

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



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2022

новым холинорецепторам. Результаты позволяют расширить терапевтический подход к лечению ХВДП, в основе которого будет лежать не только коррекция иммунопатологических изменений нервов, но и воздействие на мышечное волокно препаратами, модулирующими холинергическую регуляцию.

ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ И ЭНТЕЗИСОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Гайнуллина Г.Р.¹, Кириллова Э.Р.^{1,2}, Одинцова А.Х.²,
Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,
г. Казань

Цель. Оценить взаимосвязь состояния периферических суставов и энтезисов у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника с их качеством жизни.

Материалы и методы. В исследование были включены 95 пациентов с ВЗК: 55 человек с язвенным колитом (ЯК) и 40 с болезнью Крона (БК). Средний возраст пациентов составил 32 (26; 37) года. Средняя продолжительность заболевания составила 44 (12; 95) месяца. Основная часть пациентов имела высокую активность заболевания: при ЯК среднетяжелая и тяжелая атаки были отмечены у 40 человек (73%), при БК из 40 пациентов активность среднетяжелой и тяжелой степени наблюдалась у 17 (43%). У каждого пациента проводилось клиническое и ультразвуковое исследование с применением доплерографии 14 суставов и 68 энтезисов. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника SF-36, который состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Анализ корреляционной связи проводился с использованием коэффициента Спирмена.

Результаты. Среди 95 пациентов с ВЗК внекишечные проявления встречались у 67 пациентов (71%). При клиническом осмотре на боли в суставах жаловались 61 пациент с ВЗК (64%), болезненность при пальпации энтезисов отмечали 49 пациентов (52%). По результатам УЗИ суставов синовиты были выявлены у 41 пациента (43%), в том числе синовиты с васкуляризацией – у 29 пациентов (31%). По результатам УЗИ энтезиты были обнаружены у 72 пациентов (76%), при этом васкуляризованные энтезиты

были выявлены у 35 пациентов (37%). Эрозии определялись у 76 пациентов (80%), а энтезофиты были выявлены у 37 пациентов (39%). Средний уровень физического благополучия составил 43,53 (35,67; 51,66), психического благополучия 38,53 (31,13; 48,37).

Обратная корреляционная связь наблюдалась между числом внекишечных проявлений и шкалой физического функционирования (SR=-0,22; p=0,03). Число болезненных суставов обратно коррелировало со шкалами физического функционирования (SR=-0,22; p=0,03), интенсивности боли (SR=-0,23; p=0,02), жизненной активности (SR=-0,23; p=0,027), а также с общим параметром физического благополучия (SR=-0,21; p=0,04). Число болезненных энтезисов обратно коррелировало со шкалами физического функционирования (SR=-0,21; p=0,03), интенсивности боли (SR=-0,3; p=0,003), с общим параметром физического благополучия (SR=-0,21; p=0,03). Обратная корреляционная связь наблюдалась между числом синовитов с васкуляризацией и шкалами физического функционирования (SR=-0,26; p=0,01), жизненной активности (SR=-0,29; p=0,005), а также с общим параметром физического благополучия (SR=-0,23; p=0,024). Число энтезитов обратно коррелировало со шкалой интенсивности боли (SR=-0,22; p=0,036).

Выводы. С увеличением числа пораженных суставов и энтезисов снижается уровень физического благополучия пациентов, за счет показателей физического функционирования и интенсивности боли, а также их жизненная активность.

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З.,
Арипова Н.А., Нормуродова М.О.,
Зувайдуллаев А.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить поражение сердечно-сосудистой системы при ССД.

Материалы и методы. Обследовано 38 больных ССД в возрасте от 19 до 47 лет с давностью заболевания от 9 месяцев до 13 лет, из них 36 женщин и 2 мужчин. По течению больные распределились следующим образом: острый вариант течения отмечался у 4 (14%) пациентов, подострый вариант - у 26 (57%), хронический вариант течения выявлен у больных 8 (29%). Всем больным с ССД проводилось общеклиническое исследование, а также ЭКГ, ЭхоКС.

Результаты и обсуждение. При тщательном обследовании поражение сердца выявлено у 62% больных ССД, которое клинически проявлялось сердцебиением у 17 больных (42%), болями в области сердца – у 3 (16%), одышкой – у 8 (48%) больных, «перебои в работе сердца» ощущали 2 (11,7%) пациентов. При перкуссии смещение границ влево выявлено у 3 (16%) больных. При аускультации сердца диагностирована приглушенность тонов сердца у 21 (65%) пациента, систолический шум над верхушкой у 4 (23%) больных. На ЭКГ гипертрофия левого желудочка установлена у 3 (13%) пациентов, снижение внутрижелудочковой проводимости – у 14 (52%), нарушение кровообращения – у 4 (23%) и нарушение обменных процессов в миокарде – у 17 (76%) больных. У 24 больных выявлены различные виды нарушения ритма, чаще по типу синусовой тахикардии – у 15 (52%) больных, синусовой аритмии – у 7 (25%) и у 2 (17%) пациентов обнаружена желудочковая экстрасистолия. При ЭхоКС у 11 (29%) пациентов выявлена дискинезия межжелудочковой перегородки, диастолическая дисфункция левого желудочка – у 5 (17%), снижение фракции выброса меньше 45% – у 2 (11%), а также явления локального миокардиосклероза – у 12 (58%) пациентов.

