболеваниями, однако особенности эффективности и безопасности статинов у пациентов с ХОБЛ требуют уточнения.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности аторвастатина при применении у пациентов с ХОБЛ и гиперлипидемией.

Материал и методы. 75 пациента с ХОБЛ в сочетании с гиперлипидемией были случайным образом разделены на 2 группы. В группе 1 (группа вмешательства, n=30) в дополнение к стандартной терапии ХОБЛ назначался аторвастатин в дозе 20 мг в сутки. В группе 2 (группа сравнения, n=45) пациенты получали только стандартное лечение. Наблюдение над пациентами велось на протяжении 24 недель. В сроки 4, 12, 24 недели оценивали уровни липидов, трансаминаз, мониторировали нежелательные явления.

Результаты. Аторвастатин при применении у пациентов с ХОБЛ снизил уровень общего холестерина на 26%: с 6,2 ммоль/л до 4,6 ммоль/л, $p=0,036$; холестерина липопротеинов низкой плотности на 29%: с 3,5 ммоль/л до 2,5 ммоль/л, $p=0,039$; триглицеридов на 41%: с 1,7 ммоль/л до 1,0 ммоль/л, $p=0,027$. В группе сравнения существенного изменения уровня липидов не наблюдалось.

Наиболее частым нежелательным явлением при приеме аторвастатина была миалгия (13%, n=4) и нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в правом подреберье, запоры (7%, n=2). Повышение уровня трансаминаз было выявлено в 13% случаев, однако ни у одного пациента за 24 недели приема аторвастатина трансаминазы не превысили уровня трех норм. Частота отказа от дальнейшего приема препарата в связи с развитием нежелательных явлений составила 10% (n=3).

Заключение. Эффективность и безопасность применения аторвастатина у пациентов с ХОБЛ сравнима с эффективностью и безопасностью препарата у пациентов без респираторной патологии.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ АММИАКА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Измерить и оценить уровень аммиака крови у больных целиакией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 больных целиакией, из них женщин было 15 человек (75%), мужчин – 5 человек (25%). Средний возраст пациентов составил $38,2 \pm 4,8$ лет. Диагноз был верифицирован в соответствии с Всероссийским консенсусом по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых 2016 года. Определение уровня аммиака крови проводилось при помощи

анализатора «PocketChem™ ВА РА-4140» с референтным интервалом 40 – 64 ммоль/л.

Результаты и обсуждение. По данным исследования самый низкий уровень аммиака крови больных составил 41 ммоль/л, что соответствует интервалу нормальных значений. Максимальное значение уровня аммиака крови – 155 ммоль/л. Среднее значение показателя составило $76,6 \pm 9,8$ ммоль/л, что превышало верхнюю границу нормы на 19,68%. Гипераммониемия была выявлена у 12-ти пациентов (60%).

Выводы. Определение аммиака у больных целиакией выявило гипераммониемию у 60% обследованных, что может быть связано с несбалансированностью рациона больных по белкам, жирам, углеводам, микронутриентам и витаминному составу.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить адаптационные возможности больных целиакией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 22 больных целиакией, из них женщин было 15 человек (68,2%), мужчин – 7 человек (31,8%). Средний возраст пациентов составил $36,4 \pm 3,4$ лет. Для определения адаптационных возможностей и функционального состояния организма исследуемых был использован показатель – адаптационный потенциал (АП) системы кровообращения, рассчитанный по формуле Р. М. Баевского. Для количественной оценки энергопотенциала, косвенно отражающего потребление кислорода, был рассчитан индекс Робинсона (ИР) в состоянии покоя.

Результаты и обсуждение. По данным исследования среднее значение показателя АП составило $2,12 \pm 0,1$, что говорит об удовлетворительной адаптации системы кровообращения. Среднее значение ИР составило $81,06 \pm 3,3$, что соответствует хорошему состоянию функциональных резервов сердечно-сосудистой системы организма.

Выводы. Таким образом, больные целиакией имеют удовлетворительный АП системы кровообращения и хорошее состояние функциональных резервов сердечно-сосудистой системы организма, а значит, их адаптационные возможности не нарушены.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ГИПОКСИИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить устойчивость к гипоксии у больных целиакией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 22 больных целиакией, из них женщин было 15 человек (68,2%), мужчин – 7 человек (31,8%). Средний возраст пациентов составил $36,4 \pm 3,4$ лет. Для определения устойчивости к недостатку кислорода были использованы: проба Штанге (задержка дыхания на вдохе) и проба Генчи (задержка дыхания на выдохе). Проба с задержкой дыхания позволяет оценить кислородное обеспечение организма и функциональные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Результаты и обсуждение. По данным исследования среднее значение пробы Штанге составило $61 \pm 6,5$ сек., что является отличным результатом. Среднее значение пробы Генчи составило $39,5 \pm 2,5$ сек., что соответствует хорошему результату.

Выводы. Таким образом, больные целиакией в среднем имеют отличные результаты по пробе с задержкой дыхания на вдохе и хорошие результаты по пробе с задержкой дыхания на выдохе. Следовательно, резистентность к гипоксии у больных целиакией не нарушена, общее состояние кислородобеспечивающих систем организма в пределах нормы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ВИЛДАГЛИПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА rs7903146 ГЕНА TCF7L2

Шорохова П.Б.¹, Баранов В.Л.¹,
Ворохобина Н.В.¹, Лебедева Ю.И.²

¹Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И.И. Мечникова,

²Городская поликлиника №94,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение влияния полиморфизма rs7903146 C>T гена TCF7L2 на терапевтический эффект вилдаглиптина у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. В проспективное исследование продолжительностью 3 месяца было включено 48 пациентов с СД2, имеющих показания и не имеющих противопоказаний к назначению вилдаглиптина. Из 48 пациентов женщин – 30 (62,5%), мужчин – 18 (37,5%). При включении в исследование медиана возраста пациентов составила 59 [55;62] лет; индекс массы тела (ИМТ) $30,6 [28,5;32,4]$ кг/м²; уровень гликемии натощак $8,4 [7,7;9,2]$ ммоль/л; постпрандиальная гликемия $10,3 [9,5;11,5]$ ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина $7,25 [6,80;8,60]$ %. После верификации диагноза СД 2 всем пациентам были назначены диета №9 и вилдаглиптин в дозе 50 мг 1 раз в день утром. При обследовании пациентов через 3 месяца после начала лечения рассчитывали ИМТ, определяли уровни тощачковой и постпрандиальной гликемии, гликированного гемоглобина. При необходимости по результатам обследования проводилась коррекция сахароснижающей терапии: увеличение дозы препарата, назначение комбинации сахароснижающих средств. Выполнялось генотипирование пациентов с использованием набора реагентов для определения полиморфизма C>T rs7903146 гена TCF7L2 (Синтол, Россия) методом ПЦР в режиме реального времени. Статистический анализ проводился при помощи программного пакета Statistica 10,0 (StatSoft, США) с применением непараметрических критериев (критерий Вилкоксона для связанных показателей, критерий Манна – Уитни, точный метод Фишера).

Результаты и обсуждение. В соответствии с результатами молекулярно-генетического обследования были выделены 2 группы пациентов: с диким типом гена (СС-генотип) – 28 человек и носители полиморфного аллеля Т (СТ- и ТТ-генотип) – 20 человек. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Через 3 месяца терапии в обеих группах статистически значимо снизился уровень глюкозы крови натощак, постпрандиально, уровень гликированного гемоглобина и ИМТ ($p < 0,05$). Однако, в связи с сохраняющейся гипергликемией потребовалось увеличение дозы вилдаглиптина до 100 мг в сутки у 3 пациентов в группе с диким типом гена TCF7L2 и у 15 пациентов в группе с полиморфным вариантом гена TCF7L2, что составило 10,7% и 75% соответственно ($p < 0,001$). Комбинация сахароснижающих средств была назначена 1 пациенту из каждой группы. При этом целевого уровня гликированного гемоглобина в группе пациентов с СС-генотипом достигло 27 (96,4%) пациентов, а в группе носителей полиморфного аллеля Т в гомо- или гетерозиготном состоянии только 9 (45%) пациентов ($p < 0,001$).

Выводы. Пациенты с генотипом СС по полиморфному локусу rs7903146 гена TCF7L2 более восприимчивы к терапии вилдаглиптином, чем носители мутантного аллеля Т в гомо- или гетерозиготном состоянии. Результаты фармакогенетического тестирования у больных с впервые выявленным

СД2 могут позволить прогнозировать оптимальный терапевтический ответ на сахароснижающую терапию при применении вилдаглиптина в зависимости от полиморфизма гена TCF7L2.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА НЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шрамко В.С.¹, Полонская Я.В.¹, Каштанова Е.В.¹,
Морозов С.В.², Чернявский А.В.³, Рагино Ю.И.¹

¹Научно-исследовательский институт
терапии и профилактической медицины – филиал
Федерального исследовательского центра
«Институт цитологии и генетики»

Сибирского отделения Российской академии наук,

²Новосибирский институт органической химии
имени Н.Н. Ворожцова

Сибирского отделения Российской академии наук,

³Национальный медицинский исследовательский
центр имени академика Е.Н. Мешалкина,
г. Новосибирск

Цель. Изучить состав мононенасыщенных и полиненасыщенных жирных кислот в крови у мужчин с коронарным атеросклерозом и хронической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование были включены 42 мужчин сопоставимых по возрасту. Первую (I) группу пациентов составили 14 мужчин с коронароангиографически верифицированным коронарным атеросклерозом (КА). Во II группу вошли 14 больных с КА, у которых в анамнезе установлен диагноз – хроническая ишемия нижних конечностей (ХИНК). Группу контроля составили 14 относительно здоровых мужчин. В сыворотке крови изучали 10 ненасыщенных жирных кислот (ННЖК). Три мононенасыщенных (МНЖК): пальмитолеиновая (С 16:1), олеиновая (С 18:1) и октадеценовая (С 18:1); и семь полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК): линолевая (С 18:2, ω -6), α -линоленовая (С 18:3, ω -3), эйкозатриеновая (С20:3, ω -6), эйкозопентаеновая (С 20:5, ω -3), докозапентаеновая (С 22:5, ω -3), докозагексаеновая (С22:6, ω -3) и арахидоновая (С 20:4, ω -6). Их содержание оценивали методом высокоэффективной газожидкостной хроматографии.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ показал статистически достоверное повышение МНЖК в группах пациентов с КА. В сыворотке крови мужчин I группы содержание пальмитолеиновой кислоты увеличилось на 66%, а олеиновой – на 46% ($p < 0,01$), чем в группе контроля. Во II группе концен-

трация пальмитолеиновой кислоты выросла на 25%, а олеиновой – на 8% ($p < 0,01$). Несмотря на достоверное отличие от контроля, между I и II группами отличий не было. При изучении содержания ПНЖК было выявлено достоверное уменьшение как в I группе, так и во II группе пациентов, по сравнению с группой контроля. Концентрация докозапентаеновой кислоты у пациентов I группы была ниже на 13%, а во II группе – на 55% ($p < 0,01$). Содержание докозагексаеновой кислоты снизилось на 8% ($p < 0,05$) – в I группе, на 54% – во II группе ($p < 0,01$). Достоверное снижение ω -6 ПНЖК, обусловлено за счет арахидоновой кислоты на 21% в I группе и на 61% во II группе ($p < 0,01$), а также за счет линолевой кислоты на 15% и 39%, соответственно ($p < 0,01$). Несмотря на то, что содержание α -линоленовой кислоты было снижено более чем в 2 раза, статистической значимости от величин в группе контроля не выявлено. Содержание арахидоновой кислоты в I группе достоверно было выше в 2 раза, по сравнению со II группой, линолевой кислоты – в 1,4 раза, докозапентаеновой – в 1,8 раза ($p < 0,05$), а α -линоленовой – в 1,9 раза ($p < 0,01$).

Выводы. Повышенное содержание в сыворотке крови мононенасыщенных жирных кислот, сочетаемое со значительным снижением полиненасыщенных жирных кислот носят выраженный потенциально атерогенный характер. Различия в составе жирных кислот, установленные в группах с коронарным атеросклерозом, вероятно, могут обуславливать возникновение нарушений кровообращения в нижних конечностях.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА У ГРАЖДАН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Шуленин К.С., Воронин С.В., Черкашин Д.В.,
Ефимов С.В., Гончарук Р.Н.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические и электрокардиографические особенности проявления синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) у граждан Санкт-Петербурга призывного возраста признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материал и методы. На первом этапе исследования были проанализированы протоколы заседаний военно-врачебной комиссии военного комиссариата Санкт-Петербурга за осенний призыв 2016 года и сформирована база данных призывников с синдромом

WPW. Вариант синдрома предвозбуждения желудочков сердца по типу CLC в исследовании не учитывался. В дальнейшем были подробно изучены медицинские документы призывников с синдромом WPW в районных филиалах военного комиссариата Санкт-Петербурга. На заключительном этапе проведено заполнение формализованного протокола обследования пациента с синдромом WPW и сформирована электронная база данных. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica10.0 for Windows» с учетом существующих требований к анализу медико-биологических исследований.

Результаты и обсуждение. Всего за осенний призыв 2016 года в Санкт-Петербурге синдром WPW был выявлен у 107 (0,56%) призывников (средний возраст 18,6±1,3 лет). В 36 (33,6%) случаях пароксизмов суправентрикулярной тахикардии (СВТ) не отмечалось («феномен WPW»). В связи с невозможностью оценить наличие всех критериев вовлечения костной системы и кожи, дифференциальная диагностика диспластических фенотипов была затруднена. Учитывались лишь признаки повышенной диспластической стигматизации (астенический тип конституции, пониженное питание, сколиоз, плоскостопие и миопия). Именно на основании этих критериев и была сформирована группа, куда вошли 35 (32,7%) призывников. Группу контроля составил 71 (67,3%) призывник с синдромом WPW без повышенной диспластической стигматизации.

Выводы. Установлено, что клиническое течение синдрома WPW при наличии «диспластического фенотипа» характеризуются меньшим числом бессимптомного течения (0,0% и 16,7%, $p < 0,05$), достоверным снижением частоты пароксизмальных СВТ (63,1% и 81,5%, $p > 0,05$), и высокой частотой вегетативно-сосудистых расстройств (82,8% и 15,4%, $p < 0,05$) по сравнению с лицами без повышенной диспластической стигматизации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шульга М.А.¹, Панина О.А.², Леднёв С.А.²

¹Областная детская клиническая больница №1,

²Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания – это одна из серьезных проблем мировой медицины. В настоящее время высокую заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) на

мировом уровне описывают исходя из «концепции о факторах риска». Меры, направленные на улучшение качества профилактической помощи, могут существенно снизить смертность от ССЗ. К сожалению, ситуация в этой области не очень оптимистична и пациенты с риском сердечно-сосудистых заболеваний часто не получают адекватную профилактическую помощь.

Цель исследования. Исследовать распространенность основных факторов риска (ФР) ССЗ у обучающихся ВГМУ и у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Метод анонимного анкетирования с применением опросника и госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Обследовано 194 человека (164 студента и 30 больных с ИБС).

Результаты и обсуждение. Из 43 студентов первого курса обнаружено 30 чел. (69,7%) с наличием ФР ССЗ. Из студентов шестого курса – 70 человек (57%) имеют ФР. Среди них: курят – 47%. Среднее количество сигарет за один день составляет 4,2±1,1. Общий срок курения у большей части студентов 2,1±0,9 года. Избыточная масса тела (индекс массы тела >25) зарегистрирована у 15% юношей и 39% девушек. 89% опрошенных студентов свой режим питания трактуют как нерегулярный и только 20% из них обращают внимание на состав блюд, жирность, калорийность, содержание углеводов. Среди студентов контролируют артериальное давление (АД) 33%, из них у 8% юношей и у 43% девушек случаются эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст. Причем у 90% студентов с ФР близкие родственники имеют гипертоническую болезнь (ГБ). Регулярно потребляют спиртные напитки – 73%, при этом впервые попробовали в возрасте 14,1±1,2 лет. Наиболее часто употребляют коньяк и пиво.

У больных с ИБС (25 мужчин, 5 женщин, средний возраст 65,8±3,5 лет) курят 18%, бросили – 39%. Стаж курения – более 15 лет, выкуривают 14±1,7 сигарет за один день. Питание регулярное у 93%. Обращают внимание на качество блюд, жирность, калорийность, количество углеводов в продуктах – 93%. У 86% выявлен избыточный вес. Спиртные напитки принимают регулярно 78%. Средний возраст первого знакомства с ними – 18±1,9 лет. ГБ страдают 73%.

Данные анализа госпитальной шкалы уровня тревоги и/или депрессии выявили, что из 30 студентов первого курса с выявленными ФР субклинически выраженная тревога отмечена у 78%, из 70 студентов 6 курса – у 39%. Субклинически выраженная депрессия – у 33% студентов первого курса и у 43% – шестого курса. У больных ИБС субклинически выраженная тревога обнаружена у 77%, субклинически выраженная депрессия – у 43%.

Выводы. 1. У студентов выявлен высокий уровень ФР. 2. По сравнению с больными ИБС у них отмечено раннее начало употребления алкогольных напитков. 3. Студенты питаются нерегулярно. Больные ИБС более тщательно подходят к выбору продуктов и под контролем врачей. 4. За показателями АД студенты следят редко. Больные ИБС мониторинг АД проводят регулярно. 5. Высокие показатели тревоги и депрессии выявлены у первокурсников и больных ИБС. 6. Таким образом, можно предположить, что у лиц в молодом возрасте высокий уровень риска ССЗ и осложнений в более старшем возрасте. Это доказывает необходимость усиления пропаганды здорового образа жизни среди студентов. 7. В целях усиления мотивации людей в отношении выбора и поддержания здоровых форм поведения необходима политика в области здравоохранения, обеспечивающая создание благоприятной среды для возможности здорового выбора.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Щербаков Г.И.

Орехово-Зуевская центральная городская больница,
г. Орехово-Зуево

Остеопороз – хроническое метаболическое заболевание скелета с прогрессирующим уменьшением костной массы за счет преобладания процессов костной резорбции и/или уменьшения костеобразования, что приводит к нарушению микроархитектоники кости, снижению ее прочности и развитию переломов.

По мнению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, остеопороз сегодня – одно из наиболее распространенных заболеваний, которое наряду с инфарктом миокарда, инсультом, раком и внезапной смертью занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения. Остеопороз имеет важное социально-экономическое значение в популяции.

Цель исследования. Провести скрининг на определение остеопороза у женщин в постменопаузальном периоде, оценить эффективность получающейся терапии.

Материалы и методы. В 2017-2018 гг. обследовано 356 женщин в возрасте от 50 до 69 лет (средний возраст 64,7±5,1). Диагноз остеопороза верифицировался при определении минеральной плотности костной ткани на аппарате SONO ST 3000. Объектом исследования являлась пяточная кость, поскольку: она имеет высокую прогностическую чувствительность к переломам поясничных позвонков и шейки бедра. У 107 женщин в постменопаузе определялась нормаль-

ная плотность костной ткани или умеренная остеопения (Т-критерий до -2SD), у 249 женщин определялся остеопороз (Т-критерий ≤ -2,5SD). Всем женщинам проведено исследование общего кальция крови и 25(ОН)D. Результаты содержания 25(ОН)D интерпретировались следующим образом: <10нг/мл – выраженный дефицит; <20 – дефицит; 20-30 – недостаточность; 30-100 – адекватный уровень (целевые значения при коррекции дефицита витамина D – 30-60). Референтные значения содержания общего кальция крови: для возрастной группы 50-69 лет: 2,2-2,55 ммоль/л.

Результаты и обсуждение. Практически у всех обследованных пациентов выявлены нарушения обмена витамина D. При этом содержание общего кальция в сыворотке было снижено только у 23(6,5%) пациентов, с недостаточностью 25(ОН)D, у остальных соответствовало нормальным значениям. Пациентам, у которых была выявлена остеопения и недостаточность витамина D, в качестве профилактики остеопороза был назначен активный витамин D3 (Альфакальцидол). Известно, что при низком уровне D3 прием препаратов кальция неэффективен. Пациентам, у которых выявлен остеопороз сопровождался назначением Альфакальцидола 0,25мкг + Кальция карбоната 500,00 мг (Альфадол-Са) и назначением алендроновой кислоты (Фороза). Прием любого бисфосфоната, должен сопровождаться поступлением адекватного количества кальция. На проводимую терапию зарегистрировано 18(7,2%) переломов лучевой кости в типичном месте, 3(1,2%) перелома шейки бедра, 1(0,4%) компрессионный перелом на уровне L2-L4 позвонков.

Выводы. В современных условиях необходимо проводить профилактическую работу по обеспечению сохранения физической активности и соблюдению диеты, богатой кальцием. Важно раннее выявление нарушений минерализации костной ткани, своевременное назначение терапии. Эти мероприятия могут создать благоприятные условия для снижения общего уровня патологии со стороны костно-мышечной системы.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ ЖАЛОБАМИ

Эмануэль Ю.В., Рузанова О.С., Марокова П.Г.
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Нарушения высших мозговых или когнитивных функций выступают предметом внимания

врачей многих специальностей. Вероятность их развития во многом зависит от возрастных групп. Например, в возрастной группе 55-65 лет когнитивное снижение выявляется в среднем у пятнадцати человек из ста.

Как известно, в среднем у 10-15% пациентов с так называемыми додементными когнитивными расстройствами в течение года развиваются признаки деменции. При этом для пожилых людей с неизменными высшими мозговыми функциями этот показатель составляет 1-2%. Причем он существенно ухудшается с течением времени: за 5 лет у группы с когнитивными нарушениями деменция разовьется уже в 42% случаев, без этих нарушений – лишь в семи.

Для объективизации когнитивных нарушений предпочтительно использовать стандартизованные нейропсихологические тесты и шкалы, но допустимы и другие количественные оценки. Однако у людей с высоким интеллектом, особенно связанных с творческой профессиональной деятельностью, эти методы зачастую вызывают улыбку. В данном случае речь идет о субъективном когнитивном дефиците. При этом врач, используя специальные опросники и тесты, не выявляет проблемы, а пациент жалуется на снижение памяти, нарушение концентрации внимания, трудности в освоении нового и т.д. На наш взгляд, подобная ситуация не должна остаться без внимания, поскольку обуславливает снижение качества жизни пациента.

Одним из главных факторов риска развития нарушений высших мозговых функций выступает возраст. В этой связи проблема определения биологического возраста человека занимает умы многих ученых. На наш взгляд, совершенно неправомерно объяснять пациенту от 60 лет и старше, что его трудности связаны лишь с его возрастом, а сам процесс не только необратим, но и не может быть стабилизирован. Таким образом, пациент или вынужден приспособливаться к более низкому качеству жизни, или у него развивается депрессия, что еще больше усугубляет ситуацию.

Прежде чем начинать терапию когнитивного расстройства, целесообразно провести лабораторно-инструментальные исследования для индивидуализации терапии. Прежде всего, необходима коррекция артериального давления, уровня глюкозы в крови, дислипидемии, функции щитовидной железы (в том числе, нужно помнить про стероид-реагирующую энцефалопатию, связанную с аутоиммунным тиреоидитом), массы тела. Следует учитывать возможность наличия опухолевого процесса или посттравматических изменений, особенно в пожилом возрасте. Необходимо также исключить уре-

мическую и печеночную энцефалопатию. Другой причиной может быть наличие нейроинфекции. Так, существует мнение о роли вируса герпеса 6а и 7 типов в развитии болезни Альцгеймера. Дефицит витамина В12, фолиевой кислоты, витамина Д3, увеличение уровня гомоцистеина должны быть исключены или скорректированы. Более редкими причинами могут быть васкулиты и антифосфолипидный синдром. Следует помнить и о астено-депрессивных проявлениях.

Таким образом, пациенты с когнитивными жалобами представляют собой разнородную группу по коморбидности проявлений и требуют индивидуализированных подходов лечения. При этом врачу общей практики и терапевту необходимо обращать внимание на неярко выраженный когнитивный дефицит.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРОТЕКАНИЯ У НИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Юдин В.А., Один В.И., Кувшинников А.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение количественных соотношений проявлений психологических, поведенческих качеств и основных клинико-лабораторных данных у больных РА в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. В период с октября по декабрь 2018 года было обследовано 40 пациентов с диагнозом «ревматоидный артрит» (РА), находившихся на стационарном обследовании и лечении в клинике факультетской терапии им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и в городской клинической ревматологической больнице №25 (г. Санкт-Петербург). Для оценки психологического и поведенческого состояния больных с РА была применена концепция поведенческого фактора риска ИБС «тип А», предложенная профессором Военно-медицинской академии Положенцевым С.Д в 1990 г., адаптированная к отечественным условиям. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от продолжительности РА. В первую группу вошли пациенты с длительностью РА от 1 месяца до 1 года

($n=11$, средний возраст составил $60,0 \pm 12,4$ лет). Во второй группе – от 1 года до 10 лет ($n=15$, средний возраст – $60,5 \pm 12,0$ лет). В третьей группе больные страдали РА от 10 лет и более ($n=14$, средний возраст составил $61,9 \pm 9,4$).

Результаты и обсуждения. Было проведено пилотное исследование больных РА и проанализированы данные пациентов, разделенных по группам в соответствии с продолжительностью заболевания. При этом количество больных, среди обследованных лиц у которых был выявлен ПТА, составило 25% (10 чел.), ПТАБ – 10% (4 чел.), ПТБ – 65% (26 чел.).

Наиболее тесную корреляционную зависимость с продолжительностью РА из всех изученных иммунологических показателей продемонстрировал уровень ЦИК ($r=+0,886$ в первой группе и $r=+0,574$ в третьей группе соответственно, $p<0,05$). Среди гематологических показателей наибольшую корреляционную связь с продолжительностью РА в третьей группе имел уровень лейкоцитов ($r=+0,590$, при $p<0,05$). При изучении биохимических показателей крови у обследованных лиц уровень холестерина в крови имел прямую корреляционную зависимость с продолжительностью РА, так в третьей группе он составил: $r=+0,188$ ($p<0,05$). Также прямую корреляционную зависимость с продолжительностью РА продемонстрировал уровень фибриногена в крови ($r=+0,263$ и $r=+0,370$ во второй и третьей группах соответственно, $p<0,05$).

При оценке психологических и поведенческих особенностей наблюдавшихся больных была применена методика оценки девяти личностных качеств. Нами было получено, что выраженность большинства психологических и поведенческих качеств, имеющих наибольшее значение для формирования «Поведенческого фактора риска ИБС «тип А», увеличивалась при росте продолжительности РА. Показатели нетерпеливости, враждебности и соревновательности в третьей группе больных РА были достоверно выше, чем в первой группе обследованных ($p<0,05$).

Выводы. 1. В ходе исследования была установлена прямая корреляционная связь между продолжительностью РА и показателями активности воспаления, а также содержанием ХС в крови, особенно в группах пролонгированным стажем болезни. 2. При рассмотрении девяти основных психологических и поведенческих качеств, имеющих наибольшее значение для формирования «Поведенческого фактора риска ИБС «тип А», была отмечена прямая корреляционная связь между такими показателями как «нетерпеливость», «враждебность» и «соревновательность» и увеличением продолжительности РА.

ВКЛАД СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ФОРМИРОВАНИЕ СУБТИПА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Юдкина Н.Н., Волков А.В.,
Николаева Е.В., Курмуков И.А.
Научно-исследовательский институт
ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Определить характеристики, связанные с развитием ЛАГ при ССД.

Материал и методы. Для анализа признаков в исследование включен 51 пациент с достоверным диагнозом легочной артериальной гипертензии, ассоциированной с системной склеродермией (ЛАГ-ССД) и 65 больных ССД без ЛАГ. Всем пациентам выполнялись исследования по программе, соответствующей Российским рекомендациям по диагностике и лечению легочной гипертензии 2013 года. С целью верификации ЛАГ всем больным проводилась катетеризация правых отделов сердца и легочной артерии (КПОС). Диагноз ЛАГ считался достоверным при среднем давлении в легочной артерии ≥ 25 мм рт.ст., давлении заклинивания легочной артерии < 15 мм рт.ст. и легочном сосудистом сопротивлении > 3 единиц Вуда. Верификация диагноза ССД проводилась путем использования критериев ACR-EULAR 2013 года. Диагноз ССД считался достоверным при суммарной балльной оценке по всем критериям ≥ 9 . В анализ было включено 102 показателя из данных анамнеза, клинической картины ССД и ЛАГ, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования всех пациентов с ССД. В качестве статистического метода выделения характеристик ССД, ассоциированных с ЛАГ, использована одновариантная логистическая регрессия, с помощью которой рассчитано отношение шансов (ОШ) наступления события.