Выводы. Таким образом, поражение сердечно-сосудистой системы при ССД встречается довольно часто, однако клинические проявления сердечной патологии выражены весьма незначительно. Применение дополнительных инструментальных исследований, включая суточный мониторинг ЭКГ, ЭхоКС будет способствовать выявлению прогностически неблагоприятных форм поражения миокарда, скрытой сердечной недостаточности у больных ССД.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА G ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ И РИТУКСИМАБОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А.,
Овсянникова О.Б., Десинова О.В.,
Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У.,
Хелковская-Сергеева А.Н.

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

Цель исследования. Снижение уровня иммуноглобулина G (ИГ) достаточно часто может на-

блюдаться при системной склеродермии (ССД) на фоне терапии иммуносупрессантами (ИС) и ритуксимабом (РТМ). Низкий уровень ИГ увеличивает риск развития вторичных инфекций. Цель исследования - оценить динамику уровня ИГ и риск возникновения вторичных инфекционных нежелательных явлений (НЯ) при длительной терапии ИС и РТМ у пациентов с ССД.

Материалы и методы. В исследование было включено 27 пациентов с достоверным диагнозом ССД. Средний период наблюдения составил $76,4 \pm 8,7$ месяцев. Средний возраст – 46 ± 16 лет, женский пол – 22 пациента (82%), диффузная форма заболевания – 20 пациентов (74%). Средняя длительность болезни – $5,1 \pm 3,6$ лет. Все пациенты получали преднизолон (ПЗ) в средней дозе $12,6 \pm 4,5$ мг/сут. ИС при включении получали 62% пациентов (из них – циклофосфамид – 47%, микофенолата мофетил – 41%, метотрексат – 12%). Уровень ИГ оценивался в следующие периоды после начала терапии РТМ: исходно (точка 0), через 12-18 месяцев (точка 1), 24-60 месяцев (точка 2) и 66-84 месяцев (точка 3). ИГ измерялся методом ИФА, нормальные значения составляют 7-16 г/л. Суммарная доза РТМ составила в точке 1= $1,9 \pm 0,4$ г; в точке 2= $4,3 \pm 1,2$ г; в точке 3= $5,8 \pm 2,6$ г. НЯ оценивались и фиксировались врачом в стационаре сразу после инфузии РТМ, а затем путем опроса пациентов в течение всего периода наблюдения. Тяжелые НЯ определялись как потребовавшие госпитализации на срок более 24 часов или вызвавшие опасное для жизни состояние. Результаты представлены в виде средних значений.

Результаты и обсуждение. На фоне терапии было отмечено достоверное снижение уровня ИГ. Исходно (точка 0) уровень ИГ= $11,5 \pm 3,2$ г/л; в точке 1= $9,6 \pm 2,6$ г/л ($p=0,001$); в точке 2= $8,9 \pm 2,3$ г/л ($p=0,001$); в точке 3= $9,6 \pm 2,5$ г/л ($p=0,01$). Но средний уровень ИГ оставался в пределах нормальных значений. Изначально низкий уровень ИГ был у 4 пациентов (15%). В дальнейшем в точке 1 было снижение ИГ у 5 пациентов (18%), в точке 2 – у 6 (22%), в точке 3 – у 5 (18%). При сравнении уровня ИГ между точкой 2 и 3 – не было получено достоверных изменений. НЯ были оценены за период 172,8 пациенто-лет (ПЛ). Инфекционные НЯ были у 21 (77%) пациента, общая частота их составила 12,2/100 ПЛ (95% доверительный интервал (ДИ) 7,7-18). Наибольшая частота НЯ наблюдалась в первые 2-6 месяцев после начала терапии РТМ, но в большинстве случаев это были легкие НЯ (85%). Частота серьезных инфекций – 1,7/100 ПЛ (95% ДИ 0,3-5). Было отмечено снижение НЯ в период после 24 месяца наблюдения (6,9/100 ПЛ, 95% ДИ 3,6-11). Нами была выявлена умеренная отрица-

<p>ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ НЕКВАНТОВОГО АЦЕТИЛХОЛИНА В МЕХАНИЗМАХ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ МИОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ (ХВДП) Гавриченко А.В., Соколова М.Г., Лопатина Е.В. 48</p>	<p>КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ Гордиенко А.В., Сотников А.В., Тасыбаев Б.Б., Носович Д.В. 53</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ И ЭНТЕЗИСОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Одинцова А.Х., Абдулганиева Д.И. 49</p>	<p>САРКОПЕНИЯ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Григорьева Н.Ю., Струц А.И., Буянова М.В. 53</p>
<p>ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З., Арипова Н.А., Нормуродова М.О., Зувайдуллаев А.А. 49</p>	<p>КАК МЕТАБОЛИТЫ МЕТОТРЕКСАТА ПОКИДАЮТ КЛЕТКИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ? Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Самаркина Е.Ю., Баймеева Н.В., Муравьев Ю.В. 54</p>
<p>ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА G ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ И РИТУКСИМАБОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. 50</p>	<p>ФАРМАКОКИНЕТИКА МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ДОСТИГШИХ РЕМИССИИ Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Самаркина Е.Ю., Баймеева Н.В., Муравьев Ю.В. 55</p>
<p>СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. 51</p>	<p>ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ Громакова С.В. 55</p>
<p>ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПОЖАРНЫХ Гацура В.Ю., Бацков С.С., Рейнюк В.Л., Пятибрат Е.Д. 51</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ АРТЕРИОПАТИИ С ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ И МОЗГОВЫХ СОСУДОВ Грузманов А.К., Мазуренко С.О. 56</p>
<p>РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. 52</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА Гузёва В.М., Ярмош И.В., Болдуева С.А., Евдокимов Д.С. 57</p>
	<p>ВЛИЯНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Гурина Л.Н., Денисик Н.И. 58</p>