Результаты и обсуждение. По нашим данным, всего 14% больных находились под наблюдением ревматолога до манифестации ЛАГ. У 60% пациентов диагноз системного заболевания соединительной ткани заподозрен кардиологом или врачом иной терапевтической специальности после верификации ЛАГ. Нам удалось выявить 32 проявления ССД, высоко ассоциированных с развитием ЛАГ. Факторами, значительно повышающими риск возникновения ЛАГ при ССД стали следующие: положительные антицентромерные антитела (ОШ 15,2; 95% ДИ 5,4-42,9, $p<0,00001$), телеангиэктазии на коже (ОШ 13,7; 95% ДИ 3,8-41,3, $p<0,00001$), увеличение отношения форсированной жизненной емкости к диффузионной способности легких (ОШ 7,8; 95% ДИ 2,9-20,1, $p<0,00001$), сывороточный

уровень мочевой кислоты > 340 мкмоль/л (ОШ 7,7; 95% ДИ 3,3-18,2, $p < 0,00001$), длительность синдрома Рейно до вовлечения кожи > 14 месяцев (ОШ 3,8; 95% ДИ 1,7-8,5, $p < 0,0005$). Признаки, снижающие риск развития ЛАГ: диффузное индуративное поражение кожи (ОШ 0,2; 95% ДИ 0,1-0,4, $p < 0,00001$), контрактуры суставов (ОШ 0,2; 95% ДИ 0,1-0,5, $p < 0,00001$), склеродактилия (ОШ 0,2; 95% ДИ 0,1-0,4, $p < 0,00001$), поражение кожи в дебюте ССД (ОШ 0,1; 95% ДИ 0,05-0,4, $p < 0,00001$), позитивные антитела к топоизомеразе-1 (Sc1-70) (ОШ 0,046; 95% ДИ 0,01-0,2, $p < 0,00001$).

Выводы. ЛАГ-ССД – уникальный по своим характеристикам субтип, который сочетает проявления ССД и ЛАГ. Патогенетические механизмы развития ЛАГ и ССД оказывают взаимное влияние на течение этих состояний. Влияние специфичных для ССД антител, таких как антицентромерные и антитела к топоизомеразе-1, подтверждает гипотезу о роли аутоиммунных нарушений в развитии ЛАГ. Главными причинами поздней диагностики ЛАГ-ССД, по нашим данным, является отсутствие манифестного поражения кожи и крайняя скудность клинической картины ССД, зачастую незаметная для врача. Мы надеемся, что выделение признаков, характерных для ЛАГ-ССД, улучшит выявляемость таких случаев и приведет к своевременному назначению ЛАГ-специфической терапии, что отразится на снижении смертности пациентов и улучшит качество их жизни.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Якимович С.Е.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святого Луки,
г. Луганск, Украина

Цель исследования. Оценить и проанализировать динамику показателей редокс-системы глутатиона у больных хроническим вирусным гепатитом В в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом под влиянием комбинированного лечения с использованием современных препаратов ремаксола и гепатосана.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 пациента, возрастом от 20 до 59 лет, разделенных на две группы – основную (30 пациентов) и сопоставления (32 пациента), рандо-

мизированных по полу, возрасту, тяжести течения заболевания, которые в процессе обострения воспалительного процесса в гепатобиллиарной системе получали стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении.

Результаты и обсуждение. По результатам специального биохимического исследования установлены существенные изменения показателей редокс-системы глутатиона: снижение концентрации ВГ, повышение содержания ОГ, снижение коэффициента ВГ/ОГ, а также снижение активности ферментов глутатиона. Повторное исследование изученных показателей позволило установить, что у пациентов основной группы, которые в комплексе терапии дополнительно получали комбинацию современных препаратов ремаксол и гепатосан содержание ВГ составило $0,94 \pm 0,1$, $P < 0,01$, что в 1,6 раз превысило предыдущий показатель соответствует нижней границе нормы, а в группе сопоставления, которые получали только общепринятую терапию, изученный показатель в 0,7 раз ниже такового у пациентов основной группы и остается в 1,5 раз достоверно ниже нормы. Концентрация ОГ у больных основной группы составила $0,19 \pm 0,04$, что в 1,6 раз ниже данного показателя у пациентов основной группы, который в 2 раза остался выше нормы ($P < 0,01$). Соотношение ВГ/ОГ в основной группе повысилось в сравнении с исходным в 6 раз, а у пациентов группы сопоставления коэффициент ВГ/ОГ остается в 2 раза ниже нормального значения. Концентрация ГП у пациентов основной группы, которые дополнительно получали ремаксол и гепатосан, составила $152,6 \pm 6,4$ ГВ/хв•г Нб, что в 1,2 раза превышает данный показатель до лечения и соответствует верхней границы нормы. Концентрация ГП у пациентов группы сопоставления остается в 0,9 раз ниже показателя в норме ($P < 0,01$). Активность ГР также остается сниженной относительно нормы в 0,8 раза у пациентов группы сопоставления, тогда как в основной группе данный показатель практически соответствует нормальному значению. Активность ГТ составила в основной группе $131,4 \pm 6,6$ нмоль ГВ/хв•г Нб, что составило верхнюю границу нормы и в 1,4 раза превышает данное значение до лечения. А у пациентов группы сопоставления данный показатель остается достоверно ниже нормы в 0,84 раза.

Выводы. Нами установлено, что у пациентов группы сопоставления, которые не получали в комплексе лечения комбинацию современных препаратов ремаксол и гепатосан, остаются нарушения в системе глутатиона, связанные с повышенным потреблением во время нейтрализации свободных радикалов, образующихся вследствие активации липопероксидации.

РЕАЛИЗАЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Яковлева Е.В.

Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Продемонстрировать реализацию междисциплинарного взаимодействия на основе оценки динамики оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проводился анализ медицинской документации (эпикризы, медицинские амбулаторные карты) 127 пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи за два временных периода (2013 г. и 2018 г.). Группа 1 (2013 г.) включала 63 пациентов, группа 2 (2018 г.) – 64 пациентов. В исследование включались только пациенты с онкологическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Междисциплинарное взаимодействие является одним из важнейших принципов работы врачей амбулаторно-поликлинической службы, который требует оптимальной реализации при многочисленных патологических состояниях. И хроническая боль (онкологического и неонкологического генеза), рассматриваемая в современной клинической медицине в рамках биопсихосоциальной модели, является точкой приложения взаимодействия различных специалистов при несомненно ведущей роли врача-терапевта участкового или врача общей практики.

Группы пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями в терминальной стадии, были сопоставимы по полу и возрасту. Соотношение мужчин и женщин было одинаковым. В структуре онкопатологии преобладали следующие локализации: рак молочной железы, рак предстательной железы, рак прямой кишки, рак шейки матки. Основными проблемами в организации оказания паллиативной медицинской помощи в 2013 году были: несоблюдение временных интервалов по введению инъекционных препаратов средним медицинским персоналом поликлиник; нерешительность врачей терапевтов в отношении назначения наркотических лекарственных средств до консультации пациента врачом-терапевтом выездной патронажной службы.

Хроническую боль различной степени выраженности испытывали все пациенты как 1-ой, так и 2-ой группы. Фармакотерапия болевого синдрома была назначена 28 пациентам (44,44%) в 2013 году и

60 пациентам (93,75%) в 2018 году. В 2013 из 28 пациентов, которым была назначена терапия, чаще применялся морфин – 15 (53,57%), а трансдермальная терапевтическая система (ТТС) у 10 пациентов (35,71%). В 2018 году увеличилось использование ТТС – 32 пациента (53,33%), а также отмечено применение терапии на первой ступени лечения боли – 11 пациентов (18,33%). Также в 2018 году наблюдалось увеличение числа назначений наркотических лекарственных средств до консультации врачей выездной патронажной службы, уменьшение количества вызовов бригад скорой медицинской помощи с целью обезболивания – 7,81% в сравнении с 2013 годом – 23,43%. Активное применение адъювантных анальгетиков на различных ступенях лечения позволяло эффективно корректировать не только болевой синдром, но также психоэмоциональные и гастроэнтерологические нарушения.

Выводы. Анализ динамики оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению свидетельствует о совершенствовании в реализации комплексного подхода при коррекции основных симптомов, утяжеляющих состояние пациентов (своевременность и регулярность в купировании хронической боли, психоэмоциональных и гастроэнтерологических нарушений), что является как следствием разработки нормативно-правовой документации (в частности, клинического протокола лечения хронической боли онкологического генеза), так и активного внедрения учебных программ по паллиативной медицинской помощи на додипломном и последипломном этапах образования.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ И КОМОРБИДНОСТЬ

Яковлева Е.В., Дрошенко В.В.

Белорусский государственный
медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Осуществить анализ публикаций о возможных взаимосвязях хронической боли с коморбидной патологией.

Материалы и методы. Проведен анализ более 100 публикаций за 16-летний период (2003-2018 гг.), проиндексированных в англоязычной текстовой базе PubMed и посвященных различным аспектам взаимосвязи хронической боли и коморбидной патологии.

Результаты и обсуждение. Количество публикаций о хронической боли значительно возросло (более чем в 4 раза по данным PubMed) за последние 20 лет, что несомненно свидетельствует об актуаль-

ности данной проблемы для современной клинической медицины.

Достаточно хорошо изучено взаимное влияние хронической боли и депрессии, а также, связь боли с тревожными расстройствами и нарушениями сна. От 20 до 50% процентов пациентов с хронической, в том числе неонкологической, болью имеют депрессию. А среди лиц с депрессией до 65% пациентов страдают от хронической боли. Установлено, что наличие у пациентов депрессии увеличивает риск возникновения хронической боли в будущем. Достаточно часто при хронической боли депрессия остается недиагностированной. У пациентов с хронической болью генерализованное тревожное расстройство отмечается в 20% случаев, паническое расстройство – в 11%.

Хроническая боль ассоциирована с употреблением психоактивных веществ. Ряд исследователей рассматривают курение как фактор риска хронической боли, особенно боли в нижней части спины. Определена связь хронической боли с ожирением, в том числе и у детей. Ожирение может выступать фактором риска хронической боли.

Связь хронической боли с сердечно-сосудистой и респираторной патологией, а также с общей смертностью изучена недостаточно. Имеются данные о значительной ассоциации хронической боли и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, увеличенный риск существенно уменьшился после поправки на низкий уровень физической активности, высокий индекс массы тела, пищевые привычки, курение. Повышенный риск вполне объясним неблагоприятными факторами стиля жизни, что и может быть целью воздействия у данных пациентов.

Ряд исследований указывают на то, что хроническая боль может приводить как к эпизодическому повышению артериального давления, так и к формированию гипертензии. У пациентов с хронической болью сильной интенсивности установлена взаимосвязь с артериальной гипертензией даже после поправки на традиционные демографические факторы риска.

Имеются данные о взаимосвязи депрессии, сердечно-сосудистой патологии и хронической боли на основе не только социально-экономических факторов, но, возможно, и генетической предрасположенности. Наличие хотя бы одного из трех этих состояний увеличивает вероятность наличия двух других. Однако неясно, как комбинации этих состояний влияют на смертность.

Выводы. Необходимо дальнейшее изучение достоверного определения возможных причинно-следственных связей хронической боли с общей смертностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, депрессией, что будет способствовать выявлению конкретных точек воздействия в клинической практике.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ, ВЫЗВАННОЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ярушина Я.Н.¹, Колотова Г.Б.¹,
Руднов В.А.^{1,2}, Багин В.А.¹

¹Городская клиническая больница №40,

²Уральский государственный
медицинский университет,
г. Екатеринбург

Цель. Оценить клинико-лабораторные особенности течения Clostridium difficile инфекции (КДИ) у пациентов многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 131 истории болезни пациентов разных отделений многопрофильного стационара МАУ ГКБ №40, у которых на фоне проведения антибактериальной терапии развилась диарея. По результатам данных, полученных при исследовании копрофильтрата на Clostridium difficile, пациенты были разделены на 2 группы: 71 пациент с положительным результатом и 60 пациентов с отрицательным результатом. Сравнимые группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). В медицинской документации проанализированы клиническая картина, данные объективного осмотра пациентов и результаты лабораторных исследований.

Результаты и обсуждение. Показатели частоты стула и продолжительности диареи были достоверно больше у пациентов с КДИ, чем у больных с диареей не ассоциированной с Clostridium difficile. Медиана кратности дефекации у пациентов с Clostridium difficile составила 9,0 (7,0; 10,0) и в группе сравнения – 4,0 (3,0; 5,5), $p < 0,001$, а медиана длительности диареи составила 6,0 (5,0; 7,0) и 3,0 суток (3,0; 4,0) соответственно, $p < 0,001$. При физикальном обследовании у 56 больных (78,9%) с КДИ отмечалось повышение температуры до 37,5°C и более, что было достоверно чаще, чем у пациентов с диареей без Clostridium difficile – 10 человек (16,7%), $p < 0,001$. Такие характеристики как частота дыхательных движений, частота сердечных сокращений, уровень артериального давления, наличие болей в животе не показали достоверных различий у пациентов обеих групп, $p > 0,05$. При микроскопическом исследовании копрофильтрата у 87,3% больных с Clostridium difficile-ассоциированной диареей отмечалось присутствие большого количества лейкоцитов в поле зрения, в то же время у пациентов без КДИ в 83,3% случаев лейкоциты в поле зрения определялись в единичном количестве, $p < 0,001$. Из

лабораторных данных заслуживают внимания показатели общего анализа периферической крови. Медиана общего количества лейкоцитов в крови у пациентов с КДИ составила 11,2 (8,1;15,5) $\times 10^9$ /л, а у больных с неинфекционной диареей – 6,6 (5,5;9,1) $\times 10^9$ /л, $p < 0,001$. У лиц с КДИ лейкоцитоз характеризовался преимущественным увеличением содержания нейтрофилов. Медиана количества нейтрофилов среди пациентов в группе CD+ в сопоставлении с группой CD- составили 7,0 (5,2;10,1) $\times 10^9$ /л и 3,5 (2,2;4,2) $\times 10^9$ /л соответственно, $p < 0,001$. Статистически значимо в группе пациентов с КДИ был выше показатель СОЭ: медианы СОЭ в сопоставлении с группой сравнения составили 25,0 (18,7;37,8) мм/ч и 15,0 (8,0;25,0) мм/ч соответственно, $p = 0,002$.

Выводы. Клиническая картина КДИ характеризуется более частой кратностью и продолжительностью диареи, общевоспалительным синдромом в виде лихорадки, нейтрофильного лейкоцитоза в периферической крови и повышением СОЭ. В копрофильtrate у пациентов с КДИ отмечается наличие лейкоцитов в большом количестве.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Ярушина Я.Н.¹, Колотова Г.Б.¹,
Руднов В.А.^{1,2}, Багин В.А.¹

¹Городская клиническая больница №40,

²Уральский государственный
медицинский университет,

г. Екатеринбург

Цель. Описать клинический случай развития внутрибольничной антибиотикоассоциированной диареи, вызванной *Clostridium difficile*, у пациента терапевтического стационара.

Материалы и методы. Представлены данные истории болезни пациента Л., 35 лет находившегося на лечении в терапевтическом отделении МАУ ГКБ №40.

Результаты. Пациент Л., 35 лет поступил в клинику МАУ ГКБ №40 с жалобами на кашель с отхождением небольшого количества мокроты зеленого цвета, слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5°C. Стул 1 раз в сутки, оформленный без примесей.

По данным проведенных обследований установлен диагноз: Внебольничная нижнедолевая пневмония слева. ДН 0 ст.

Из анамнеза известно: в предшествующие 4 месяца прием антибактериальных препаратов отрицает. На стационарном лечении ранее не находилась. Сопутствующих заболеваний нет.

Больной был госпитализирован в отделении общей терапии. Начато лечение: в/в цефтриаксон по 2 гр., азитромицин по 500 мг 1 раз в сутки, ацетилцистеин 200 мг 3 раза в день.

На 4-е сутки стационарного лечения температура нормализовалась, кашель редкий сухой. На 7-е сутки антибактериальной терапии (АБТ) у пациента появился жидкий стул до 15 раз за сутки, без патологических примесей, повышение температуры тела до 37,2°C, болей в животе не было. При осмотре состояние пациента средней степени тяжести. Температура тела – 37,3°C. ЧД – 16 в минуту, SpO₂ – 98%. ЧСС – 76 уд/мин, АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 121 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, эозинофилы – 1% моноциты – 8%, лимфоциты – 19%, тромбоциты – 285×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/ч.

Экспресс-тест и ПЦР кала на токсин А и В *Cl. difficile* – обнаружены. Копрологическое исследование: неоформленный, жидкой консистенции, коричневого цвета, нейтральный жир небольшое количество, слизь ++, лейкоциты – в большом количестве в поле зрения.

Азитромицин был отменен. Терапия цефтриаксоном в дозе 2 грамма в сутки была продолжена сроком на 3 дня, с последующей отменой. Дополнительно проводилось лечение: метронидазол по 500 мг 3 раза в день 7 дней.

На 7 день лечения температура нормализовалась, стул – 1 раз в день, оформленный, без примесей. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $4,0 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 2%, эозинофилы – 1%, моноциты – 8%, лимфоциты – 6%, тромбоциты – 252×10^9 /л, СОЭ – 2 мм/ч. Экспресс-тест на токсин А и В *Cl. difficile* – не обнаружены. ПЦР кала на токсины А и В *Cl. difficile* – не обнаружены.

Рентгенография легких на 10 день госпитализации: инфильтративных теней не выявлено. Пациент был выписан из отделения на 14 сутки стационарного лечения без жалоб и в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Данный случай демонстрирует, что у пациентов, получающих АБТ при развитии диареи необходимо исключить *Cl. difficile* инфекцию, которая характеризуется гипертермией, нейтрофильным лейкоцитозом в периферической крови.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А	Б	
Абдулхамидова З. 76	Бабаева Е.Р. 25	Бусарова К.В. 174
Абдурашитова Д.И. 164	Бабакехян М.В. 26	Быканова М.А. 280
Абрамашвили И.Н. 3	Бабенко А.В. 151	Бязров М.Ш. 38, 134, 144, 177
Абрамов А.Л. 156	Бабенко Д.Б. 258	
Авдеева А.С. 3	Бабешко С.С. 28	В
Авдошина Д.Д. 4	Багин В.А. 297, 298	Вагнер Н.Е. 19
Аверкова А.О. 37	Бадальянц Д.А. 26	Вакуленко О.Н. 263
Агарков А.А. 274	Байбулатова Л.Р. 92	Валиева Т.А. 206
Азарова Ю.Э. 280	Бакиева Э.А. 92	Варданян Э.В. 39
Акжигитова Д.З. 5	Балбек А.Ф. 27	Василевская Л.А. 180
Алекберова З.С. 58, 59	Балясникова Н.А. 263	Василенко В.С. 153
Алекна В. 221	Баранова Е.И. 209	Васильева Е.А. 91
Алекперов Р.Т. 6	Баранов В.Л. 289	Васильева И.Н. 40, 176
Александров А.В. 6	Барбухатти К.О. 28	Васильева Л.В. 41
Александрова Л.А. 7	Барноева С.Б. 29	Васьков А.А. 130
Александров В.А. 6	Барышева О.Ю. 79, 238, 273	Введенская Е.С. 42, 191
Алексеева А.В. 8	Батюшин М.М. 138	Везикова Н.Н. 130, 165, 221, 238
Алексеева А.Д. 9	Бацунов О.К. 22	Вершинин А.А. 42
Алексеева Д.Ю. 9	Башкирова Е.С. 176	Вершинина Е.О. 43
Алексеева Е.С. 10	Белавина Е.А. 104	Вечкаева О.В. 44
Алексеева Л.И. 11, 12, 261	Белан Э.Б. 98	Винничук С.А. 203, 272
Алексеева О.Г. 13	Белова Е.А. 30, 179, 270, 271, 272	Виноградова И.Б. 11
Алексеева С.В. 14		Винокуров А.С. 45
Алексеева Э.П. 160	Белодедова А.С. 30	Вистерничан О.А. 258
Алексейчик С.Е. 14	Белокрылова Л.В. 150	Владимирова Л.Г. 18
Алиева К.К. 15	Белолипецкая Е.А. 263	Водопьянова Е.С. 259
Алиев Д.Б. 229	Белоусова Л.Н. 26, 257	Войтко М.С. 46, 284
Ананьева Л.П. 6, 49, 124, 125, 184, 185	Бельская М.И. 167	Войтко Т.А. 46
Ананьева Н.И. 152	Беляева И.Б. 263	Волков А.В. 13, 58, 294
Андралойть И.Е. 16	Беляева О.Д. 82, 209	Волкова М.С. 168
Аникина А.В. 17	Бердовская А.Н. 31	Волошинова Е.В. 47
Аникин С.Г. 11, 12	Беркович О.А. 82, 209	Воронин С.В. 290
Ансаров Х.Ш. 60	Бизяева Д.М. 32	Воропаева Л.С. 48
Антонова А.П. 89	Бобылева Т.А. 85	Ворохобина Н.В. 159, 289
Антонова И.Н. 18	Богданов А.Н. 32	
Антонюк М.В. 173	Богданов В.С. 19	Г
Аптикеева Н.В. 19, 20	Богодерова Л.А. 266	Гаджиев И.Г. 260
Апчел В.Я. 173	Бодаубай Р.Б. 258	Гайдукова И.З. 61, 260, 268, 269
Арефина М.В. 163	Бокерия Л.А. 196	Галкина О.В. 82
Аронова Е.С. 21, 22	Болдуева С.А. 33, 69, 86, 149, 201, 223, 259	Ганич Е.Г. 9
Арсентьева Н.А. 22	Бондарчук В.И. 34	Гапешин Р.А. 49
Артюхов А.С. 3	Бондарчук С.В. 35, 106	Гарзанова Л.А. 49, 124, 125, 184, 185
Артюхов И.П. 123	Боровицкий В.С. 35, 36	Гасанов М.З. 138
Архипова Л.В. 40	Бородина Г.Л. 46, 172	Гаспарян Э.Г. 246
Архипова С.В. 276	Бочкова Е.Н. 37	Гаулика В.О. 187
Арчакова Л.И. 62	Бражник В.А. 37, 169	Гаффарова А.С. 50, 200
Асфандиярова Н.С. 23	Бубнова Д.В. 168	Геворкян Р.К. 129
Атаджанов Ш. 154	Будневский А.В. 197	Герасимова Е.В. 51, 52
Африкьян О.А. 39	Буланьков Ю.И. 266	Герасимович О.В. 254
Ахвердян Ю.Р. 24, 109, 195, 210, 235	Бульгин М.А. 266	
Ахмедов Л.А. 112, 215	Бунтовская А.С. 122	
Ашурова Д.Т. 24	Бурак Е.А. 70	
	Бурдина Н.С. 41	

Гизингер О.А. 53, 54	Данилова О.И. 247	Жоголев Д.К. 93, 95, 208
Гладких Н.Н. 55	Дашинимаев Э.Б. 3	Жугрова Е.С. 157
Глухова С.И. 13, 101, 202	Дворецкий Л.И. 263	
Говоркова Е.П. 194	Дворовкин А.Э. 74	З
Говорова Т.Г. 56, 260	Дёмин Н.В. 80, 261	Заводовский Б.В. 24, 109,
Годлевская А.В. 152	Денисевич Т.Л. 245	195, 210, 235
Голдобин В.В. 57, 115, 186	Денисик Н.И. 70	Загарских Е.Ю. 212
Головкин В.И. 57	Деомидов Е.С. 160	Загородний Н.В. 12
Головкова-Кучерявая М.С. 112	Дергунова Г.Е. 75, 76	Загудаева Н.С. 90
Голоева Р.Г. 58, 59	Десинова О.В. 124, 125	Зазулина О.В. 66
Голубева А.М. 79	Джаббаров М.М. 154	Замятина О.В. 180
Голубева О.В. 138	Джанахмедова Ш.Н. 76	Зарипов Р.Ш. 20
Гонтарь И.П. 88, 164, 222	Джаныбекова И.А. 77, 78, 79	Затейщиков Д.А. 37, 169
Гончарова Е.В. 192	Добрица Я.Р. 79	Зафираки В.К. 94, 95
Гончарук Р.Н. 290	Добровольская О.В. 80, 81	Захарова А.Г. 287
Горбунова Ю.Н. 59	Долгих А.А. 82	Захарова О.В. 149
Гордеева И.Е. 60	Долгов А.М. 20	Захарычева Т.А. 173
Гордиенко А.В. 136, 246	Доля Е.М. 27, 50	Зборовская И.А. 6, 222
Гореликова А.Ю. 61	Донская О.С. 18	Зверко О.И. 134
Горобец Е.А. 62	Дорогойкина К.Д. 227	Земсков И.А. 9
Горохова В.А. 286	Доценко Э.А. 287	Зильбер Э.К. 165
Горшунова Н.К. 63	Драганова А.С. 82, 209	Золотарёв А.Д. 93, 95, 208
Грехов Р.А. 64	Дробышева Е.С. 83, 198,	Зонова Е.В. 11, 12
Гречкин В.И. 142, 143, 268	268, 282	Зубова Е.А. 37, 169
Григоренко Е.А. 64	Дрошенко В.В. 296	Зуева Ю.С. 186
Григоренко Е.И. 253	Дуданова О.П. 84	Зуйкова А.А. 96
Григорьева Е.В. 47	Дудко В.Ю. 201	Зульфугаров П.К. 97
Григорьева Н.Ю. 65, 121	Дыбин А.С. 85	
Григорьев В.В. 9	Дыдыкина И.С. 261	И
Гриднева Г.И. 66	Дымнова С.Е. 85	Иванникова Л.П. 74
Гриднева Р.И. 66		Иванова А.Г. 105
Гринчук И.И. 16	Е	Иванова А.С. 281
Грицук С.Ф. 67	Евдокимов Д.С. 86	Ивашкина Т.Г. 247
Гришаев С.Л. 68, 283	Евстратова Е.Ф. 41	Ильдиширова Н.П. 127
Громова М.А. 276	Евтюшкина С.Н. 87, 88	Илькович М.М. 181
Грудинина О.В. 275	Егорова В.А. 118	Инамова О.В. 61, 268
Грузманов А.К. 68	Егорова К.Е. 79	Инчина В.И. 217
Губанова Т.Н. 255	Елисеева Т.А. 263	Ираклионова Н.С. 98
Гузаревиц В.Б. 31	Емельянова О.И. 88, 222	Исачкина А.Н. 120
Гузёва В.М. 69	Емельянов Н.И. 88	Искра Д.А. 99, 103
Гулак Д.А. 57	Еременко Т.В. 3, 89, 166	Искров И.А. 254, 255
Гульнева М.Ю. 70	Ермолова Т.В. 90	Исмогилов А.И. 154
Гуляева С.А. 215	Ерохина А.А. 189	Исправникова А.А. 99
Гумилевская О.П. 74	Есина Е.Ю. 90, 96	Иськова И.А. 252
Гурина Л.Н. 70	Ескина Е.Н. 129	
Гурова О.Ю. 161	Ефанова Е.Н. 91	К
Гусева И.А. 59	Ефизова Е.В. 168	Кабакова Е.Н. 243
Гусева С.Н. 71, 203	Ефимов С.В. 290	Кадомцева Л.В. 100
Гусейнова Н.Н. 72	Ефремова А.О. 80	Каледа М.И. 101
Гусейнов Г.Э. 42		Каледа С.П. 102
Гусейнов Н.И. 72, 73		Калимбетова А.Б. 102
Гуськов Е.А. 130		
Д	Ж	
Дагалдян А.А. 37	Жаббаров А.А. 224	
Дадабаева Р.К. 73	Жариков К.М. 92	
	Жлоба А.А. 7	

Торопцова Н.В.	80, 81, 181	Хорликова О.А.	281	Шкет А.П.	16
Тринитка Г.Г.	206	Хорошилов И.Е.	274	Шлапакова А.В.	186
Трифанова А.Ю.	264	Хоруженко О.М.	215	Шлойдо Е.А.	156
Тряпицын А.В.	265	Храмцова Н.А.	275	Шмидт Е.И.	12
Тулинцев В.А.	92			Шнайдер Н.А.	123
Туркина С.В.	98			Шолан Р.Ф.	73
Турмухамбетова А.А.	258			Шолкова М.В.	287
Турсунов С.Ю.	164			Шомин А.В.	233, 288, 289
Тыренко В.В.	74, 122			Шорохова П.Б.	289
				Шпигун Н.В.	247
У		Ц		Шпилевая О.С.	3, 89, 166
Углева Е.М.	253	Целкович Л.С.	284	Шрамко В.С.	290
Удачкина Е.В.	51	Цурко В.В.	276	Шубина М.Э.	84
Уколова Л.А.	266	Цыган В.Н.	90	Шубина О.С.	266
Улюкин И.М.	266	Цыпленкова Н.С.	276	Шувалова А.Е.	269
Усс Н.Л.	16			Шуленин К.С.	283, 290
				Шульга М.А.	141, 291
Ф		Ч		Шульдяков А.А.	249
Фадеев В.В.	161	Черкасова М.В.	3, 6	Шульмин А.В.	123
Фазуллина О.Н.	46	Черкашин Д.В.	283, 290	Шумков Д.И.	28
Файзиев А.Н.	267	Чернавский С.В.	277	Шумовец В.В.	16
Федорова Т.Ф.	30	Чернявский А.В.	290	Шустов С.Б.	159
Феклистов А.Ю.	81	Четина Е.В.	277		
Феокистова В.С.	33, 86, 149	Чжу М.Б.	278	Щ	
Феськова А.А.	83, 198, 268, 282	Чижова О.Ю.	26	Щемелева Е.В.	204
Филимонова О.Г.	119	Чижов П.А.	242	Щербаков Г.И.	292
Филипович Е.К.	281	Чичкова М.А.	37, 169	Щербук Ю.А.	150
Филиппов Е.В.	236, 248	Чудиновских Ю.С.	119		
Финоженко В.Г.	268	Чурилин М.И.	280	Э	
Фирова Э.М.	48, 285	Чурина М.А.	272	Эмануэль Ю.В.	292
Фомичева О.А.	52				
Фонтуренко А.Ю.	269	Ш		Ю	
Фролова О.И.	133	Шагинян Ф.А.	147	Юдин В.А.	293
Фурсов А.Н.	277	Шалькевич Л.В.	137, 281	Юдкина Н.Н.	294
		Шаляпин П.В.	131	Юновидова А.А.	244
Х		Шаповаленко А.Н.	101		
Хаббус А.Г.	118, 179, 203, 270, 271, 272	Шаповалова А.Б.	281		
Хагуш А.Л.	26	Шаповалова В.К.	225		
Хайло Н.В.	39	Шаповалова М.М.	83, 198, 268, 282		
Хайрутдинов В.Р.	195	Шарабрин Е.Г.	65		
Харитоновна И.А.	230	Шарапова Е.П.	11, 12, 277		
Хасанов Н.Р.	37, 169	Шарова Н.В.	283		
Хахунаева В.И.	243	Шатунова Е.П.	284		
Хейфец Е.И.	273	Шебуняева Я.Ю.	284		
Хикматова Н.К.	15	Шевелева М.А.	9, 185	Я	
Хичина Н.С.	122	Шемеровский К.А.	285	Ягода А.В.	55
Хоменко О.П.	274	Шепеляева Л.С.	286	Якимович С.Е.	295
Хомчук М.А.	105	Шепетько М.М.	255	Яковенко К.А.	166
Хонходжаев Ш.	154	Шестерня П.А.	12	Яковлева Е.В.	296
		Шилова Л.Н.	6, 250	Яковлев А.Т.	109
		Шилов В.В.	42	Якушин С.С.	248
		Шипилова Д.А.	175	Ямщикова Т.Ю.	253
		Широкова К.Ю.	286	Ярмош И.В.	69, 259
		Широкова Л.Ю.	286	Яроцкая В.В.	31
		Ширяева А.И.	132	Ярушина Я.Н.	297, 298
		Шишкин А.Н.	287		

СОДЕРЖАНИЕ

<p>ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОСТОЯНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ Абрамашвили И.Н., Еременко Т.В., Матезиус И.Ю., Шпилевая О.С. 3</p>	<p>ТЕРАПИЯ БЛОКАТОРАМИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ОСЛОЖНЕННОМ АА-АМИЛОИДОЗОМ Алексеева А.В., Муравьев Ю.В. 8</p>
<p>РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОИКНОВОГО ПРОФИЛЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БИОАНАЛОГОМ РИТУКСИМАБА (АЦЕЛЛБИЯ, «БИОКАД») У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Авдеева А.С., Артюхов А.С., Дашинамаев Э.Б., Черкасова М.В., Насонов Е.Л. 3</p>	<p>ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АА-АМИЛОИДОЗА Алексеева А.В., Муравьев Ю.В., Раденска-Лоповок С.Г. 8</p>
<p>АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАНКОМИЦИН-УСТОЙЧИВЫХ ШТАММОВ ЭНТЕРОКОККА В ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ Авдошина Д.Д. 4</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ Алексеева А.Д., Ганич Е.Г., Шевелева М.А. 9</p>
<p>НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Акжигитова Д.З., Спицина С.С. 5</p>	<p>ДАННЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКИХ ЮНОШЕСКИХ ШКОЛ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА Алексеева Д.Ю., Земсков И.А., Григорьев В.В. 9</p>
<p>ЛИПОПРОТЕИНЫ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И АНТИТЕЛА К ОКИСЛЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИНАМ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Алекперов Р.Т., Ананьева Л.П., Черкасова М.В. 6</p>	<p>СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ «ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИЕ» Алексеева Е.С. 10</p>
<p>РОЛЬ АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНОГО БЕЛКА 4 ТИПА В МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Александров В.А., Шилова Л.Н., Александров А.В., Зборовская И.А. 6</p>	<p>ПРЕДИКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С БЫСТРЫМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ОСТЕОАРТИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Аникин С.Г., Шарапова Е.П., Стребкова Е.А., Зонова Е.В., Раскина Т.А., Оттева Э.Н., Виноградова И.Б., Лиля А.М. 11</p>
<p>ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ГЛУТАМИОНА В ЭРИТРОЦИТАХ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Александрова Л.А., Субботина Т.Ф., Жлоба А.А. 7</p>	<p>МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГИАЛУРОМА CS У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Шарапова Е.П., Аникин С.Г., Стребкова Е.А., Раскина Т.А., Зонова Е.В., Оттева Э.Н., Родионова С.С., Шмидт Е.И., Шестерня П.А., Наумов А.В., Загородний Н.В., Лиля А.М. 12</p>

<p>УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ Алексеева О.Г., Смирнов А.В., Глухова С.И., Волков А.В., Насонов Е.Л. 13</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФАЦИЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИОМИНЕРАЛОПАТИЯМИ Антонова И.Н., Донская О.С., Владимирова Л.Г. 18</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТЕНЗИИ И ТАХИСИСТОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА Алексеева С.В., Сушкова А.А., Облавацкий Д.В. 14</p>	<p>АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ АЛГОРИТМ АНАЛИЗА ЛК-СПЕКТРОВ ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ОБРАЗЦАМ РОТОГЛОТОЧНОГО СМЫВА Антонова И.Н., Донская О.С., Николаев А.И. 18</p>
<p>КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ (ВБП) Алексейчик С.Е. 14</p>	<p>ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ Апतिकеева Н.В., Вагнер Н.Е., Богданов В.С. 19</p>
<p>АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Алиева К.К., Хикматова Н.К. 15</p>	<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ ПРИ МИГРЕНИ Апतिकеева Н.В., Малахова Т.Е., Долгов А.М. 20</p>
<p>СРАВНЕНИЕ ЗАВОДСКИХ РАЗМЕРОВ АОРТАЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА «ПЛАНИКС-Э» С ЗАРУБЕЖНЫМИ АНАЛОГАМИ Андралойть И.Е., Шумовец В.В., Курганович С.А., Лысенко Е.Р., Москаленко А.В., Шкет А.П., Гринчук И.И., Островский Ю.П. 16</p>	<p>БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ Апतिकеева Н.В., Зарипов Р.Ш., Султанов Т.Ч. 20</p>
<p>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТОВ С УЗКИМ ФИБРОЗНЫМ КОЛЬЦОМ Андралойть И.Е., Шумовец В.В., Курганович С.А., Лысенко Е.Р., Москаленко А.В., Шкет А.П., Усс Н.Л., Островский Ю.П. 16</p>	<p>ВЫЖИВАЕМОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Аронова Е.С. 21</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ ЭНТЕЗОПАТИЙ АХИЛЛОВЫХ СУХОЖИЛИЙ С УРОВНЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФРАКЦИЙ ХОЛЕСТЕРИНА И КАЛЬЦИЯ КРОВИ Аникина А.В. 17</p>	<p>ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ) Аронова Е.С., Лукина Г.В., Сигидин Я.А. 22</p>
	<p>ХЕМОКИНЫ КАК БИОМАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Арсентьева Н.А., Бацунов О.К., Любимова Н.Е. 22</p>
	<p>ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА СИСТЕМУ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ Асфандиярова Н.С., Пономарева И.Б., Киселев Р.С., Палванов А.А., Рубцова М.А. 23</p>

<p>ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ NAMPT В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В., Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Папичев Е.В. 24</p>	<p>ОГРАНИЧЕННАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ И ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ Белова Е.А., Ключарева С.В. 30</p>
<p>ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА Ашурова Д.Т., Мамбеткаримова М.С. 24</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА Белодедова А.С., Федорова Т.Ф. 30</p>
<p>СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА Бабаева Е.Р., Михальченко С.В., Линева О.И., Кирилина Л.В. 25</p>	<p>ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ Бердовская А.Н., Яроцкая В.В., Самосюк Н.С., Гузаревич В.Б. 31</p>
<p>АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ Бабакехян М.В., Чижова О.Ю., Белоусова Л.Н. 26</p>	<p>ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ Бизяева Д.М. 32</p>
<p>АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Бадальянц Д.А., Хагуш А.Л., Оганезова И.А. 26</p>	<p>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА Богданов А.Н. 32</p>
<p>ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СД 1 И 2 ТИПА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ Балбек А.Ф., Репинская И.Н., Доля Е.М., Примышева Е.Н. 27</p>	<p>ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ Болдуева С.А., Леонова И.А., Феоктистова В.С. 33</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Барбухатти К.О., Бабешко С.С., Шумков Д.И. 28</p>	<p>РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЫЛЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Бондарчук В.И. 34</p>
<p>БЕССИМПТОМНЫЕ И СИМПТОМНЫЕ ИНСУЛЬТЫ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Барноева С.Б., Султанов С.С. 29</p>	<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИЕЙ И АНЕМИЕЙ ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Бондарчук С.В., Ковалев А.В., Поляков А.С., Носков Я.А. 35</p>

<p>ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ Боровицкий В.С. 35</p>	<p>ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Васильева И.Н., Осадчук М.А., Нагорная Д.С., Архипова Л.В., Корженков Н.П. 40</p>
<p>СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ Боровицкий В.С. 36</p>	<p>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ СПОНДИЛОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Никитин А.В., Бурдина Н.С., Толстых Е.М. 41</p>
<p>ВОЗМОЖНОСТЬ СКРИНИНГА НА ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Боровицкий В.С. 36</p>	<p>ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РАМКАХ НОВЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ Введенская Е.С., Палехов А.В. 42</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП Бочкова Е.Н., Синявская Е.А., Дагалдян А.А., Молчанова Н.Е., Малиненко З.И., Козьминых Ю.А. 37</p>	<p>РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТКА ФОЛАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ Вершинин А.А., Шилов В.В., Гусейнов Г.Э. 42</p>
<p>БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: НОВАЯ ШКАЛА РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ Бражник В.А., Минушкина Л.О., Аверкова А.О., Рогожина А.А., Королева О.С., Зубова Е.А., Хасанов Н.Р., Чичкова М.А., Затеищikov Д.А. 37</p>	<p>ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЕННЫХ ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Вершинина Е.О., Репин А.Н. 43</p>
<p>ПСИХИЧЕСКИЕ, СОМАТИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СТРЕЗАМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Бязров М.Ш., Наджарьян Л.Г., Латышев Ю.В., Кравчук А.В. 38</p>	<p>ПРИМЕНЕНИЕ РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ Вечкаева О.В. 44</p>
<p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Варданян Э.В., Африкьян О.А., Хайло Н.В. 39</p>	<p>ПУЛЬМОНОЛОГ И ВРАЧ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ – ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ Винокуров А.С. 45</p>
	<p>КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ СТАДИЯМИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА Войтко М.С., Поспелова Т.И., Климонтов В.В., Фазуллина О.Н. 46</p>

<p>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МУКОВИСЦИДОЗА В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Войтко Т.А., Бородина Г.Л., Масек М., Либик М., Мановицкая Н.В., Островская Ю.В., Митьковская Н.П. 46</p>	<p>ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ – СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ АЛЛЕРГОЛОГА ИММУНОЛОГА Гизингер О.А. 53</p>
<p>ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ И ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ Волошинова Е.В., Сафарова К.Н., Григорьева Е.В., Ребров А.П. 47</p>	<p>СИСТЕМНАЯ И ТОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Гизингер О.А., Карандашов В.И. 53</p>
<p>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКО- И НИЗКОДОЗОВОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ Воропаева Л.С., Фирова Э.М. 48</p>	<p>ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА Гизингер О.А., Силкина Т.А. 54</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ Гапешин Р.А. 49</p>	<p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБАВОЧНЫМИ ПОЧЕЧНЫМИ АРТЕРИЯМИ Гладких Н.Н., Редько Ю.П., Ягода А.В. 55</p>
<p>ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (РИТУКСИМАБ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б. 49</p>	<p>ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕМОРА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОМ ТРЕМОРЕ И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА Говорова Т.Г., Попова Т.Е., Таппахов А.А. 56</p>
<p>АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ Гаффарова А.С., Доля Е.М., Репинская И.Н., Садовой В.И. 50</p>	<p>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АМИЛОИДНОЙ АНГИОПАТИИ Голдобин В.В., Клочева Е.Г., Осипова М.Ю. 57</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА РЕЦЕПТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 И СТАТИНОВ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И АНТИТЕЛА К ОКИСЛЕННОМУ ЛИПОПРОТЕИДУ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Герасимова Е.В., Попкова Т.В., Мартынова А.В., Удачкина Е.В., Новикова Д.С. 51</p>	<p>ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ Головкин В.И., Гулак Д.А. 57</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Герасимова Е.В., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Круглый Л.Б., Фомичева О.А. 52</p>	<p>ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Волков А.В. 58</p>
	<p>ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА (ББ) Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Волков А.В. 58</p>

АНТИГЕН HLA-B51 У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА В РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ Голоева Р.Г., Алекберова З.С., Гусева И.А. 59	ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ИМЕЮЩИХ СОПУТСТВУЮЩУЮ ХРОНИЧЕСКУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ Григорьева Н.Ю., Шарабрин Е.Г. 65
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА ТЕЛА МЕТОДОМ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБЦИОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Кондрагьева Л.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л. 59	ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ АНТИРЕВМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В. 66
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ Гордеева И.Е., Ансаров Х.Ш. 60	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСЯЦА РОЖДЕНИЯ Гриднева Р.И., Поздняков А.М., Зазулина О.В. 66
ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ГИПОДЕРМАЛЬНЫХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМИ (АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПРИЗНАКАМИ АУТОИММУННОГО СИНДРОМА, ИНДУЦИРОВАННОГО АДЬЮВАНТАМИ Гореликова А.Ю., Лапин С.В., Маслянский А.Л., Инамова О.В., Гайдукова И.З., Мазуров В.И. 61	НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (ДЕМЕНЦИЯ, БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА (AD) В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ Грицук С.Ф. 67
ЗНАЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Горобец Е.А., Арчакова Л.И. 62	ВЫБОР ДОЗЫ РИВАРОКСАБАНА В СОЧЕТАНИИ С АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИБС И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Гришаев С.Л. 68
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Горшунова Н.К. 63	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САРКОПИИ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Грузманов А.К., Нуруллаев И.З., Крутько Д.М., Мазуренко С.О. 68
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИБРОМИАЛГИИ Грехов Р.А., Сулейманова Г.П. 64	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ПО ДАННЫМ ОДНОГО ИЗ ГОРОДСКИХ СТАЦИОНАРОВ Гузёва В.М., Ярмош И.В., Болдуева С.А. 69
ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ИШЕМИЧЕСКУЮ ДЕПРЕССИЮ СЕКМЕНТА ST У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПЕЧЕНИ Григоренко Е.А., Митьковская Н.П., Руммо О.О. 64	УРОПАТОГЕНЫ В МИКРОБИОЦЕНОЗЕ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В. 70

<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ Гурина Л.Н., Бурак Е.А., Денисик Н.И. 70</p>	<p>КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦЕРКУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Дергунова Г.Е., Абдулхамидова З. 76</p>
<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ Гусева С.Н., Ковальчук М.С. 71</p>	<p>ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СРЕДИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Джанахмедова Ш.Н., Маммадли Г.М., Садыхова Н.Р. 76</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ Гусейнов Н.И. 72</p>	<p>РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ АРТРИТОВ Джаныбекова И.А. 77</p>
<p>ПОТЕНЦИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИСУСТАВНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т. 72</p>	<p>СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА МОЗГОВОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОЙ ЛИМФОБЛАСТНОЙ ЛЕЙКЕМИИ И НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ Джаныбекова И.А. 78</p>
<p>ПОТЕНЦИРОВАНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРОГЕННОЙ ФОРМЫ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА Гусейнов Н.И., Шолан Р.Ф. 73</p>	<p>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. КОМОРБИДНОСТЬ В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Джаныбекова И.А. 79</p>
<p>ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЦИКЛАМ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ Дадабаева Р.К. 73</p>	<p>ДАННЫЕ РЕСПУБЛИКАНСКОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Добрица Я.Р., Барышева О.Ю., Голубева А.М., Егорова К.Е. 79</p>
<p>ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ И ОБНАРУЖЕНИЕМ АНТИТЕЛ К CHLAMYDIA TRACHOMATIS В СЫВОРОТКЕ КРОВИ Дворовкин А.Э., Один В.И., Тыренко В.В., Топорков М.М., Иванникова Л.П., Гумилевская О.П. 74</p>	<p>ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Добровольская О.В., Дёмин Н.В., Смирнов А.В., Ефремова А.О., Торопцова Н.В. 80</p>
<p>СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Дергунова Г.Е. 75</p>	<p>ВИТАМИН D У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Добровольская О.В., Самаркина Е.Ю., Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В. 81</p>
	<p>МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ Долгих А.А. 82</p>

<p>ТКАНЕВОЙ УРОВЕНЬ БЕЛКА ОМЕНИНА-1 В ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Драганова А.С., Полякова Е.А., Колодина Д.А., Галкина О.В., Беляева О.Д., Беркович О.А., Побожева И.А., Пчелина С.Н. 82</p>	<p>НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С АУТОТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Емельянова О.И., Гонтарь И.П., Русанова О.А., Емельянов Н.И. 88</p>
<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Токмачев Р.Е., Феськова А.А. 83</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ПИОГЛИТАЗОНА НА ДИНАМИКУ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPARγ rs1801282 Еременко Т.В., Антонова А.П., Кудрявцев Д.В., Шпилевая О.С., Матезиус И.Ю. 89</p>
<p>СИНДРОМ «ОСТРОЙ НА ХРОНИЧЕСКУЮ ПЕЧЕНОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ Дуданова О.П., Павлюкова И.П., Шубина М.Э., Ларина Н.А., Родина А.С. 84</p>	<p>НАРУШЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ФИБРОЗА Ермолова Т.В., Загудаева Н.С. 90</p>
<p>СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ, ПРОХОДЯЩИМИ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ Дыбин А.С. 85</p>	<p>ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА Есина Е.Ю., Лютов В.В., Цыган В.Н. 90</p>
<p>ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА Дымнова С.Е., Сергеева В.В., Бобылева Т.А. 85</p>	<p>ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ АМБУЛАТОРНОГО ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА Ефанова Е.Н., Васильева Е.А. 91</p>
<p>ТИП РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО Евдокимов Д.С., Феоктистова В.С., Болдуева С.А., Сердюков С.В. 86</p>	<p>КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА РАННИХ ЭТАПАХ Жариков К.М., Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А., Колесникова Е.А. 92</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ РАЗНЫХ УРОВНЯХ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ Евтюшкина С.Н., Собченко С.А. 87</p>	<p>К ВОПРОСУ О ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ Жариков К.М., Колесникова Е.А., Тулинцев В.А., Крапивина А.И. 92</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИМ ФЕНОТИПАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Евтюшкина С.Н., Собченко С.А., Кравцов В.Ю. 88</p>	<p>ВЫБОР МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНОТОКСИЧНОСТИ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МИЕЛОИДНЫХ ЛЕЙКОЗАХ Жоголев Д.К., Поляков А.С., Колюбаева С.Н., Никитин Ю.В., Золотарев А.Д., Носков Я.А. 93</p>

<p>ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ И РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА Зафираки В.К., Космачева Е.Д..... 94</p>	<p>НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ДЕБЮТОМ Каледа М.И., Никишина И.П., Салугина С.О., Шаповаленко А.Н., Глухова С.И..... 101</p>
<p>ПРИМЕНЕНИЕ ВОПРОСНИКА САТ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Зафираки В.К., Космачева Е.Д..... 95</p>	<p>ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ Каледа С.П..... 102</p>
<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОТИПА ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ ЦИТОХРОМОВ P450 У ПАЦИЕНТА С РЕЗИСТЕНТНЫМ К ХИМИОТЕРАПИИ ВТОРИЧНЫМ ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ Золотарёв А.Д., Поляков А.С., Жоголев Д.К., Колубаева С.Н., Носков Я.А..... 95</p>	<p>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ Калимбетова А.Б., Толеуова А.С., Тайжанова Д.Ж..... 102</p>
<p>ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕЗАПНОЙ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ Зуйкова А.А., Петухова С.О., Есина Е.Ю., Страхова Н.В..... 96</p>	<p>ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ДВЕ НОЗОЛОГИИ, ОДИН ПАТОГЕНЕЗ Калыгин С.А., Искра Д.А..... 103</p>
<p>СРАВНЕНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕМИСУКЦИНАТА – 3 ОКСИПИРИДИНА И ЛИПОАТА – 3 ОКСИПИРИДИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Зульфугаров П.К., Семенова Е.В..... 97</p>	<p>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2017 ГОДУ Кароль Е.В., Попова Н.В., Кузнецова Ю.И., Белавина Е.А..... 104</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ IL-10 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Ираклионов Н.С., Белан Э.Б., Туркина С.В., Панина А.А., Мязин Р.Г..... 98</p>	<p>ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2016-2018 ГОДАХ Кароль Е.В., Попова Н.В., Кузнецова Ю.И., Иванова А.Г., Хомчук М.А..... 105</p>
<p>ДИАБЕТ. ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА Искра Д.А..... 99</p>	<p>РОЛЬ ЦИРКАДНЫХ КОЛЕБАНИЙ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ Карпович О.А..... 105</p>
<p>«ПЕРГАМЕНТНОЕ СЕРДЦЕ» Исправникова А.А., Малыгин А.Н..... 99</p>	<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КУРСАНТОВ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ ФАКУЛЬТЕТА ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ДЛЯ ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ С.М. КИРОВА Карташев В.А., Бондарчук С.В..... 106</p>
<p>УЧАСТИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Кадомцева Л.В..... 100</p>	

РЕДКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ Карякина Л.А., Смирнова О.Н., Пирятинская В.А., Смирнов О.А., Карякин А.С.	107	ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ МАТЕРИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ЗАДЕРЖКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ Кислюк Г.И.	113
СКРИНИНГ И ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Касаткин Е.В., Лялина Л.В., Лысогорская И.В., Тимофеева Н.А.	108	БИЛИАРНАЯ АТРЕЗИЯ У ДЕТЕЙ Кислюк Г.И.	114
ПРОФЕССОР С.П. БОТКИН И ЕГО ВЕЛИКОДЕРЖАВНЫЕ ПАЦИЕНТЫ Катюхин В.Н.	109	РОЛЬ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ Кислюк Г.И.	114
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ СЫВОРОТНОГО НЕСФАТИНА-1 И ОСТЕОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Квливидзе Т.З., Заводовский Б.В., Ахвердян Ю.Р., Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Яковлев А.Т.	109	ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА Д В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА Д Клочева Е.Г., Голдобин В.В., Смирнова А.А.	115
МЕТОД СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Кдырбаева Ф.Р.	110	НАРУЖНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ВПЧ) Ключарева С.В.	116
ВЫЯВЛЕНИЕ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Кдырбаева Ф.Р.	111	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ДНЯ «ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМЫ» Ключарева С.В.	117
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ВРАЧЕЙ Кдырбаева Ф.Р.	111	ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ КОЖА ЛИЦА И АКНЕ – ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИХ АСД Ключарева С.В., Хаббус А.Г., Егорова В.А.	118
ДИНАМИКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОНМК Кемстач В.В., Коростовцева Л.С., Головкова-Кучерявая М.С.	112	ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРИТОМ Козлова А.В., Чудиновских Ю.С., Филимонова О.Г.	119
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ Кенжаев М.Л., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.	112	ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Козлова В.И., Скрынник Е.И., Руденко Э.В.	119
		КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ Колмакова Е.В., Исачкина А.Н.	120

<p>ФЕНОМЕН REDUCED AMPLITUDE ZONE ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ КАК КРИТЕРИЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Колосова К.С., Григорьева Н.Ю. 121</p> <p>НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ Колубаева С.Н., Качнов В.А., Тыренко В.В., Бунтовская А.С., Мякошина Л.А. 122</p> <p>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА (ТОФА) У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА) Комаров В.Т., Никишина А.Ю., Носанова М.Н., Никишин А.В., Хичина Н.С. 122</p> <p>ПРЯМЫЕ И НЕПРЯМЫЕ ЗАТРАТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ГОЛОВНОЙ БОЛЮ Кондратьев А.В., Артюхов И.П., Шульмин А.В., Шнайдер Н.А., Петрова М.М. 123</p> <p>ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ДАННЫЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА Кондратьева Л.В., Попкова Т.В. 124</p> <p>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ РИТУКСИМАБ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Конева О.А., Десинова О.В., Гарзанова Л.А., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П. 124</p> <p>ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ СХЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МОФЕТИЛА МИКОФЕНОЛАТА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Старовойтова М.Н. 125</p>	<p>ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ Конюх Е.А., Осипова-Егорова Е.А. 126</p> <p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН Корнелюк И.В. 127</p> <p>К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ЖАЛОБАМИ НА ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС Корнишева В.Г., Раводин Р.А., Левина Ю.В., Миллер Е.В., Ильдимирова Н.П. 127</p> <p>ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ РИСКА Корольчук И.С. 128</p> <p>ПРИЧИНЫ АМПУТАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Корольчук И.С., Ескина Е.Н., Геворкян Р.К. 129</p> <p>ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ И ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ПАЦИЕНТА С ПРОТЕЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Корякова Н.В., Романовская Д.В., Везикова Н.Н., Васьков А.А. 130</p> <p>НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ И ИЗУЧЕНИЯ СВОЙСТВ КРОВИ ДОНОРОВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Косякова Г.П., Гуськов Е.А. 130</p> <p>ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОФИБРАТА И КАРМИЗОЛА НА ТРИТОНОВОЙ МОДЕЛИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ И АТЕРОСКЛЕРОЗА Косякова Г.П., Лизунов А.В., Шаляпин П.В. 131</p> <p>ХИЩНЫЕ БАКТЕРИИ КАК СРЕДСТВО БОРЬБЫ С БИОПЛЕНКАМИ Косякова К.Г., Ширяева А.И. 132</p>
---	--

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ КРИПТОКОККОЗ У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Котлова К.Д., Фролова О.И. 133	ДИАЛИЗНЫЕ ПЕРИТОНИТЫ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭТИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ Куприна Т.В., Рябкова Н.Л. 139
СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Кошиц Е.М., Зверко О.И., Лакотко Т.Г. 134	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА GR1VA И ЕГО ВЛИЯНИЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Курупанова А.С., Ларева Н.В. 140
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОРАКОМИОФАСЦИАЛЬНЫХ КАРДИАЛГИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: СЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИКА Кравчук А.В., Наджарьян Л.Г., Латышев Ю.В., Бязров М.Ш. 134	ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧРЕЗБРОНХИАЛЬНОЙ БИОПСИИ ЛЕГКОГО Курчавая Е.Г., Маменко И.С. 141
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Красильщикова Е.Н., Спицина С.С. 135	ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ Кучина А.И., Панина О.А., Шульга М.А. 141
ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА Кудинова А.Н., Ковалев С.В., Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В. 136	ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Лагутина С.Н., Перцев А.В., Гречкин В.И. 142
ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА РЕЧЕВУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Кудлач А.И., Шалькевич Л.В., Литвинова О.С. 137	ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА Лагутина С.Н., Перцев А.В., Гречкин В.И. 143
ИЗМЕНЕНИЕ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ УРЕМИЧЕСКОЙ САРКОПЕНИИ Кузьярова А.С., Гасанов М.З., Батюшин М.М., Голубева О.В. 138	ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАРНИЦЕТИН ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Латышев Ю.В., Наджарьян Л.Г., Бязров М.Ш., Кравчук А.В. 144
ВЗАИМОСВЯЗЬ МИОСТАТИНА И ПРОТЕИНКИНАЗЫ-В ПРИ РАЗВИТИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ Кузьярова А.С., Гасанов М.З., Батюшин М.М., Голубева О.В. 138	РАСПОЗНАЮЩИЕ ГЛИКОПАТТЕРНЫ СИСТЕМЫ ЭРИТРОПОЭТИНА: УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КЛЮЧ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ (ГЛИКО) БЕЛКАМ Лахтин В.М., Лахтин М.В. 144
	ПЕРСПЕКТИВЫ С4В И С4А ДЛЯ ТЕРАПИИ, В ПРОГНОСТИКЕ РИСКА И ДИАГНОСТИКЕ АУТОИММУННЫХ, СИСТЕМНЫХ И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Лахтин М.В., Лахтин В.М. 145

ГЛИКОКОНЪЮГАТЫ И ПРОБИОТИЧЕСКИЕ ЛЕКТИНЫ, ПОДДЕРЖАЮЩИЕ МУКОЗАЛЬНЫЙ СТАТУС ЗДОРОВЬЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ТЕРАПИИ Лахтин М.В., Лахтин В.М. 146	ВЛИЯНИЕ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ И АНТИПСИХОТИКОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА Лихоносова С.Э., Ананьева Н.И., Мазо Г.Э., Липатова Л.В., Сивакова Н.А., Никонова О.В., Годлевская А.В. 152
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К САМОЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДА КУРСКА Левашова О.В., Шагинян Ф.А., Скрипкина А.А. 147	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У СПОРТСМЕНОВ С КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ Лопатин З.В., Василенко В.С., Семенова Ю.Б. 153
ПРЕБИОТИКИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ Леденцова С.С., Селивёрстов П.В., Орешко Л.С., Радченко В.Г. 147	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Лушина О.В. 153
ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ Леонова И.А., Болдуева С.А., Захарова О.В., Феоктистова В.С. 149	НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФИЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЭКЗЕМОЙ Мавлянова Ш.З., Исмогилов А.И., Джаббаров М.М., Атаджанов Ш., Хонходжаев Ш. 154
ПОЛИМОРФИЗМ С825Т ГЕНА β3-СУБЪЕДИНИЦЫ G БЕЛКА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Леонова И.А., Феоктистова В.С., Болдуева С.А., Сироткина О.В. 149	НОВЫЕ ПОДХОДЫ К БИОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ Мавлянова Ш.З., Муллаханов Ж.Б. 155
АЛГОРИТМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Леонтьев Д.П., Сергеева Т.В., Щербук Ю.А. 150	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНОТИПОВ ST. AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ С БИОСУБСТРАТОВ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ Мавлянова Ш.З., Капралова Ю.А., Максудов М.Р. 156
ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ Лисина Е.В., Белокрылова Л.В., Пушников А.А. 150	ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЖПРЕДСЕРДНЫХ СООБЩЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ Мазнев Д.С., Абрамов А.Л., Шлойдо Е.А. 156
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ОСОЗНАННОГО ОТКАЗА ОТ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ Лихоносов Н.П., Бабенко А.В. 151	КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЦЕНТРА ОСТЕОПОРОЗА Мазуренко С.О. 157
	ТЯЖЕЛЫЙ ОСТЕОПОРОЗ: СОХРАНЯЕМ КОСТЬ ИЛИ ЖДЕМ СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕЛОМА? Мазуров В.И., Жугрова Е.С. 157

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Макаренко Е.П., Спицина С.С. 158	АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, МИКРОБИОТА В СХОЖИХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУППАХ, НО РАЗНЫХ СОЦИО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Маркелова О.А., Везикова Н.Н., Зильбер Э.К. 165
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Макарова А.В., Шустов С.Б., Кицышин В.П., Ворохобина Н.В. 159	МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ВПЕРВЫЕ Матезиус И.Ю., Шпилева О.С., Токарева Т.П., Еременко Т.В., Яковенко К.А. 166
БИЛИНГВИЗМ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА Максимов Р.С., Алексеева Э.П. 160	ВОЗВРАТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ И ДЕПРЕССИЯ Мацкевич С.А., Бельская М.И. 167
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ НЕТИПИЧНОМ ЦЕФАЛГИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Максимов Р.С., Деомидов Е.С., Максимова И.Д. 160	ИННОВАЦИИ В ПРИМЕНЕНИИ 13С-МЕТАЦЕТИНОВОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА Медведев Ю.В. 167
ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Малолеткина Е.С., Гурова О.Ю., Фадеев В.В. 161	КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА И ПИЩЕВОДА У ВИЧ/СПИД НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ Мелёхина Ю.Э., Бубнова Д.В., Волкова М.С., Ефизова Е.В. 168
ОЧАГОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ: ТАКТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ Мальшева Е.Б. 162	СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ ХРУПКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ: НУЖНО ЛИ УЧИТЫВАТЬ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ? Минушкина Л.О., Бражник В.А., Зубова Е.А., Рогожина А.А., Хасанов Н.Р., Чичкова М.А., Космачева Е.Д., Затейщиков Д.А. 169
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС НА ОСНОВАНИИ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ Маль Г.С., Арефина М.В. 163	ПРИЧИНЫ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ Мирзаева Л.М., Лобзин С.В. 169
ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОСЛЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА Мамалыга М.Л., Мамалыга Л.М. 163	ИНФАРКТ МИОКАРДА II ТИПА В СТРУКТУРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Михайлов Р.Р., Скрипник А.А. 170
В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ И АНТИ-В-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С БРОНХИОЛИТОМ Мамасаидов А.Т., Салиева Р.Ш., Абдурашитова Д.И., Кулчинова Г.А., Сакибаев К.Ш., Гонтарь И.П., Турсунов С.Ю. 164	

<p>ИЗУЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВАНИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Михайлова А.А. 171</p>	<p>ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ Наджарьян Л.Г., Латышев Ю.В., Бязров М.Ш., Кравчук А.В. 177</p>
<p>ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ) НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Михайлова О.В., Бородина Г.Л. 172</p>	<p>ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В. 178</p>
<p>УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ Мороз Е.В., Антонюк М.В., Захарычева Т.А. 173</p>	<p>ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ОПИСТОРХОЗОМ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ РОССИИ Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В. 178</p>
<p>БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО РОСТОВОГО ФАКТОРА В Москалев А.В., Рудой А.С., Апчел В.Я. 173</p>	<p>СОЛНЦЕЗАЩИТНЫЕ СРЕДСТВА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ФОТОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ Нечаева О.С., Ключарева С.В., Белова Е.А., Хаббус А.Г. 179</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИИ Муженко А.А., Бусарова К.В., Несмачная И.Ю. 174</p>	<p>ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА Нечипуренко Н.И., Василевская Л.А., Пашковская И.Д., Замятина О.В., Прокопенко Т.А. 180</p>
<p>СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ДО И ПОСЛЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА Мякотных В.С., Остапчук Е.С. 175</p>	<p>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Никитина В.В. 180</p>
<p>ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВНУТРИПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Нагибович О.А., Шипилова Д.А. 175</p>	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОРОГИ АЛГОРИТМА FRAX® ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ Никитинская О.А., Торощова Н.В., Насонов Е.Л. 181</p>
<p>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Нагорная Д.С., Кулабухова Е.С., Башкирова Е.С., Обыденникова Д.В., Васильева И.Н. 176</p>	<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРГАТЕФА (НИНТЕДАНИБА) У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ (ИЛФ) Новикова Т.А., Новикова Л.Н., Илькович М.М. 181</p>

<p>АКТИВНОСТЬ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С. 182</p>	<p>КЛИНИКО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ОБРАТИМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ Осипова М.Ю., Голдобин В.В., Ключева Е.Г. 186</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Перцев А.В. 183</p>	<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ТЛТ) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Остапчук Е.С., Гаулика В.О., Мултанова В.И. 187</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Перцев А.В. 184</p>	<p>КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ ИНСУЛЬТА Остапчук Е.С., Кульниязова А.А., Очилдиева У.Д. 188</p>
<p>СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ С ДАННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИЕЙ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П. 184</p>	<p>НЕЙРОПЕПТИДЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА Павлинич С.Н. 188</p>
<p>ОЦЕНКА ВОСПРОИЗВОДИМОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П. 185</p>	<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ HELICOBACTER PYLORI (CAG A И VAC A) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ Павлович И.М., Пегашева И.Л., Ерохина А.А., Сварваль А.В. 189</p>
<p>НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Оконечникова Д.В., Шевелева М.А., Румянцев А.Ш. 185</p>	<p>РОЛЬ МАКРОФАГОВ И ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА $\beta 1$ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА И ЕГО АССОЦИИ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Пазенко Е.В. 190</p>
<p>ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ Олесин А.И., Литвиненко В.А., Шлапакова А.В., Константинова И.В., Зуева Ю.С. 186</p>	<p>ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА Пазенко Е.В., Райхельсон К.Л., Кондрашина Э.А. 190</p>
	<p>ВОПРОСЫ ВЫБОРА ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА Палехов А.В., Введенская Е.С. 191</p>

<p>СКРИНИНГ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ДИАБЕТА И УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ Панасенко О.И., Гончарова Е.В. 192</p>	<p>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Перцев А.В., Будневский А.В., Овсянников Е.С. 197</p>
<p>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ К ТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Панафидина Т.А., Попкова Т.В. 193</p>	<p>РОЛЬ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Перцев А.В., Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцева М.В. 197</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ) НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ (ОЖ) Панова Е.И., Ковалева А.О. 194</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ВОРОНЕЖА ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ Перцев А.В., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Феськова А.А., Токмачёв Р.Е., Ромашов Б.Б. 198</p>
<p>ТРЕВОЖНЫЙ СИНДРОМ, ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Панова Е.И., Ковалева А.О., Говоркова Е.П. 194</p>	<p>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ ЭМФИЗЕМОЙ СРЕДОСТЕНИЯ Першай Д.А., Касько Т.Е. 199</p>
<p>ФЕТУИН-А И ПОКАЗАТЕЛИ ДЕГРАДАЦИИ ХРЯЩЕВОЙ И КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Папичев Е.В., Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р., Полякова Ю.В. 195</p>	<p>ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Першай Д.А., Касько Т.Е. 199</p>
<p>ЭКСПРЕССИЯ ИНТЕРЛЕЙКИН-36 γ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ БЛЯШЕЧНЫМ ПСОРИАЗОМ Пашкин А.Ю., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. 195</p>	<p>ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ НЕОБРАТИМЫХ ОРГАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Петров А.В., Гаффарова А.С. 200</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ИК) У ПАЦИЕНТОВ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ (АНАЛИЗ НМИЦ ССХ ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА ЗА ПЕРИОД С 2015 ПО 2017 ГГ.) Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Бокерия Л.А. 196</p>	<p>ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МИКРОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ ПОЗИТИРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ Петрова В.Б., Болдуева С.А., Леонова И.А., Петрова А.И. 201</p>

<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА В 2018 ГОДУ (ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА ГОРОДСКОГО КВД САНКТ-ПЕТЕРБУРГА) Петунова Я.Г., Пирятинская А.Б., Дудко В.Ю.....</p>	<p>201</p>	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХИМИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК И ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕРАПИИ ПРИ МИЕЛОРОЛИФЕРАТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ Поляков А.С., Носков Я.А., Никитин Ю.В., Колюбаева С.Н., Жоголев Д.К., Золотарёв А.Д., Петрова О.Р.....</p>	<p>208</p>
<p>ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ДОЗИРОВАНИЯ РИТУКСИМАБА НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Пиванова А.В., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Глухова С.И., Насонов Е.Л.....</p>	<p>202</p>	<p>АДИПОНЕКТИН И ЕГО РАСТВОРИМЫЙ РЕЦЕПТОР Т-КАДГЕРИН У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Полякова Е.А., Михеева К.Ю., Колодина Д.А., Драганова А.С., Куликова Е.В., Беляева О.Д., Беркович О.А., Баранова Е.И.....</p>	<p>209</p>
<p>ТРОПИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ (КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ) Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Смирнова О.Н., Гусева С.Н., Винничук С.А., Хаббус А.Г.....</p>	<p>203</p>	<p>ТКАНЕВЫЕ ЦИТОКИНЫ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е., Квливидзе Т.З., Заводовский Б.В.....</p>	<p>210</p>
<p>МИГРЕНЬ – ГОЛОВНАЯ БОЛЬ МИРОВОЙ ЭКОНОМИКИ Писарев Н.В., Поддубная Ю.В.....</p>	<p>204</p>	<p>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ Попов В.Н.....</p>	<p>211</p>
<p>ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ Повзун А.С., Щемелева Е.В., Повзун К.А.....</p>	<p>204</p>	<p>ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ И ГОРМОНОВ НА КЛИНИКУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ Пошехонова Ю.В.....</p>	<p>211</p>
<p>ПАТОГЕНЕЗ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Поддубная Ю.В., Писарев Н.В., Лобзина А.С.....</p>	<p>205</p>	<p>ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ ПРИ ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ Процай Г.А., Загарских Е.Ю.....</p>	<p>212</p>
<p>УЧАСТИЕ ПЕЧЕНИ В ТАНАТОГЕНЕЗЕ МАТЕРИНСКИХ СМЕРТЕЙ Поликарпова Н.В., Валиева Т.А.....</p>	<p>206</p>	<p>РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПРОТОКОВ И ЕЕ ПРОИЗВОДНЫХ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА В РАННЕ- И СРЕДНЕФЕТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ РАЗВИТИЯ Прощина А.Е., Кривова Ю.С., Отлыга Д.А., Савельев С.В.....</p>	<p>213</p>
<p>КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Полонская И.И., Сергеева В.В., Тринитка Г.Г.....</p>	<p>206</p>		
<p>СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Полтырева Е.С., Мясоедова С.Е.....</p>	<p>207</p>		

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Пулатова С.Ш.	214	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСАРКОИДОЗА Родионова О.А., Везикова Н.Н., Сиренев И.М.	221
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Пулатова Ш.Х., Ахмедов Л.А.	215	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И ЛИТОВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Руденко Э.В., Алекна В., Морозик П.М., Тамултиене М., Руденко Е.В., Самоховец О.Ю.	221
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Пунин Д.А., Милягин В.А., Хоруженко О.М., Гуляева С.А.	215	ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДИНАМИКУ АНТИТЕЛ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Русанова О.А., Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Парамонова О.В., Зборовская И.А.	222
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Работягова Ю.С., Кляритская И.Л.	216	ИНФАРКТ МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ. ДАННЫЕ АНАЛИЗА РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗА 2013-2018 ГГ. Рыжикова М.В., Болдуева С.А.	223
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕНИНА ПЛАЗМЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДОБАВОЧНЫХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Редько Ю.П.	217	ОЦЕНКА ГИПОАЗОТЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕФРОЦИЗИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III-IV СТАДИИ Сайитхонов С.М., Жаббаров А.А.	224
СОВРЕМЕННЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРЕПАРАТАМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ Репина Е.А., Инчина В.И.	217	НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ. НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ Сайфутдинов Р.Г., Миннуллина З.Ш., Сайфутдинов Р.Р.	225
ВЕСЕННЯЯ АСТЕНИЯ У ВРАЧА И БОЛЬНОГО Решетова Т.В.	218	ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА УРОВЕНЬ «СРЕДНИХ МОЛЕКУЛ» В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНИЛЛИТОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Саламех К.А., Шаповалова В.К.	225
«SMART ОДЕЖДА» КАК СПОСОБ МОНИТОРИНГА ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА Родионов А.Н., Рудченко И.В.	219	ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Санеева Г.А.	226
АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА Родионова А.Ю., Сергеева В.В.	220		

<p>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Сагаева Л.Г. 227</p>	<p>РОЛЬ МИКРОРНК (МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Сердюкова О.С. 234</p>
<p>НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ПРИЧИНА АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Сафарова К.Н., Дорогойкина К.Д., Ребров А.П. 227</p>	<p>РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ, ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ Серебрякова И.С. 234</p>
<p>РОЛЬ САРКОПЕНИИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА Сафонова Ю.А. 228</p>	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Кравцов Г.И., Заводовский Б.В. 235</p>
<p>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ Сафонова Ю.А., Алиев Д.Б. 229</p>	<p>ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Синяева А.С., Филиппов Е.В., Мосейчук К.А. 236</p>
<p>ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ Сваровская А.В., Тепляков А.Т., Харитонов И.А. 230</p>	<p>ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОЙ АРТРОПАТИИ Сиротко О.В., Сиротко В.В., Литвяков А.М. 237</p>
<p>ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РОЖЕЙ Свентицкая А.Л., Красавцев Е.Л., Пасечник С.П., Повжик К.С., Разуванова И.А. 231</p>	<p>КОМОРБИДНОСТЬ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Сиротко О.В., Сиротко В.В., Литвяков А.М. 238</p>
<p>К ВОПРОСУ КОРНЕОТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА Селютин О.В. 231</p>	<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ 10-ЛЕТНЕГО РЕГИСТРА Скопец И.С., Везикова Н.Н., Лазакович Д.Н., Марусенко И.М., Барышева О.Ю. 238</p>
<p>БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА С ПОЗИЦИИ АДЕКВАТНОГО ПИТАНИЯ ИЛИ «ПОДВОДНЫЕ КАМНИ» ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ Семенова Е.А., Орешко Л.С. 232</p>	<p>ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОКСИДАНТНОГО СТРЕССА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Скорикова В.Г., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. 239</p>
<p>КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ, СОБЛЮДАЮЩИХ БЕЗГЛЮТЕНОВУЮ ДИЕТУ Семенова Е.А., Орешко Л.С., Шомин А.В. 233</p>	

<p>ЛИСТАЯ СТАРУЮ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ: ЧТО УБИЛО МОЦАРТА? ИСТОРИЧЕСКОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ Скородумова Е.Г., Костенко В.А., Скородумова Е.А., Рысев А.В., Сиверина А.В. 240</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ Соловьев М.В., Сорокин Н.В., Гаспарян Э.Г., Гордиенко А.В. 246</p>
<p>ГЕМОСИДЕРОЗ ПЕЧЕНИ КАК МАРКЕР АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В И С Смирнов О.А., Смирнова О.Н., Отставнова А.А. 241</p>	<p>ХАРАКТЕРНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НЕВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ Соловьев М.В., Сорокин Н.В., Крипак О.Н., Ивашкина Т.Г. 247</p>
<p>ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА Смирнова М.П., Чижов П.А. 242</p>	<p>ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ПАРОДОНТИТ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Солодовникова С.В., Литвяков А.М., Данилова О.И., Шпигун Н.В. 247</p>
<p>КОЛОНИЗАЦИЯ КОЖИ ВОЛОСистой ЧАСТИ ГОЛОВЫ ГРИБАМИ РОДА MALASSEZIA ПРИ ПСОРИАЗЕ Смолина О.А. 242</p>	<p>ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ФОКУС НА ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ Солодун М.В., Якушин С.С., Филиппов Е.В. 248</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ОЖИРЕНИЕМ Смолькова Л.Г., Кудряшова А.А., Хахунаева В.И., Тигунцева О.Д., Кабаква Е.Н. 243</p>	<p>АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Сотскова В.А., Шульдяков А.А. 249</p>
<p>ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ALTERNARIA ALTERNATA ПРИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Соболев А.В., Климко Н.Н., Юновидова А.А. 244</p>	<p>КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Спицина С.С., Шилова Л.Н. 250</p>
<p>ПРИМЕНЕНИЕ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Сокуренок Р.С., Рудченко И.В. 244</p>	<p>ОЦЕНКА УРОВНЯ ИСПЫТУЕМОГО СТРЕССА И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Стамболцян В.Ш., Оганезова И.А. 250</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИНОЗА И ВЕЛИЧИНЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЖЕНЩИН Соловей С.П., Карпова И.С., Денисевич Т.Л., Руденко Э.В. 245</p>	<p>ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ВИТАМИНОМ D Степанова А.П., Каронова Т.Л. 251</p>

<p>ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ Стилиди Е.И., Кляритская И.Л., Максимова Е.В. 252</p>	<p>УРОВНИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА Сушилова А.Г., Белоусова Л.Н. 257</p>
<p>ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ Стилиди Е.И., Кляритская И.Л., Максимова Е.В., Иськова И.А. 252</p>	<p>ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КАРДИОЛОГИИ Сушевич Д.С., Рудченко И.В. 257</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Стилиди Е.И., Кляритская И.Л., Максимова Е.В., Кривой В.В., Григоренко Е.И. 253</p>	<p>КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Тайжанова Д.Ж., Турмухамбетова А.А., Бабенко Д.Б., Вистерничан О.А., Бодаубай Р.Б. 258</p>
<p>ПОСТИНФАРКТНАЯ АНЕВРИЗМА СЕРДЦА, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА Столов С.В., Макарова О.В., Углева Е.М., Ямщикова Т.Ю., Спиридонова Л.Н., Рыжова Т.А., Терлецкая С.А., Сапун А.Н. 253</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Танделов Б.М., Болдуева С.А., Ярмош И.В., Водопьянова Е.С. 259</p>
<p>ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ Стома И.О., Герасимович О.В., Искров И.А., Лендина И.Ю. 254</p>	<p>БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Танрвердиев Д.К., Гаджиев И.Г., Гайдукова И.З. 260</p>
<p>ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РЕАКТИВАЦИИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Стома И.О., Парчинская Ю.А., Шепетько М.М., Губанова Т.Н., Лендина И.Ю., Искров И.А. 255</p>	<p>КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ МОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ЭТНИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ Таппахов А.А., Попова Т.Е., Говорова Т.Г. 260</p>
<p>ВОЗМОЖНОСТИ МР-ЭНТЕРОГРАФИИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА Субботина О.А., Резакова М.В. 256</p>	<p>ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА В ПРЕДПЛЕЧЬЕ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Дыдыкина И.С., Дёмин Н.В., Смирнов А.В. 261</p>
	<p>ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЕГКИХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОКОНИОЗОВ Ташмухамедова М.К. 262</p>

<p>ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ-ЗНАЧИМЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ТРОМБОЗА Ткаченко О.Ю., Лапин С.В., Белолипецкая Е.А., Беляева И.Б., Мячикова В.Ю., Маслянский А.Л. 263</p>	<p>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ Финоженко В.Г., Гайдукова И.З., Инамова О.В. 268</p>
<p>ГИПЕРУРИКЕМИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ Тополянская С.В., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Баялсникова Н.А., Купина Л.М2, Дворецкий Л.И. 263</p>	<p>РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОЛИХОНДРИТ ИЛИ СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА – СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ Фонтуренко А.Ю., Мациевская Г.К., Шувалова А.Е., Гайдукова И.З. 269</p>
<p>ОЦЕНКА МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ Трифанова А.Ю., Кантемирова Р.К., Пономаренко Г.Н., Свиридова Е.О. 264</p>	<p>СОВРЕМЕННЫЕ СОЧЕТАННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОСТАКНЕ Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Слободских Е.О. 270</p>
<p>ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ Тряпицын А.В. 265</p>	<p>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВУЛЬГАРНЫХ АКНЕ Хаббус А.Г., Ключарева С.В., Киселева О.В., Нечаева О.С., Белова Е.А. 271</p>
<p>ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Уколова Л.А., Шубина О.С., Богодерова Л.А. 266</p>	<p>ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ САРКОМЫ КАПОШИ Хаббус А.Г., Винничук С.А., Ключарева С.В., Белова Е.А., Чурина М.А. 272</p>
<p>АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Улюкин И.М., Булыгин М.А., Буланьков Ю.И., Орлова Е.С. 266</p>	<p>ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА Хейфец Е.И., Барышева О.Ю., Лютая Е.А. 273</p>
<p>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С СИТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Файзиев А.Н. 267</p>	<p>ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Хоменко О.П., Агарков А.А. 274</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Феськова А.А., Кравченко А.Я., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Токмачев Р.Е., Гречкин В.И., Шаповалова М.М. 268</p>	<p>ИСТОЩЕНИЕ, САРКОПЕНИЯ И КАХЕКСИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА Хорошилов И.Е. 274</p>
	<p>ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН С АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ СТАРШЕ 45 ЛЕТ Храмцова Н.А., Орлова Е.В., Грудинина О.В. 275</p>

<p>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ УРИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Цурко В.В., Громова М.А. 276</p>	<p>ОЦЕНКА ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МЕТОДОМ 24-ЧАСОВОЙ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ PH-МЕТРИИ Шаповалова М.М., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Феськова А.А., Токмачов Р.Е. 282</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИТМ У МУЖЧИН С АНДРОИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Цыпленкова Н.С., Панова Е.И., Архипова С.В. 276</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛИКОПИРРОНИЯ БРОМИДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ Шарова Н.В., Шуленин К.С., Черкашин Д.В., Гришаев С.Л., Кутелев Г.Г. 283</p>
<p>НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ Чернавский С.В., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Качараева М.М. 277</p>	<p>КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ Шатунова Е.П., Линева О.И., Целкович Л.С. 284</p>
<p>РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРИТА Четина Е.В., Шарапова Е.П., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Маркова Г.А., Макаров С.А., Лиля А.М. 277</p>	<p>СТРУКТУРА И ЧАСТОТА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА Шебуняева Я.Ю., Войтко М.С., Мезит Е.В., Ступакова В.А., Поспелова Т.И. 284</p>
<p>КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ Чжу М.Б., Протасов И.С. 278</p>	<p>ПОЛИПРАГМАЗИЯ И РИТМ ДЕФЕКАЦИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Шемеровский К.А., Фирова Э.М. 285</p>
<p>АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ЛИПОПРОТЕИНА (А) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ Чурилин М.И., Кононов С.И., Азарова Ю.Э., Клёсова Е.Ю., Быканова М.А., Лунева Ю.В., Поветкин С.В., Маль Г.С., Солодилова М.А., Полоников А.В. 280</p>	<p>ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ МЕЖДУ МАССОЙ ТЕЛА, СОСТАВОМ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПЕРОРАЛЬНЫХ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ? Широкова Л.Ю., Горохова В.А., Широкова К.Ю., Шепеляева Л.С. 286</p>
<p>ГИПОБАРИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ В АБИЛИТАЦИИ РЕЧЕВОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ Шалькевич Л.В., Кудлач А.И., Филипович Е.К., Степанюк А.А., Хорликова О.А. 281</p>	<p>МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ Шишкин А.Н. 287</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ LADA В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ Шаповалова А.Б., Мурзаева И.Ю., Крихели И.О., Иванова А.С. 281</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Шолкова М.В., Доценко Э.А., Захарова А.Г. 287</p>

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ АММИАКА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.	288	ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРОТЕКАНИЯ У НИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Юдин В.А., Один В.И., Кувшинников А.В.	293
ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.	288	ВКЛАД СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ФОРМИРОВАНИЕ СУБТИПА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Юджина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В., Курмуков И.А.	294
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ГИПОКСИИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ Шомин А.В., Орешко Л.С., Семенова Е.А.	289	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Якимович С.Е.	295
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ВИЛДАГЛИПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА rs7903146 ГЕНА TCF7L2 Шорохова П.Б., Баранов В.Л., Ворохобина Н.В., Лебедева Ю.И.	289	РЕАЛИЗАЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Яковлева Е.В.	296
ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА НЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Шрамко В.С., Полонская Я.В., Каштанова Е.В., Морозов С.В., Чернявский А.В., Рагино Ю.И.	290	ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ И КОМОРБИДНОСТЬ Яковлева Е.В., Дрощенко В.В.	296
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА У ГРАЖДАН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА Шуленин К.С., Воронин С.В., Черкашин Д.В., Ефимов С.В., Гончарук Р.Н.	290	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ, ВЫЗВАННОЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Ярушина Я.Н., Колотова Г.Б., Руднов В.А., Багин В.А.	297
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Шульга М.А., Панина О.А., Леднёв С.А.	291	CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Ярушина Я.Н., Колотова Г.Б., Руднов В.А., Багин В.А.	298
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ Щербаков Г.И.	292		
ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ ЖАЛОБАМИ Эмануэль Ю.В., Рузанова О.С., Марокова П.Г.	292		

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

ISBN 978-5-6040648-3-2

Издательство «Человек и его здоровье»
191025, Санкт-Петербург
Тел./факс: +7 (812) 380-31-55, 380-31-56
welcome@congress-ph.ru
www.congress-ph.ru

Технический редактор:
Бобровник Е.А., Сухарева Ю.В.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.

Подписано в печать 10.04.2019
Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс Нью Роман»
Печать офсетная. Тираж 950 экз.